

# PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE UNA POSIBLE PANDEMIA DE GRIPE

Comité Técnico

Documento divulgativo

**Versión 5**

**4 de mayo de 2009**



## PRESENTACIÓN

Ante la aparición de un brote epidémico de enfermedad causada por virus de influenza A/H1N1 con potencial patógeno y transmisión entre humanos, se elabora este documento que establece las pautas de actuación a la luz de la información disponible a fecha de 4 de mayo de 2009. Hay que resaltar que el 29 de abril de 2009 la OMS elevó la fase al nivel 5.

## PLAN ANDALUZ DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA

La OMS, considerando la situación epidemiológica actual y teniendo en cuenta los avances en el conocimiento de la evolución del virus de la gripe, presentó en abril de 2005 un nuevo plan para apoyar a las autoridades sanitarias de los Países Miembros en la preparación y respuesta ante la amenaza de una próxima pandemia de gripe. En relación con ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas han elaborado sus planes de preparación y respuesta.

**El Plan Andaluz para la preparación de la respuesta ante una posible pandemia de gripe, aborda los siguientes objetivos generales:**

- ❑ **Vigilancia Epidemiológica y Viroológica de la gripe.**
- ❑ **Una vez identificado un nuevo subtipo de virus de la gripe, con potencial pandémico, adoptar las medidas adecuadas para reducir y retrasar la difusión del virus.**
- ❑ **Reducir el impacto de la pandemia en la salud de la población y mantener el funcionamiento de los servicios esenciales para la sociedad.**
- ❑ **Adaptar la respuesta y las medidas adoptadas a las fases que la OMS ha definido.**

Para ello, se contemplan actividades en el ámbito sanitario relacionadas con:

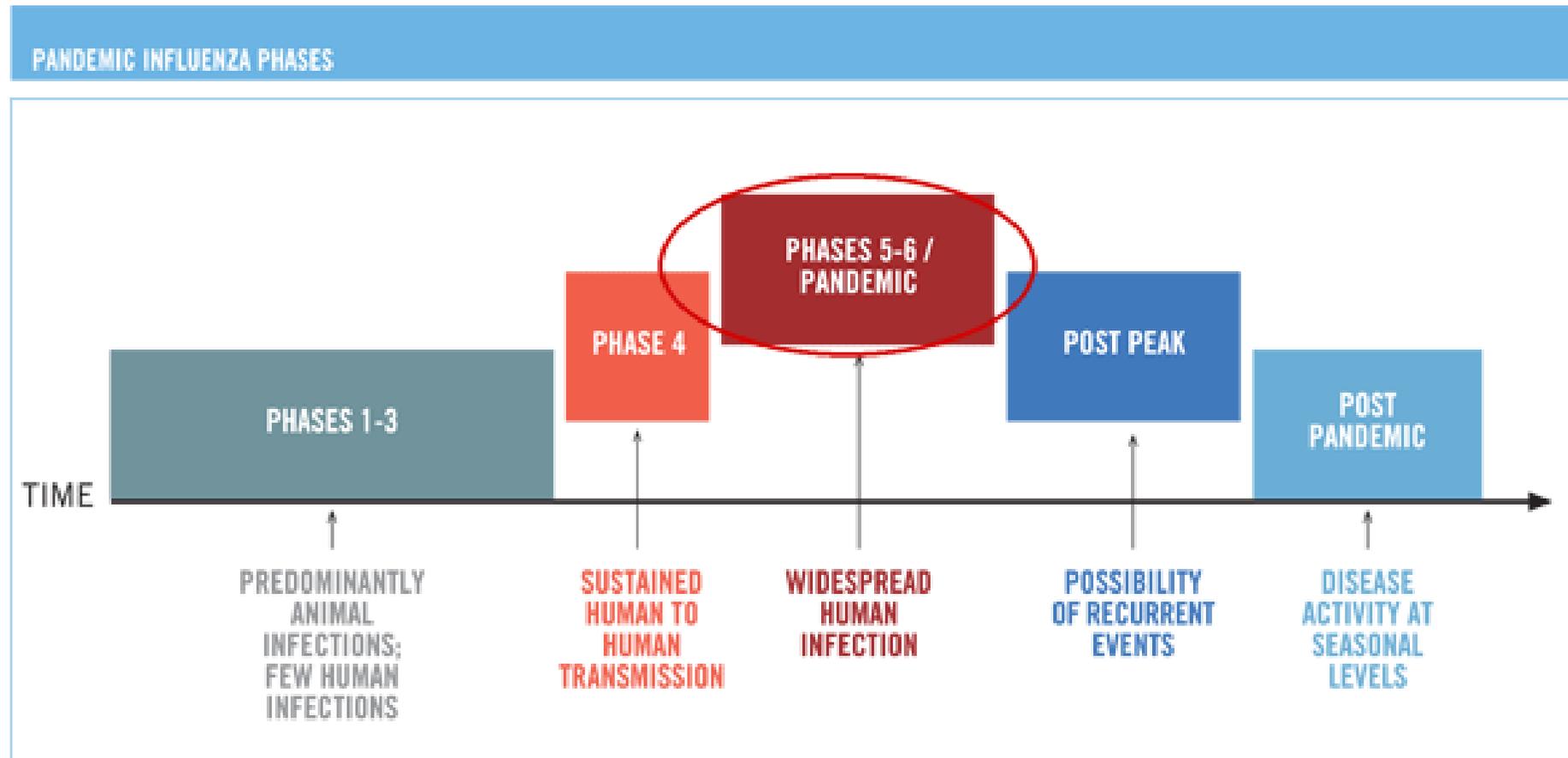
- 1) La vigilancia epidemiológica y virológica, y medidas de prevención y control ante pacientes caso.
- 2) La respuesta del sistema de salud a la emergencia: protocolo de coordinación y plan de alta frecuentación.
- 3) El uso de antivirales.
- 4) La estrategia de comunicaciones a los profesionales.

Para la elaboración del Plan Autonómico se ha creado un Comité Técnico del que dependen tres Subcomités o Grupos de Trabajo, que abordan las diferentes áreas que se presentan a continuación:

- Vigilancia epidemiológica y virológica
- Uso de fármacos antivirales
- Respuesta a la emergencia



# FASES PANDÉMICAS. OMS



## Current phase of alert in the WHO global influenza preparedness plan

In the 2009 revision of the phase descriptions, WHO has retained the use of a six-phased approach for easy incorporation of new recommendations and approaches into existing national preparedness and response plans. The grouping and description of pandemic phases have been revised to make them easier to understand, more precise, and based upon observable phenomena. Phases 1–3 correlate with preparedness, including capacity development and response planning activities, while Phases 4–6 clearly signal the need for response and mitigation efforts. Furthermore, periods after the first pandemic wave are elaborated to facilitate post pandemic recovery activities.

### The current WHO phase of pandemic alert is 5.

In nature, influenza viruses circulate continuously among animals, especially birds. Even though such viruses might theoretically develop into pandemic viruses, in **Phase 1** no viruses circulating among animals have been reported to cause infections in humans.

In **Phase 2** an animal influenza virus circulating among domesticated or wild animals is known to have caused infection in humans, and is therefore considered a potential pandemic threat.

In **Phase 3**, an animal or human-animal influenza reassortant virus has caused sporadic cases or small clusters of disease in people, but has not resulted in human-to-human transmission sufficient to sustain community-level outbreaks. Limited human-to-human transmission may occur under some circumstances, for example, when there is close contact between an infected person and an unprotected caregiver. However, limited transmission under such restricted circumstances does not indicate that the virus has gained the level of transmissibility among humans necessary to cause a pandemic.

**Phase 4** is characterized by verified human-to-human transmission of an animal or human-animal influenza reassortant virus able to cause “community-level outbreaks.” The ability to cause sustained disease outbreaks in a community marks a significant upwards shift in the risk for a pandemic. Any country that suspects or has verified such an event should urgently consult with WHO so that the situation can be jointly assessed and a decision made by the affected country if implementation of a rapid pandemic containment operation is warranted. Phase 4 indicates a significant increase in risk of a pandemic but does not necessarily mean that a pandemic is a forgone conclusion.

**Phase 5** is characterized by human-to-human spread of the virus into at least two countries in one WHO region. While most countries will not be affected at this stage, the declaration of Phase 5 is a strong signal that a pandemic is imminent and that the time to finalize the organization, communication, and implementation of the planned mitigation measures is short.

**Phase 6**, the pandemic phase, is characterized by community level outbreaks in at least one other country in a different WHO region in addition to the criteria defined in **Phase 5**. Designation of this phase will indicate that a global pandemic is under way.



During the **post-peak period**, pandemic disease levels in most countries with adequate surveillance will have dropped below peak observed levels. The post-peak period signifies that pandemic activity appears to be decreasing; however, it is uncertain if additional waves will occur and countries will need to be prepared for a second wave.

Previous pandemics have been characterized by waves of activity spread over months. Once the level of disease activity drops, a critical communications task will be to balance this information with the possibility of another wave. Pandemic waves can be separated by months and an immediate “at-ease” signal may be premature.

In the **post-pandemic period**, influenza disease activity will have returned to levels normally seen for seasonal influenza. It is expected that the pandemic virus will behave as a seasonal influenza A virus. At this stage, it is important to maintain surveillance and update pandemic preparedness and response plans accordingly. An intensive phase of recovery and evaluation may be required.



# JUNTA DE ANDALUCÍA

## PLAN DE ACTUACIÓN

### A) Definición de caso de gripe pandémica en humanos (Plan Nacional).

**Período de incubación:** 10 días

#### **Criterios clínicos:**

Cualquier persona que cumpla alguna de las siguientes condiciones:

- Fiebre mayor de 37,5 ° Y algún signo o síntoma de infección respiratoria aguda
- Neumonía (infección respiratoria grave)
- Fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa desconocida

#### **Criterios epidemiológicos:**

Cualquier persona que cumpla alguna de las siguientes condiciones en los 10 días previos a la aparición de síntomas:

- a) Haber estado o visitado un área donde se han declarado casos humanos por virus de gripe A/H1N1 (Solo en Méjico existe transmisión sostenida entre humanos del virus A/H1N1).
- b) Haber estado en contacto cercano con una persona diagnosticada como caso confirmado, **probable o sospechoso** de gripe A/H1N1.
- c) Ser trabajador de laboratorio con exposición accidental al virus de pacientes con sospecha de ser caso.

#### **Criterios de laboratorio:**

Al menos una de las siguientes pruebas positivas:

- Detección por RT- PCR de virus de la gripe A/H1N1 de origen porcino.
- Aumento de 4 veces el título de anticuerpos neutralizantes frente a virus A/H1N1 de origen porcino (implica la necesidad de dos tipos de suero, uno de la fase aguda de la enfermedad y otro de la fase convaleciente -10 a 14 días posteriores)
- Cultivo viral positivo para el virus A/H1N1 (debe realizarse en LBS nivel 3 de bioseguridad)

#### **Clasificación de caso:**

- A. CASO EN INVESTIGACION:** cualquier persona que cumpla criterios clínicos Y epidemiológicos. A efectos de este documento es equivalente a CASO SOSPECHOSO.
- B. CASO PROBABLE:** cualquier persona que cumpla los criterios clínicos Y epidemiológicos Y presente infección por virus de la gripe A y no subtipable para H1 humano.
- C. CASO CONFIRMADO:** cualquier persona que cumpla los criterios clínicos Y epidemiológicos Y confirmación de laboratorio para virus A/H1N1 de origen porcino.

En esta fase, la confirmación de los casos se hará en el Centro Nacional de Microbiología (ISCIII).

Cualquier caso que no esté ni confirmado ni descartado se considera CASO EN INVESTIGACIÓN.

**Periodo infeccioso:** Para un caso confirmado de gripe porcina por el virus A/H1N1 se define desde 1 día antes del comienzo de la enfermedad en el caso hasta 7 días después del comienzo.



## B) Identificación y notificación del caso

El médico que atienda a un paciente que cumpla los criterios diagnósticos de la DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO lo comunicará por teléfono de forma urgente como una alerta al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (**SVEA**), en horario laboral: en hospital (Servicio de Medicina Preventiva), en distrito (técnico de salud de epidemiología) y **fuera del horario laboral al teléfono provincial de alertas de salud pública.**

**Teléfono de Alerta de Salud Pública en días No laborales y laborables de 15 a 8 horas**

# 902.22.00.61

El profesional responsable del SVEA en horario laboral (M. Preventiva de hospital, Epidemiología de distrito) o el epidemiólogo responsable del dispositivo de alerta fuera de horario laboral, se pondrá en contacto inmediato vía telefónica con el médico que atiende al paciente y valorarán conjuntamente si cumple los criterios de caso sospechoso.

Todos los casos que cumplan los criterios de definición de caso sospechoso serán declarados con carácter urgente, siguiendo el circuito que establece el SVEA (a través de las Delegaciones Provinciales de Salud en horario laboral y a través de la Red de alerta fuera de horario laboral), a la Secretaría General de Salud Pública y Participación y al Centro Nacional de Epidemiología (**Anexo 1**).

## C) Manejo del paciente caso (Periodo Alerta Pandémica)

El manejo del paciente dependerá de si su estado clínico requiere cuidados en régimen de hospitalización o puede ser tratado en su domicilio, a juicio del facultativo que le atiende. Los criterios de gravedad que indicarían ingreso, a modo de indicaciones no exhaustivas podrían ser: presencia de dificultad respiratoria, afectación hemodinámica, afectación del nivel de conciencia, incapacidad de ingesta oral, problemas sociales que impidan su cuidado domiciliario, entre otros.

Una vez clasificado el paciente como que requiere cuidados en régimen de hospitalización o puede ser tratado en su domicilio, se indicarán las actuaciones siguientes:

A) En caso de que requiera cuidados en régimen de hospitalización el profesional responsable del SVEA en horario laboral (M. Preventiva de hospital, Epidemiología de distrito) o el epidemiólogo responsable del dispositivo de alerta fuera de horario laboral, contactará con la Dirección Médica del Hospital de Referencia, así como se pondrá en contacto con el Director del Servicio Provincial de la EPES para la coordinación del traslado del paciente caso al Hospital de Referencia. Para ello indicará las siguientes actuaciones que se realizarán de forma consecutiva y con carácter urgente:

- La realización de la encuesta epidemiológica y listado de contactos (**Anexos 1 y 2**).
- Vestir al paciente caso con el equipo de aislamiento (**Anexo 3**).
- Vestir al personal sanitario al cuidado del paciente con el equipo de protección personal (**Anexo 4**).
- Traslado organizado del paciente caso al Hospital de Referencia (**Anexo 5 y 6**)



La Unidad asistencial responsable del Hospital de Referencia dirigirá y coordinará la recepción y cuidados del paciente caso. Para ello indicará las siguientes actuaciones que se realizarán de forma consecutiva y con carácter urgente:

- Recepción del paciente caso en el Hospital de Referencia y traslado a la habitación específica (**Anexo 7**).
- Toma de muestras del paciente para diagnóstico microbiológico. Para el diagnóstico del virus de la gripe A/H1 en humanos se deben obtener muestras de: a) aspirado nasofaríngeo o, en su defecto, exudados nasal y faríngeo en medio de transporte para virus. **Las muestras se enviarán a través del Servicio de Microbiología del Centro al Laboratorio de Referencia del Hospital Virgen de las Nieves** (Servicio de Microbiología, Centro Médico-Quirúrgico), debiendo ir en este caso acompañada de copia del Formulario de notificación de caso de gripe A/H1, y b) suero de fase aguda (recogido en el momento de sospecha clínica del caso) y suero de fase convaleciente (a partir de los 10-14 días del inicio del cuadro clínico). Adicionalmente se tomarán otras muestras para diagnóstico microbiológico según la situación clínica (**Anexos 8 y 9**).
- Tratamiento empírico del paciente con oseltamivir 75 mg/12 h v.o. durante 5 días, el cual se comenzará inmediatamente tras tomar las muestras para los estudios virológicos. Esta dosis se adaptarán en el adulto a la función renal si el CICr es inferior a 30 ml/min, y a la edad del paciente en niños con peso igual o inferior a 40 kg.
- Soporte respiratorio y cuidados generales, según necesidades.
- Tratamiento antibacteriano empírico de la neumonía comunitaria, en su caso, hasta confirmar la etiología. En adultos se pueden utilizar ceftriaxona 2 g/iv/24 horas o levofloxacino 500 mg/iv/24 horas, o ambos en las neumonías graves. En niños se puede utilizar cefotaxima o ceftriaxona.
- En la neumonía grave por virus H1N1, considerar el uso precoz de corticosteroides: hidrocortisona en un bolo de 200 mg, seguidos de una perfusión continua intravenosa de 10 mg/hora, durante 7 días.

B) En caso de que el paciente pueda ser tratado en su domicilio, permanecerá en el mismo para su cuidado y se realizarán las siguientes acciones:

- La realización de la encuesta epidemiológica y listado de contactos (**Anexos 1 y 2**).
- El seguimiento del paciente caso sospechoso en su domicilio será responsabilidad del Director de Salud del Distrito de Atención Primaria correspondiente. La información de que dicho paciente caso ha sido detectado le llegará a través del SVEA-Red de Alerta de Salud Pública que tiene dicha información a través de las acciones realizadas previamente para la inclusión del paciente como caso sospechoso.
- Si en un paciente caso sospechoso, se decide su cuidado domiciliario en el Servicio de Urgencias de un Hospital tras la decisión inicial de ingresarlo, la Dirección Médica o el Jefe de la Guardia deben comunicar de inmediato dicho cambio de nivel de cuidados al SVEA-Red de Alerta.
- Si el paciente ha sido atendido en el Servicio de Urgencias de uno de los hospitales o en un DCCU, antes de enviarle a su domicilio se harán las siguientes acciones:
  - a) toma de muestras para cultivo viral (exudados nasal y faríngeo) que se depositarán en medio de transporte para virus y suero de fase aguda. **Las muestras se enviarán a través del Servicio de Microbiología de dicho hospital al Laboratorio de Referencia del Hospital Virgen de las Nieves** (Servicio de



Microbiología, Centro Médico-Quirúrgico) (**Anexos 8 y 9**), debiendo ir en este caso acompañada de copia del Formulario de notificación de caso de gripe A/H1, estableciéndose entre el Distrito de Atención Primaria y el Hospital de Referencia el procedimiento para envío y recepción de la muestra a este último.

- b) proporcionarle oseltamivir para 48 horas, que tomará en dosis de 75 mg cada 12 horas (adaptar la dosis en caso de antecedentes de insuficiencia renal o a la edad). Si la PCR fuese negativa no necesita más tratamiento antiviral. Si la PCR es positiva para virus A hay que continuar con el tratamiento mientras se descarte o confirme la tipificación como virus A/H1N1 porcino, con un máximo de tratamiento hasta 5 días, utilizándose para ello el **Anexo 19**.
- c) proporcionarle una mascarilla quirúrgica.
- Si el paciente ha sido mantenido en el domicilio tras el triaje telefónico (**Anexo 22**), recibirá la visita de un facultativo del DCCU o del EBAP el cual una vez confirmada la sospecha contactará con el SVEA para confirmar que es un caso sospechoso, realizar la notificación del mismo, e iniciar el proceso de obtención del tratamiento antiviral. Posteriormente, recibirá la visita de la Enfermera de Enlace antes de 12 horas, o un miembro del DCCU fuera del horario laboral y en días festivos, para:
  - a) toma de muestras para cultivo viral (exudados nasal y faríngeo) que se depositarán en medio de transporte para virus. Las muestras se enviarán a través del **Servicio de Microbiología del Hospital del área al que pertenezca dicho Distrito al Laboratorio de Referencia del Hospital Virgen de las Nieves** (Servicio de Microbiología, Centro Médico-Quirúrgico) (**Anexos 8 y 9**), debiendo ir en este caso acompañada de copia del Formulario de notificación de caso de gripe A/H1, estableciéndose entre el Distrito de Atención Primaria y el Hospital de Referencia el procedimiento para envío y recepción de la muestra a este último.
  - b) proporcionarle oseltamivir para 48 horas, que tomará en dosis de 75 mg cada 12 horas (adaptar la dosis en caso de antecedentes de insuficiencia renal o a la edad). Si la PCR fuese negativa no necesita más tratamiento antiviral. Si la PCR es positiva para virus A hay que continuar con el tratamiento mientras se descarte o confirme la tipificación como virus A/H1N1 porcino, con un máximo de tratamiento hasta 5 días, utilizándose para ello el **Anexo 19**.
  - c) proporcionarle una mascarilla quirúrgica.
- Se le recomendarán las medidas higiénico-sanitarias para minimizar el riesgo de transmisión intra-domiciliaria y para la limpieza y la eliminación de los residuos (**Anexo 10**).
- La enfermera de enlace u otro sanitario que atienda al paciente en su domicilio utilizará el equipo de protección personal con: a) Mascarilla (Modelo tipo **FFP2 con válvula** de espiración); b) Bata desechable de manga larga; c) Guantes desechables; d) Durante la toma de los frotis nasal y faríngeo gafas protectoras, **ante la posibilidad de que esta maniobra genere aerosoles por producir tos o estornudos**. Tras atender al paciente debe realizar lavado de manos.

## D) Definición y seguimiento de contactos de gripe pandémica (Período de Alerta Pandémica)

**Se consideran contactos** a las personas asintomáticas, que en los 10 días anteriores hayan estado en alguna de las siguientes situaciones:

1. Ser convivientes o contactos íntimos de un **caso confirmado, probable o sospechoso**.



# JUNTA DE ANDALUCÍA

2. Ser contacto social con contacto estrecho **de un caso** (< 1 metro en espacios cerrados definidos: escuela, lugar de trabajo o en cualquier otra actividad que se haya realizado en un espacio cerrado), sin vestir el equipo de protección personal.
3. Ser personal sanitario que, sin las adecuadas medidas de protección individual (especificadas en el **Anexo 4**) hayan:
  - mantenido contacto estrecho (a menos de un metro de distancia) con un caso,
  - manipulado muestras clínicas de un caso, ó,
  - realizado la autopsia de un caso.
4. Ser personas que hayan compartido un viaje en avión, barco o en otro medio de transporte con el caso. Se valorará el riesgo de transmisión en función de las características del medio de transporte, localización respecto al caso y la movilidad del paciente.

En la alerta pandémica, los profesionales responsables del SVEA en distritos y hospitales implicados, o del dispositivo provincial de alerta fuera de horario laboral, deberán investigar y notificar todos los posibles contactos. Estos deben ser vigilados activamente durante 10 días, mediante la toma de temperatura corporal dos veces por día y alertando ante la aparición de síntomas.

Siguiendo el circuito establecido SVEA (Dto. 66/1996 de la Consejería de Salud), a través de la Delegación Provincial de Salud, se informará diariamente a la Secretaría General de Salud Pública y Participación del seguimiento de los contactos detectados.

La atención a los profesionales que hayan tenido contacto con el paciente caso, según la definición de contacto previamente indicada, se describe en el **Anexo 11**.

La atención a las personas que hayan tenido contacto con el paciente caso, según la definición de contacto previamente indicada, se describe en el **Anexo 12**.

## INFORMACION PARA LOS CONTACTOS SANITARIOS O NO SANITARIOS:

Contenidos de la información a los contactos de un caso sospechoso de gripe por H1N1:

1. Existe la posibilidad de que el paciente tenga gripe por el virus influenza A H1N1, que hay que confirmar.
2. Los pacientes se aíslan para impedir completamente cualquier posibilidad de transmisión a otras personas.
3. Los contactos serán aquellos que se identifiquen en la encuesta epidemiológica que se hará a continuación por Medicina Preventiva o Epidemiología.
4. Los contactos asintomáticos **NO TIENEN LA ENFERMEDAD NI LA TRANSMITEN, salvo en las 24 horas anteriores a comenzar con síntomas, en su caso.**
5. En los contactos, una vez identificados, se procederá tal como se refiere en el **Anexo 12**.

## E) Recursos necesarios (Período de Alerta Pandémica)

Para realizar el plan anterior son necesarios los siguientes recursos materiales y humanos.

### 1.1. Recursos materiales:

- **Designación de Hospitales de Referencia en las ocho provincias para la atención de los pacientes con cuadros clínicos graves con sospecha de gripe pandémica: Torrecárdenas de Almería, Puerta del Mar y Punta Europa de Cádiz, Reina Sofía de Córdoba, Virgen de las Nieves de Granada, Juan Ramón Jiménez de Huelva, Complejo Hospitalario de Jaén, Carlos Haya de Málaga y Virgen del Rocío de Sevilla.**



# JUNTA DE ANDALUCÍA

- Habitaciones individuales con presión negativa, preparadas y disponibles permanentemente para el cuidado de los pacientes caso graves de gripe pandémica.
- Ambulancias preparadas para el transporte de pacientes caso de gripe pandémica (**Anexo 5**).
- Recursos para el diagnóstico microbiológico precoz:
  - De los virus respiratorios y el virus de la gripe pandémica en el Laboratorio de Referencia de Microbiología de Granada y en el Centro Nacional de Microbiología.

## 1.2. Recursos humanos:

- Designación de una Unidad Asistencial Responsable de la coordinación de la asistencia. La Unidad Asistencial Responsable será el Servicio/Sección/Unidad de Enfermedades Infecciosas y, en su defecto, el Servicio de Medicina Interna, en estrecho contacto con la Dirección Médica.
- Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública, Microbiología, Farmacia, Cuidados Críticos y Urgencias, Pediatría y Neumología.
- Direcciones Asistenciales de Distritos Sanitarios y Enfermeras de Enlace.
- Epidemiología de Distritos Sanitarios, Delegaciones Provinciales y Servicios Centrales.
- El Responsable para la coordinación de los traslados del 061 será el Director del Servicio Provincial correspondiente.

## F) Formación e información de los profesionales sanitarios.

La formación se realizará mediante la explicación y difusión del presente protocolo a través de la formación continuada de cada Hospital, Centro de Salud, SVEA y Red de Alerta de Salud Pública.

La Dirección Médica del hospital y Dirección Asistencial del distrito, junto con la Unidad Asistencial Responsable para la gripe pandémica del Hospital, en su caso:

- Comunicarán personalmente a los responsables/jefes de cada unidad o servicio el protocolo para su obligada difusión y cumplimiento.
- En los Servicios de Urgencias realizará una difusión especialmente intensa del protocolo entre el personal facultativo, el personal de enfermería, y el resto del personal sanitario.
- Coordinará el cumplimiento del protocolo en el centro mediante la distribución de tareas a los principales Servicios/Unidades implicados, Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Epidemiología, Enfermedades Infecciosas, de Medicina Preventiva y de Microbiología.

La formación en el 061 se realizará mediante la formación continuada del Servicio coordinada por el Director del Servicio Provincial.

## G) Vigilancia virológica

En la actualidad, en nuestra Comunidad existe un Laboratorio de Referencia para la gripe con experiencia en el procesamiento de muestras para detección, aislamiento y subtipado H1 y H3 de virus gripal.



# JUNTA DE ANDALUCÍA

Para el eventual procesamiento de muestras con sospecha de gripe con potencial pandémico, el laboratorio dispone de un área de trabajo con nivel 3 de bioseguridad y garantiza el resultado en los siguientes periodos de tiempos:

- Informe de resultado preliminar con PCR estándar, utilizado por laboratorios de referencia para la gripe:.....18 horas
- Informe de resultado preliminar de cultivo negativo:.....48 horas
- Informe de resultado preliminar de cultivo positivo:.....72 horas
- Informe de resultado definitivo para el cultivo negativo.....7 días

## EL USO DE ANTIVIRALES

### Fases de alerta pandémica

Se tratarán a todos los casos y se administrará profilaxis post-exposición a los contactos cercanos, con los siguientes criterios:

- A los pacientes caso, a dosis de 75 mg cada 12 horas durante 5 días.
- En todos los contactos cercanos, a dosis de 75 mg al día durante 10 días.

Se tratarán a todos los casos sospechosos y se administrará profilaxis post-exposición a los contactos cercanos. Si la PCR de las muestras nasofaríngeas es negativa, se suspenderá en dicho momento el tratamiento de los casos sospechosos y de sus contactos. Para ello se debe garantizar la accesibilidad del fármaco a la población de acuerdo a la disponibilidad del producto y a los criterios de tratamiento y profilaxis determinados en el protocolo.

Las dosis anteriormente especificadas se adaptarán en el adulto a la función renal si el CICr es inferior a 30 ml/min, y a la edad del paciente en niños con peso igual o inferior a 40 kg tal como se especifica a continuación.



# JUNTA DE ANDALUCÍA

## *Insuficiencia renal*

Tratamiento de la gripe: Se recomienda ajustar la dosis en adultos con insuficiencia renal grave. La posología recomendada se detalla en la tabla siguiente.

Aclaramiento de Creatinina	Posología recomendada para el tratamiento
> 30 (ml/min)	75 mg dos veces al día
> 10 a ≤ 30 (ml/min)	75 mg una vez al día, o 30 mg de suspensión dos veces al día, o una cápsula de 30 mg dos veces al día
≤ 10 (ml/min)	No recomendado
pacientes con diálisis	No recomendado

Prevención de la gripe: Se recomienda ajustar la dosis en adultos con insuficiencia renal grave como se detalla en la tabla siguiente.

Aclaramiento de Creatinina	Posología recomendada para la prevención
> 30 (ml/min)	75 mg una vez al día
> 10 a ≤ 30 (ml/min)	75 mg cada dos días, o 30 mg de suspensión una vez al día, o una cápsula de 30 mg una vez al día
≤ 10 (ml/min)	No recomendado
pacientes con diálisis	No recomendado

## Uso en Pediatría para mayores de un año

Peso	Tratamiento	Profilaxis
Menos de 15 Kg	30 mg/12h	30 mg/24h
De 15 a 23 Kg	45 mg/12h	45 mg/24h
De 24 a 40 Kg	50 mg/12h	50 mg/24h
Más de 40 Kg	75 mg/12h	75 mg/24h

## Uso en Pediatría para menores de un año



Se transcribe nota informativa de la AEMPS sobre el uso de oseltamivir en este grupo de edad, de fecha 30/4/2009 “Antes de su utilización en niños menores de un año, se debe tener en cuenta que TAMIFLU® no tiene autorizada la indicación en menores de un año, ni por la FDA ni por la EMEA. Cabe señalar que la compañía Roche ha sido requerida tanto por la FDA como por la EMEA para presentar toda la documentación disponible al respecto. El Comité pediátrico de la EMEA (PDCO), en el que está presente la AEMPS, está discutiendo este asunto y se está trabajando en la EMEA para emitir unas recomendaciones de uso a la mayor brevedad. El CDC de EEUU ha emitido con fecha 28 de abril unas recomendaciones de uso, en caso de necesidad, para menores de 1 año. En tanto no se disponga de otra recomendación, cuando se considere necesario administrar TAMIFLU® a niños menores de 1 año, se propone la siguiente estrategia de uso de dicho medicamento, en consonancia con las pautas propuestas por el CDC. Si se dispone de TAMIFLU® suspensión oral (12mg/ml), se procederá conforme a lo indicado en la ficha técnica y en el prospecto para dispensar la dosis recomendada.

La dosificación en menores de un año, sería la siguiente:

Edad	Tratamiento	Profilaxis
Menos de 3 meses	12 mg/12h	No recomendar a menos que la situación sea crítica
De 3 a 5 meses	20 mg/12h	20 mg/24h
De 6 a 11 meses	25 mg/12h	25 mg/24h

**En embarazadas**, en caso que se estime necesario iniciar un tratamiento o profilaxis con oseltamivir, se realizará con las mismas dosis que las establecidas para adultos. Se deberá informar a la embarazada de que es un fármaco clasificado como “C” (se carece de datos de toxicidad fetal en humanos). Por ello, debe valorarse individualmente el beneficio riesgo de su administración para la paciente y el feto.

En los pacientes con **tratamiento con dicumarínicos** debe realizarse un control estrecho del INR por posibilidad de aumento de éste.

Forma parte del seguimiento de los pacientes en tratamiento o profilaxis con oseltamivir la detección y comunicación de la sospecha de reacciones adversas. Estas deberán notificarse al Centro Andaluz de Farmacovigilancia de forma inmediata, a la dirección electrónica [caf.v.hvr.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:caf.v.hvr.sspa@juntadeandalucia.es).

## DISTRIBUCIÓN DE OSELTAMIVIR

Se establece el siguiente procedimiento de distribución y dispensación de medicamentos antivirales.

En los casos que no requieran ingreso hospitalario, y para evitar la distribución de medicamentos que luego no serán utilizados si no se confirma el caso por el laboratorio, tanto



# JUNTA DE ANDALUCÍA

al caso en investigación como a los contactos se les facilitará medicación para 48 h, que es lo suficiente hasta la recepción de los resultados analíticos de la PCR cuando es negativa, desde el Laboratorio de Virología.

Es decir, si se trata de una persona adulta en investigación se le facilitarán 4 cápsulas de 75 mg de oseltamivir y si son contactos adultos 2 cápsulas. Si se trata de menores de 14 años y mayores de 1, se les facilitará un frasco de 750 mg en 50 ml. El número de frascos dependerá del número de contactos menores y de la dosis requerida por cada uno en función de su peso, no siendo necesario entregar un frasco <por cada menor.

Cuando se comunique a la persona y a los contactos los resultados del laboratorio, confirmándoles si se trata de un caso o no, se les darán indicaciones sobre si deben o no continuar **el tratamiento del caso y la profilaxis de los contactos** y, si es que sí, sobre cómo se les facilitará la medicación.

1. Se realizará un primer envío a todos los hospitales del SSPA.
2. Para la reposición de los fármacos dispensados, los hospitales que no sean de referencia deberán solicitar a su hospital de referencia provincial las dosis que necesiten, utilizando para ello el **anexo 17**.
3. Para la reposición de los hospitales de referencia, estos deberán solicitarlo a Servicios Centrales del SAS en horario de 08 a 15 horas en días laborables (Servicio de Suministros Farmacéuticos vía fax (318055/ 955018055) utilizando también el **anexo 17**. En el caso excepcional de una ruptura de stock fuera de este horario, se solicitará a la Red de Alerta Sanitaria que activará el procedimiento de distribución urgente. Este procedimiento consistirá en que se darán indicaciones al hospital que corresponda según la ubicación geográfica del hospital demandante y lo notificará en horario laboral al Servicio de Suministros Farmacéuticos del SAS. El hospital demandante dispondrá el medio de transporte necesario.

## Transporte

- El transporte desde los hospitales de referencia de cada provincia será facilitado por la Delegación Provincial correspondiente.
- El transporte desde los hospitales a Atención Primaria será establecido conjuntamente por la Dirección de cada Distrito y su hospital de referencia.

## DISTRIBUCIÓN Y DISPENSACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

- **Caso sospechoso que contacta en horario de 8 a 15 h de lunes a viernes no festivo:**

El personal médico que atiende a la persona afectada se pondrá en contacto con el responsable de epidemiología del Distrito, quien:

- seguirá el protocolo establecido para determinar si se trata de un caso en investigación
- cumplimentará el **Anexo 18** y gestionará el transporte de la medicación desde el hospital al centro de salud que corresponda al paciente.



El distrito y el hospital de referencia establecerán de forma coordinada el medio de transporte de la medicación.

- **Caso sospechoso que contacta de 15h a 08h o en días no laborables:**

El personal médico que atiende a la persona afectada contactará con la Red de alerta (902.22.00.61). Si la persona de guardia en la Red confirma que se trata de un caso en investigación, movilizará el sistema de transporte que se haya establecido por parte del Distrito que corresponda y su Hospital de referencia. Para hacer esto posible, a la mayor brevedad, todos los distritos deberán comunicar a la Red de Alerta el procedimiento establecido y la forma de activarlo (teléfono y fax del hospital de contacto permanente durante las horas de 15 a 8 y los días no laborables). El facultativo que hace la prescripción enviará un fax con la solicitud (**Anexo 18**) al número definido por el hospital, y la persona de la Red de Alerta que lo activa deberá enviar un mensaje SMS de confirmación al teléfono de contacto que se le indique para garantizar la trazabilidad de la autorización.

## DISTRIBUCIÓN Y DISPENSACIÓN EN HOSPITALES

- **Caso sospechoso que contacta con el Hospital en horario de 8 a 15 h de lunes a viernes no festivo:**

El personal médico que atiende a la persona afectada se pondrá en contacto con el servicio de medicina preventiva. En caso de no requerir ingreso hospitalario se seguirá el procedimiento de atención domiciliaria. En este supuesto, por prescripción del responsable de medicina preventiva (Anexo 19), se facilitará medicación para las primeras 48 horas para la persona afectada y sus contactos convivientes. El servicio de medicina preventiva contactará con el epidemiólogo del Distrito, quién seguirá el procedimiento establecido entre el Distrito y el Hospital de Referencia para el seguimiento del caso y los contactos y garantizará la distribución del resto de la medicación si hay confirmación del caso en laboratorio.

- **Caso sospechoso que contacta el Hospital de 15h a 08h o en días no laborables:**

El personal médico que atiende a la persona afectada se pondrá en contacto con el teléfono de la Red de alerta de salud pública (902.22.00.61) quién deberá confirmar que se trata de un caso en investigación. Si lo es, el facultativo que hace la prescripción enviará la solicitud (Anexo 19) a la persona definida por el hospital como responsable de la dispensación en estas horas, y la persona de la Red de Alerta que lo activa deberá enviar un mensaje SMS de confirmación al teléfono de contacto que se le indique. Se facilitará medicación para las primeras 48 horas a la persona afectada y sus contactos convivientes. Para ello el hospital establecerá un procedimiento de dispensación en este horario y otro de coordinación con sus Distritos de referencia para el seguimiento de los casos y la distribución del resto de la medicación en caso de confirmación en laboratorio. El hospital comunicará a la Red de Alerta un número de teléfono móvil de contacto

## Personas con provisión de servicios ajena al SSPA

La investigación de los casos y el seguimiento de estos y sus contactos serán realizados con los mismos criterios y procedimientos establecidos para el SSPA. La



# JUNTA DE ANDALUCÍA

medicación antiviral necesaria se les facilitará por un procedimiento específico que se elaborará a tal efecto.

## Responsabilidad de la custodia

- La responsabilidad de la custodia de la medicación será de los directores gerentes de los hospitales y distritos
- Para garantizar la trazabilidad de la distribución de la medicación deberán ser cumplimentados todos y cada uno de los apartados de los **anexos 17, 18 y 19**.

## RESPUESTA A LA EMERGENCIA

### A) PROTOCOLO DE COORDINACIÓN

Por lo que hace referencia a la respuesta del sistema de salud a la emergencia, especialmente en la “Fase Pandémica”, en la que acontece una transmisión elevada y sostenida entre la población general, y de cara a “mantener el funcionamiento de los servicios de salud”, es esencial contar con unas líneas de coordinación claras que promuevan una actuación eficiente de los distintos organismos intervinientes (Equipos Básicos de Atención Primaria –EBAP-, Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias –DCCU- y Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias –SCCU-, del Servicio Andaluz de Salud; Equipos de Emergencias, de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; Otros recursos: Salud Responde, etc.) y de los diferentes profesionales sanitarios (médicos y enfermeros). Tales líneas de coordinación deben tener como premisas:

- Las necesidades de atención de la población.
- La oportunidad del máximo manejo domiciliario de los casos.
- La derivación conforme a criterios únicos bien definidos.
- Las posibilidades terapéuticas en función del sustrato biológico.

### PROTOCOLO DE COORDINACIÓN

Los algoritmos de coordinación entre los distintos agentes de los servicios de salud contemplan, como síntoma más probable de proceso gripal que genera demanda de atención, la presencia de “Fiebre” acompañada de síntomas catarrales de vías respiratorias.

Por este motivo (“Fiebre”) el ciudadano puede plantear una demanda telefónica (llamando a los teléfonos del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias o a otros: Salud Responde, Centros de Salud,...) o presencial (acudiendo a un EBAP, un DCCU o un SCCU).

En cada caso, debe efectuarse un Triage:

- En la demanda telefónica, el triaje:
  - Lo realiza la persona responsable de la recepción de la llamada.
  - Sigue un protocolo médico de preguntas, estructurado y sistemático.
  - Con la información obtenida en el interrogatorio, el protocolo recomienda la respuesta adecuada, el recurso a asignar o la valoración más detenida por un médico, en su caso.
- En la demanda presencial, el triaje:
  - Lo realiza personal sanitario: médico o, preferentemente, una enfermera.
  - Se efectúa mediante protocolo médico que incluye interrogatorio y exploración física, siendo las pruebas complementarias opcionales en función del cuadro clínico.
  - Con la información obtenida, se asigna el oportuno recurso.



# JUNTA DE ANDALUCÍA

Los algoritmos contemplan una serie de hallazgos (en el triaje telefónico –Anexo 22- y en el presencial): 1) Síntomas de Alarma, 2) Antecedentes personales de riesgo, 3) Síntomas/Signos de Gravedad.

La atención de pacientes en los SCCU requiere una coordinación intrahospitalaria (del propio SCCU con el resto de Servicios) que se realizará según lo previsto en las distintas fases del Plan de Alta Frecuentación, incrementando las medidas.

Se facilitarán las altas precoces hospitalarias con actuaciones de vigilancia en domicilio, presencial o telefónica, por medio de la enfermería de enlace, la enfermería de atención primaria, los médicos del EBAP y el personal de los DCCU.

Este protocolo de coordinación se adaptará, en cada uno de los distritos y hospitales, como una fase más del Plan de Alta Frecuentación, en cada uno de los niveles e interniveles (atención primaria, hospitales y equipos de emergencias).

En cualquier caso, la comunicación fluida entre los responsables de los distintos organismos que componen los servicios de salud puede modificar el presente protocolo de coordinación.

Asimismo, parece razonable que la aplicación efectiva de este protocolo de coordinación cuente, en caso de pandemia gripal, con la reorganización de los recursos actuales y su previsible necesidad de ampliación.

## B) PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN

### OBJETIVO GENERAL

Tener definidos programas que establezcan las actividades del Sistema Sanitario Público de Andalucía y cada uno de sus centros, en cada fase pandémica, que garanticen la respuesta más adecuada posible del sistema de salud a la población andaluza.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Análisis de recursos del Sistema Sanitario Andaluz. Estructurales y de Equipamiento.
- Evaluar la disponibilidad de camas a nivel área y estudiar fórmulas que amplíen la capacidad actual.
- Elaborar un plan que establezca las actividades de control de la infección, vigilancia y seguimiento del paciente, garantía de asistencia sanitaria, de acceso rápido a las medidas de salud pública (antivirales y vacuna) y comunicación en cada nivel en cada una de las fases.
- Garantizar que el Programa de Respuesta autonómico se conoce por todos los actores y se revisa y prueba periódicamente.
- Coordinación de la formación de los profesionales de la salud en aspectos relacionados con la pandemia de gripe y coordinación de las comunicaciones a los profesionales.

## 1. Análisis de Recursos

### 1.1. Estructurales Atención Primaria



# JUNTA DE ANDALUCÍA

- Descripción de Consultorios, Puntos de Atención Continuada y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (fijos y móviles), clasificados por Provincias y Distritos de Atención Primaria.
- Descripción del reparto de profesionales sanitarios según provincia y Distrito de Atención Primaria.

## 1.2. Equipamiento Atención Primaria

- Descripción del equipamiento existente en los Consultorios, Puntos de Atención Continuada y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (fijos y móviles) por provincia y Distrito de Atención Primaria; Telefonía móvil.

## 1.3. Equipamiento Atención Hospitalaria

- Descripción de equipamiento existente:(camas), aislamientos, puntos en UCI, urgencias.

## 2. Medidas a adoptar sobre el personal

### 2.1. Información.-

Mantener informados a los profesionales en todo momento del desarrollo de la pandemia, de las distintas fases en que nos encontramos y crear circuitos de transmisión de esta comunicación que sean ágiles, fiables y efectivos.

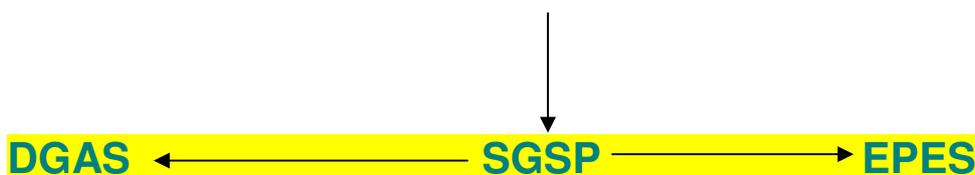
Los contenidos deben ser los adecuados a cada fase pandémica, oportunos, validados y actualizados; intentando no crear alarma, ni subestimar el riesgo, serán los especificados en cada fase.

Se debe garantizar que el programa de respuesta autonómico se conozca por todos los actores y se revise y pruebe periódicamente.

La Consejería de Salud, a través de la Secretaría General Salud Pública y Participación, difundirá los contenidos de información oportunos, al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA), a la Red de Alertas de Salud Pública de Andalucía a través de las Delegaciones Provinciales de Salud, al Servicio Andaluz de Salud a través de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, y a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Desde el Comité Técnico, vinculado a la Secretaría General de Salud Pública y Participación, se utilizarán los cauces establecidos a través de las Delegaciones Provinciales de salud, la Dirección Gerencia de Hospitales y Dirección de los Distritos Sanitarios, para canalizar la información oportuna, hasta los profesionales de los servicios asistenciales.

### Consejería de Salud



SGSP: Dirección General de Salud Pública  
DGAS: Dirección General de Asistencia Sanitaria  
EPES: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias



## 2.2. Formación:

Implantar mecanismos para aumentar el conocimiento de los trabajadores de la salud en aspectos relacionados con la pandemia de gripe. Que los protocolos, algoritmos y guías de manejo de casos, control de la infección, desvío de pacientes, sean conocidos por todos los profesionales.

La formación se realizará mediante la presentación del protocolo elaborado por la Dirección General de Salud Pública, a través de la Formación Continuada del SVEA en el ámbito central y provincial y de cada Centro de Salud y Hospital.

El Comité Técnico, vinculado a la Secretaría General de Salud Pública y Participación, transmitirá a Direcciones de los Centros Asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía todos los conocimientos disponibles. Ellos serán los encargados de comunicar a las Unidades Asistenciales, y a todos los profesionales el protocolo para su obligada difusión y cumplimiento.

En los DCCUS y SCCUS se realizará una difusión especialmente intensa del protocolo entre el personal sanitario.

## 2.3. Medidas de Prevención. Dotación de equipos de protección:

El personal sanitario que va a asistir a los pacientes afectados constituye un grupo de alto riesgo de contraer la enfermedad y fuente de contagio, por lo que es necesaria la utilización de equipos de protección, siguiendo las indicaciones de la Dirección General de Salud Pública y Participación.

## Recursos Necesarios:

Equipo de Protección Personal (**Anexos 3, 4 y 5**).

- Responsable: Administrador del Distrito Sanitario de A.P y la Dirección de Servicios Generales (Suministros).  
Cuando el protocolo de actuación, según la fase pandémica, así lo indique se debe garantizar por el responsable, que el suministro de los materiales y equipamientos sanitarios de protección estén disponibles en todos los niveles.

El Sistema Sanitario Público Andaluz establecerá las necesidades de equipos.

Una vez realizada la compra del material necesario, se garantizarán los circuitos de reparto y distribución de forma ágil a todos los Distritos Sanitarios y todos los hospitales de referencia (Urgencias, Unidades Asistenciales Responsables), teniendo previsto la capacidad de almacenamiento de los distintos centros.

## 3. Protocolo de Actuación en cada Fase Pandémica

Las fases pandémicas serán aquellas especificadas por la OMS, detalladas en el "Apartado Fases pandémicas. OMS".



## 3.1. Periodo de Alerta Pandémica.

**Se corresponde con las Fases 3, 4 y 5 de la OMS**

ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	RESPONSABLE
Poner en marcha los Planes establecidos de Preparación y Respuesta en el ámbito asistencial y reforzar la coordinación de los servicios de emergencia.	Puesta en marcha del Protocolo de la Comunidad Autónoma	Dirección General de Salud Pública (DGSP), Dirección General de Financiación, Planificación e Infraestructuras (DGFPPI), Delegaciones Provinciales Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS), Directores de Distrito, Hospitales y Áreas Sanitarias, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES),..
Información a los Profesionales sobre la situación y actividades en las que estén involucrados.	Transmisión de la Información existente a todos los profesionales	DGSPyP, Delegaciones Provinciales Salud, DGAS, Directores de Distrito, Hospitales y Áreas Sanitarias, EPES, Empresas Públicas, Hospitales Concertados, Hospitales Privados
Monitorizar la existencia de los recursos adecuados en cada nivel asistencial (Distritos y Hospitales de referencia).	Comprobar que el material, equipamiento y habitaciones de aislamiento están disponibles para cada punto asistencial. En los hospitales de referencia, para las fases 4 y 5, además de las habitaciones de aislamiento, tiene que estar designada un área de hospitalización específica adicional.	Delegaciones Provinciales Salud, Directores Asistenciales y Coordinadoras de Enfermería de los Distritos. Directores Médicos y de Enfermería, Servicios de Medicina Preventiva y responsables de Unidades Asistenciales
Asegurar que todos los centros sanitarios tienen disponibles protocolos, algoritmos y guías de manejo de casos, control de la infección, ...	Distribución de los Protocolos a todos los Centros Sanitarios, Puntos de Atención Continuada y DCCU fijos y móviles a través del Plan de Comunicación.	Delegaciones Provinciales Salud, Directores Asistenciales y Coordinadoras de Enfermería de los Distritos, Directores Médicos y de Enfermería y Responsables de Unidades Asistenciales
Asegurar la aplicación del protocolo de distribución de antivirales.	Suministro, circuito de distribución y almacenamiento establecidos.	Directores Médicos y Servicios de Farmacia Hospitalaria
Identificación y notificación de casos sospechosos al SVEA.	Aplicar los criterios de definición de casos sospechosos y circuito de notificación urgente.	El médico que identifica un posible caso sospechoso
Asegurar la cuarentena de los contactos en fases 4 y 5.	Seguimiento de contactos.	Distrito de Atención Primaria. Hospital de Referencia.

El objetivo de este periodo es coordinar la puesta en marcha de procesos que controlen la transmisión de la infección a la población desde un pequeño foco, detectando rápidamente los primeros casos en Andalucía y tomar las medidas de control y contención necesarias. Aunque en principio en las fases 4 y 5 de la alerta pandémica no tendrían que darse respuestas asistenciales sustancialmente diferentes a las contempladas para la fase 3 actual, podría ser necesaria una revisión y adecuación de estas respuestas en función de dos factores: a) de la mayor o menor proximidad geográfica de las agrupaciones de casos, por un lado, y b) de la evolución de la alarma social – por tanto de la evolución de la demanda de atención sanitaria – por otro.



## 3.2. Periodo Pandémico:

**Se corresponde con la Fase 6 de la OMS.**

ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	RESPONSABLE
Poner en marcha los Planes establecidos de Preparación y Respuesta en el ámbito asistencial y reforzar la coordinación de los servicios de emergencia.	Puesta en marcha del Protocolo de la Comunidad Autónoma	DGSPyP, DGAS, DG Financiación, Planificación e Infraestructuras, Delegaciones Provinciales Salud, Directores de Distrito, Hospitales y Áreas Sanitarias, EPES,
Garantizar que todos los implicados en la puesta en marcha del plan en lo referente a la atención sanitaria conocen la evolución de la pandemia.	Transmisión de la Información existente a todos los profesionales.	DGSPyP, Delegaciones Provinciales Salud, DGAS, Directores de Distrito Direcciones Médicas y de Enfermería y Responsables de Unidades Asistenciales, EPES.
Puesta en marcha de los mecanismos para dar respuesta al incremento de demanda asistencial y las zonas de aislamiento necesarias están preparadas en cada centro.	Modificación de agendas de los profesionales. Distribución de los espacios para la atención de los pacientes según la patología que presenten, procurando el aislamiento/separación de los pacientes con gripe en todos los ámbitos asistenciales. Reasignación de tareas. Sustituciones y refuerzos necesarios de los centros, Puntos de atención continuada y DCCU.	Directores Asistenciales y Coordinadoras de Enfermería de los Distritos. Directores y Adjuntos de ZBS. Directores Gerentes de Hospitales y Áreas Sanitarias y Directores Médicos y de Enfermería.
Mantener el funcionamiento de los servicios de salud	Algoritmo de planificación de servicios asistenciales según incremento de demanda asistencial (Plan de Alta Frecuentación). Garantizar el funcionamiento de los servicios básicos, especialmente, Cuidados Críticos y Urgencias, Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna, Neumología y Pediatría.	Directores Asistenciales y Coordinadoras de Enfermería de los Distritos. Directores Gerentes de Hospitales y Áreas Sanitarias y Directores Médicos y de Enfermería.
Poner en marcha los planes de distribución y almacenamiento de antivirales.	Suministro, circuito de distribución y almacenamiento.	DGSPyP, Delegaciones Provinciales Salud, Directores Médicos, Directores Asistenciales de Distritos, y Servicios de Farmacia Hospitalaria.
Garantizar que todo el material necesario para la respuesta a la pandemia estará disponible y distribuido mientras dure la pandemia.	Suministro, circuito de distribución y almacenamiento.	Delegaciones Provinciales Salud, Directores Asistenciales y Coordinadoras de Enfermería de los Distritos. Directores Médicos y de Enfermería, Servicios de Medicina Preventiva y responsables de Unidades Asistenciales
Poner en marcha el plan para administración urgente de vacuna cuando esté disponible.	Organización de los puntos de vacunación en los centros y en los domicilios y residencias.	DGSP y P, Delegaciones Provinciales Salud, Directores y Adjuntos de ZBS. Servicios de Farmacia y Medicina Preventiva.
Aumentar la asistencia de cuidados al alta, ante la existencia del plan de altas precoces desde los Hospitales.	Coordinación y Organización de la asistencia a altas hospitalarias.	Adjuntos de Enfermería y enfermera comunitaria de enlace (ECE) de las ZBS y Dirección de Enfermería y Médica.



Este periodo se caracterizaría por el aumento de la presión asistencial en la Comunidad Autónoma.

El número de casos y la demanda asistencial disminuirá posteriormente, pero el sistema deberá estar preparado para la llegada de una nueva onda de magnitud similar o mayor a la anterior.

Finalmente habrá que revisar todos los aspectos de la respuesta en base a la experiencia de la primera onda, continuar con la vigilancia y detección rápida de la llegada de la segunda onda.

### 3.3. Periodo Post-Pandémico:

Se declarará el fin de la pandemia por la OMS y la Comisión de Salud Pública del MSC.

Durante este periodo se evaluará el impacto global de la pandemia y se analizarán las actuaciones llevadas a cabo. Se elaborarán informes y se sacarán conclusiones que servirán para actualizar las actividades a realizar para preparar las próximas amenazas de pandemia de gripe.

Reposición de material y equipos y análisis del efecto de la pandemia sobre la actividad demorada, planificando su vuelta a la normalidad.

Vuelta al periodo interpandémico.

### 3.4. Comité de Coordinación Asistencial

#### En Atención Primaria:

- ❖ Director del Distrito Sanitario de Atención Primaria.
- ❖ Director Asistencial del Distrito Sanitario de Atención Primaria.
- ❖ Coordinadora de Enfermería del Distrito Sanitario de Atención Primaria.
- ❖ Administrador del Distrito Sanitario de Atención Primaria.
- ❖ Coordinador del DCCU del Distrito Sanitario de Atención Primaria.

#### En Atención Hospitalaria:

- ❖ Director Gerente.
- ❖ Dirección Médica.
- ❖ Dirección de Enfermería.
- ❖ Dirección de Servicios Generales y Económica-Administrativa.
- ❖ Representantes de Atención Primaria, EPES.

Las funciones de este órgano serán: dictar las instrucciones generales para la organización de la asistencia en cada momento según la fase de alerta pandémica o de pandemia existente.

Además, se constituirá en los hospitales de Referencia en las fases de alerta pandémica (3, 4 y 5) y en todos los hospitales en la fase de pandemia (fase 6) una comisión operativa de seguimiento, responsable de la organización de las actividades asistenciales,



# JUNTA DE ANDALUCÍA

compuesta por el Director Médico y representantes de los servicios de Medicina Preventiva, Microbiología, Medicina Interna/Enfermedades Infecciosas, Neumología, Cuidados Críticos y Urgencias, Pediatría y Farmacia.

Las funciones de esta comisión serán fundamentalmente la propuesta de elementos de ayuda a la toma de decisiones a la Dirección y a los profesionales. Esta comisión a la vez podría subdividirse en subcomisiones en función de las características de cada centro.

En la fase pandémica se crearán comisiones operativas de seguimiento en los Distritos de Atención Primaria. Estará compuesta por los Directores Asistenciales, Coordinadoras de Enfermería de los Distritos, Directores y Adjuntos de ZBS y Técnicos de Salud de Epidemiología y Programas y de Farmacia.

Las funciones serán la modificación de agendas de los profesionales, distribución de los espacios para la atención de los pacientes según la patología que presenten, procurando el aislamiento/separación de los pacientes con gripe en todos los ámbitos asistenciales, reasignación de tareas, sustituciones y refuerzos necesarios de los centros, Puntos de atención continuada y DCCU.

Contará con el apoyo de las Comisiones de Infecciones, Ética y otras que incluyan además cuestiones de asesoramiento para el manejo y priorización de patologías cuyo proceso pueda verse afectado por la asistencia a la pandemia y en concreto cardiorrespiratorios –incluido quirúrgicas-, cerebrales y tumorales, así como, en su caso, de las Juntas Facultativa y de Enfermería.

## 3.5. Plan de Alta Frecuentación en Atención Primaria en la fase 6

Ante el presumible incremento de la demanda asistencial en consulta, domicilio y urgencias y de las altas precoces hospitalarias, junto con la necesidad de áreas de aislamiento reservadas en los consultorios y teniendo que atender la demanda de asistencia no demorable, es necesaria la elaboración de estrategias de organización de los equipos de Atención Primaria.

El Plan de Alta Frecuentación debe tener una adaptación local de cada Distrito, ya que ni los recursos disponibles (estructurales y de equipamiento), ni la dispersión geográfica y gestión de la demanda de los centros, ni la población a la que atiende es equiparable de un Distrito a otro. Por ello, aquí marcaremos las líneas generales que debe contemplar el Plan de Alta Frecuentación de cada Distrito.

Las acciones que debemos plantearnos deben ser coherentes con los recursos disponibles, la distribución de los mismos, con una adecuada respuesta, tendiendo a la máxima resolución de casos en el primer nivel asistencial y maximizar la mejor coordinación con el resto del sistema sanitario.

### 3.5.1. Líneas generales de actuación:

1. Definición de los niveles de aplicación del Plan de Alta Frecuentación y las acciones a desarrollar.
2. Análisis de situación del Distrito y su entorno.



3. Adecuación de las estructuras organizativas y los recursos en base al aumento de la frecuentación.
4. Actuaciones en el DCCU y en Centros de Salud.
5. Coordinación Interniveles.
6. Puesta en marcha de Protocolos de actuación coordinada.
7. Información a la población atendida mediante actividades locales.

## 3.5.2 Niveles de aplicación del Plan:

### Nivel I

1. Cuando el incremento de pacientes que acuden a urgencias del DCCU o Centro de Salud no supera el 15%.
2. Cuando el incremento de pacientes que solicitan atención domiciliaria no supera el 15%.
3. Cuando el incremento de pacientes que se encuentran en el área de tratamientos cortos no supera el 15%.

### Nivel II

1. Cuando el incremento de pacientes que acuden a urgencias del DCCU o Centro de Salud se encuentra entre un 16% y un 25%.
2. Cuando el incremento de pacientes que solicitan atención domiciliaria se encuentra entre un 16% y un 25%.
3. Cuando el incremento de pacientes atendidos en el área de tratamientos cortos se encuentra entre un 16% y un 25%.

### Nivel III

1. Cuando el incremento de pacientes que acuden a urgencias del DCCU o Centro de Salud supere el 25%.
2. Cuando el incremento de pacientes que solicitan atención domiciliaria supere el 25%.
3. Cuando el incremento de pacientes atendidos en el área de tratamientos cortos supere el 25%.

## 3.5.3. Adecuación de las estructuras organizativas y los recursos:

Se adaptarán a los niveles de aplicación del Plan de Alta frecuentación (PAF), cuya fuente de datos será el SIGAP.

**Nivel I:** En esta situación no se emplearán recursos extraordinarios, sino que se aplicará el Plan de Alta Frecuentación.



**Nivel II:** En esta situación, junto a la puesta en marcha de las medidas contempladas en el Plan de Alta Frecuentación, se deben analizar los recursos humanos, considerando las franjas horarias de mayor frecuentación.

**Nivel III:** En esta situación, el Distrito entero debe volcarse para corregir la situación. Junto a la puesta en marcha de todas las medidas contempladas en el Plan de Alta Frecuentación, se deben analizar los recursos humanos en función del aumento de la frecuentación en las consultas de los centros y de los DCCU e incrementar las áreas de atención.

### 3.5.4. Actuaciones en el centro de Salud (Anexo 20):

- Aumento de la oferta de consulta a demanda en Centro de Salud.
- Disminución de la actividad programada y consultas administrativas en los Centros de Salud (excepto metabopatías, vacunas, programa de embarazo y anticoagulación).
- Seguimiento de pacientes dados de alta precoces hospitalaria.
- Identificación de pacientes de riesgo.
- Aumento de consultas a demanda domiciliarias.
- Valoración presencial domiciliaria de los criterios de derivación hospitalaria.
- En caso de pacientes gravemente incapacitados o en fases terminales, valoración presencial domiciliaria del beneficio e idoneidad del tratamiento hospitalario en función de la situación basal previa.
- Mayor seguimiento de pacientes a través del programa de atención personalizada de enfermería en domicilios.

### 3.5.5. Actuaciones en los Puntos de Atención Continuada y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (Anexo 20):

- Identificación, valoración y clasificación (leve, moderada, grave) rápida de pacientes.
- Explicación del síndrome y aplicación del protocolo de actuación en aquellos casos donde no exista patología asociada de riesgo.
- Utilización preferentemente de las áreas de tratamientos cortos y evolución de los DCCU, minimizando los traslados al hospital en patologías que puedan resolverse en este nivel asistencial.
- Potenciación de la atención domiciliaria y tratamientos en domicilio de los pacientes inmovilizados o con calidad de vida limitada. Se adecuará la coordinación con la enfermería de enlace y comunitaria en la resolución de casos.
- Uso uniforme de criterios de derivación de acuerdo con los establecidos en el protocolo de derivación.
- En todos los pacientes se comprobará presencialmente la existencia de criterios objetivos de derivación hospitalaria, no siendo aconsejables derivaciones hospitalarias por criterios subjetivos o por indicación telefónica.



- Todos los pacientes atendidos en el DCCU recibirán un informe escrito y legible de la asistencia prestada en el DCCU, con constancia de la situación clínica, diagnóstico, tratamiento administrado y plan de actuación a seguir. Deberá especificarse qué pacientes deben seguir observación domiciliaria (hacer constar las recomendaciones de reconsulta urgente), control y revisión por su médico de familia o control y revisión por enfermería (caso de pacientes incapacitados, crónicos y/o terminales).
- Optimización de los recursos materiales (medicación y fungibles) del DCCU con la reposición en función de la mayor frecuentación.
- Optimización de las áreas de tratamientos cortos y evolución: mayor control de suministros de medicación y fungibles, revisión de provisión de O2, aumento de frecuencia de limpieza, etc.

### 3.6. Plan de Alta Frecuentación en Asistencia Hospitalaria.

Ante un presumible incremento de la demanda asistencial fundamentalmente vehiculado a través del Servicio de Urgencias, pero que afectará de manera global al sistema, es preciso organizar los recursos de Atención Hospitalaria.

El Plan de Alta Frecuentación debe tener una adaptación local por cada Área Hospitalaria, ya que ni los recursos disponibles (estructurales y de equipamiento), ni la población a la que atiende es equiparable entre distintas Áreas. Por ello, aquí se trazan las líneas generales que debe contemplar el Plan de Alta Frecuentación en Asistencia Hospitalaria (AE).

Se plantean acciones coherentes con los recursos disponibles, tendiendo a la máxima resolución de los casos que deban ser manejados por Asistencia Hospitalaria, y maximizando la mejor coordinación con el resto del sistema sanitario.

#### 3.6.1. Líneas generales de actuación:

1. Definición de los niveles de aplicación del Plan de Alta Frecuentación y las acciones a desarrollar en las Áreas, el Hospital y los CPEs.
2. Análisis de situación del Área Hospitalaria y su entorno.
3. Adecuación de las estructuras organizativas y los recursos en base al aumento de la frecuentación.
4. Actuaciones en el Hospital y las áreas de Urgencias.
5. Coordinación Interniveles.
6. Puesta en marcha de Protocolos de actuación coordinada.
7. Información a la población atendida mediante actividades locales.

#### 3.6.2. Niveles de aplicación del Plan en el Hospital (Anexo 21):

Los niveles de aplicación del Plan se basan en dos criterios generales:

% de incremento del número de urgencias que acuden al hospital.

% de incremento del número de pacientes que se encuentran en observación y están pendientes de ingresar en el hospital.



# JUNTA DE ANDALUCÍA

## Nivel I

El incremento de pacientes que acuden a urgencias del hospital no supera el 10%.

El incremento de pacientes que se encuentran en observación pendientes de ingresar en el hospital no supera el 10%.

En esta situación no se emplearán recursos extraordinarios, sino que se aplicará el Plan de Alta Frecuentación previsto con la Comisión de seguimiento.

## Nivel II

El incremento de pacientes que acuden a urgencias del hospital se encuentra entre un 11% y un 25%.

El incremento de pacientes que se encuentran en observación pendientes de ingresar en el hospital se sitúa entre un 11% y un 25%.

En esta situación, junto con la puesta en marcha al máximo de todas las medidas del Plan de Alta Frecuentación, se debe:

Analizar los recursos humanos, adaptados a las franjas horarias de mayor frecuentación, tanto en las consultas de urgencias como en observación.

Aumentar la disponibilidad de camas por parte de los diferentes Servicios (disminución de estancias medias, etc.)

## Nivel III

El incremento de pacientes que acuden a urgencias del hospital supera el 25%.

El incremento de pacientes que se encuentran en observación pendientes de ingresar en el hospital supera el 25%.

El hospital entero debe volcarse de forma intensiva para corregir la situación. Juntamente con la puesta en marcha, al máximo, de todas las medidas del Plan de Alta Frecuentación, se debe:

Analizar los recursos humanos sobre la base de los incrementos tanto en las consultas de urgencias como en observación.

Aumentar la disponibilidad de camas de forma importante por parte de los diferentes Servicios (disminución de estancias medias, actividad programada, etc.).

Plantearse escenarios alternativos que contemplen aprovechamiento de recursos extraordinarios como centros habilitables con capacidad de hospitalización (para casos de gripe aviar o para derivar otras patologías) o el empleo de hospitales de campaña con fines similares.

### 3.6.3. Adecuación de las estructuras organizativas y los recursos:

Se adaptarán a los niveles de aplicación del Plan de Alta frecuentación (PAF), cuya fuente de datos será el SIGAP.

**Nivel I:** En esta situación no se emplearán recursos extraordinarios, sino que se aplicará el Plan de Alta Frecuentación.



**Nivel II:** En esta situación, junto a la puesta en marcha de las medidas contempladas en el Plan de Alta Frecuentación, se deben analizar los recursos humanos, considerando las franjas horarias de mayor frecuentación.

**Nivel III:** En esta situación, el Área Sanitaria en su totalidad debe volcarse para corregir la situación. Junto a la puesta en marcha de todas las medidas contempladas en el Plan de Alta Frecuentación, se deben analizar los recursos humanos en función del aumento de la frecuentación en las consultas de los centros e incrementar las áreas de atención.

### 3.6.4. Actuaciones en el Hospital.

Se deben considerar actuaciones a dos niveles: Sección de Urgencias y otros Servicios del Hospital.

El Plan interno de cada Servicio debe ser elaborado por su Jefatura correspondiente, conocido y compartido por todos sus miembros y aprobado por la Dirección.

La actuación en el conjunto del Hospital debe ser liderada por la Dirección del Hospital, con la participación y compromiso de los Servicios Médicos, Quirúrgicos, Diagnósticos y de Cuidados Críticos y Urgencias que prestarán la atención y estabilización en las primeras horas a los enfermos.

Junto al Plan del propio Hospital y del Distrito debe existir una serie de medidas aprobadas entre ambos, que también deben ser plasmadas y activas en la misma fecha que el Plan.

### 3.6.5. Actuaciones en el SCCU.

Las patologías prevalentes a tratar en el período de tiempo en cuestión son, fundamentalmente, cardiopatía isquémica; insuficiencia cardíaca; reagudizaciones de pacientes con neumopatías crónicas con o sin OCFA, y descompensaciones de pacientes pluripatológicos por procesos infecciosos de vías respiratorias altas y/o bajas.

Las actuaciones a contemplar en el SCCU pasan por:

- a) la definición de sus recursos;
- b) el uso de protocolos consensuados para el manejo de la gripe aviar, y
- c) el aumento de su capacidad de resolución.

a) Definición de Recursos.

Deben definirse exactamente los recursos de personal, camas de observación y sillones, tanto de forma habitual, como posibles ampliaciones eventuales para afrontar hasta un 35% de incremento de la demanda.

b) Uso de Protocolo consensuado de manejo.

Dado que el objetivo fundamental es tratar al paciente con las debidas garantías sin sobrepasar los recursos destinados a su atención se requiere, por un lado, potenciar el Protocolo del Servicio aprobado por la Dirección, consiguiendo su cumplimiento absoluto por todo el personal del Centro y, por otro, aumentar la capacidad de resolución.

Los Protocolos han de elaborarse, en caso de no existir, y una vez implantados, distribuirse algoritmos de los mismos entre los servicios involucrados, o bien figurar estos algoritmos en el propio plan de respuesta a la pandemia del Centro.

c) Aumento de la Capacidad de Resolución.



# JUNTA DE ANDALUCÍA

El incremento de la capacidad de resolución obliga a una menor tasa de ingreso en observación y el hospital y, de otra parte a un acortamiento del tiempo de observación. La mayor tasa de resolución podría conseguirse con las siguientes actuaciones:

- Aumento del número de consultas y especialización de algunas de ellas, según la patología de mayor prevalencia, para poder dar altas de un modo más ágil desde la observación.

- Flexibilización de las Áreas de Observación y sillones.

- Disminución de los tiempos de decisión de destinos intermedios y finales en los pacientes ingresados en Observación.

- Aprovechamiento óptimo de otros recursos del hospital como Hospitalización Domiciliaria, Consultas Preferentes, Hospital de Día o Cirugía Mayor Ambulatoria.

- Incremento de la coordinación y colaboración con Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias del área.

- Ampliación del espacio destinado a Observación.

- Establecimiento de un circuito rápido de pacientes derivados por el 061.

Todas estas actuaciones deben estar suficientemente explicitadas y consensuadas con los miembros de la Sección de Urgencias.

## 3.6.6. Actuaciones en el conjunto del Hospital

El período de pandemia producirá un cambio cuantitativo, pero también, y fundamentalmente, un aumento de demanda de atención hospitalaria de algunas especialidades del Área Médica y de la propia Medicina Interna. El Hospital debe involucrarse activamente en la solución del problema, respondiendo como un conjunto.

Las acciones, que deben ser coordinadas por la Dirección del hospital, pasan por:

- Creación de una comisión en la que participen todos los servicios afectados por el aumento de demanda cuantitativa o cualitativa, que elaborará, difundirá y evaluará la eficacia del Plan.

- Reasignación, por parte de la Dirección del hospital, con la participación de la Junta Facultativa, de camas o áreas específicas dentro del centro, en razón de la propia demanda y de la eficiencia, medida en estancia media por GRD de cada Servicio.

- Compromiso de los diferentes servicios de disminución de estancias medias, flexibilizando los criterios de alta hospitalaria. Los Servicios médicos deben ser capaces de gestionar sus picos de ocupación.

- Acortamiento de los tiempos de espera, para pacientes hospitalizados, de las exploraciones que determinan la toma de decisiones, como radiología, ecografía, endoscopia, etc.

- Incremento del número diario de consultas preferentes destinadas a pacientes remitidos desde Urgencias del hospital.

- Información y sensibilización a la ciudadanía de la situación, con el fin de que asuman las posibles demoras asistenciales de procesos banales y para que acudan a otros Dispositivos por su proceso, en razón del nivel de gravedad y los servicios disponibles.

- Ampliación al domicilio de la continuidad de cuidados y atención de pacientes dados de alta desde Urgencias por el DCCU o/y Atención Primaria.



# JUNTA DE ANDALUCÍA

- Uso del Informe de Urgencias-Historia Clínica, como instrumento de comunicación entre la Atención Primaria, el DCCU y el Hospital.

- Puesta en funcionamiento, si fuera posible, de la recepción de muestras y el Laboratorio integrados en Urgencias.

- Identificación del censo de Residencias Asistidas, Residencias de Ancianos y agudos.

- Aumento de la oferta de Consultas Externas de las especialidades que las pasen en Centros periféricos o en el propio Hospital para atender a la agilización del incremento previsto de actividad ambulatoria y su severidad.

- Coordinación con el 061 y establecimiento de vías de acceso específicas que no bloqueen los circuitos de urgencias, en los períodos de máxima demanda.

## 3.6.7. Actuaciones en otros ámbitos relacionados con el Hospital.

Asimismo, desde el Hospital, en coordinación con el Distrito, deben ponerse en marcha acciones encaminadas a:

- Aumento de la oferta de camas de otras instituciones para pacientes con problemas sociosanitarios, de larga estancia, en estado vegetativo, o que sólo requieran cuidados paliativos.

- Coordinación con la Unidad Médica del Hospital de Crónicos, en caso de existir, para la derivación directa de pacientes diagnosticados y tratados con procesos de agudización.

- Comunicación desde los Hospitales de Crónicos, del censo de camas disponibles, a primera hora de cada día.

- Traslado a los Hospitales Comarcales y a las Residencias Asistidas de la necesidad de incrementar su respuesta a mayores niveles de gravedad en las Urgencias.

- Establecimiento de un protocolo común para la derivación de posibles casos, en coordinación con EPES, y de traslado intrahospitalario de posibles casos, estableciéndose en lo posible rutas de uso y circuitos diferenciados.

## 3.7. Coordinación Interniveles

Para la mayor parte de las medidas contempladas en el Plan se exige una estrecha coordinación entre los recursos de los Distritos de Atención Primaria y los de Atención Hospitalaria.

Deben asegurarse sistemas ágiles de comunicación que garanticen la continuidad de asistencia y cuidados tanto al personal afectado por la gripe aviar como a aquellos otros pacientes que, como consecuencia de la misma, hayan pasado a ser asistidos de manera diferente a la habitual.

Especial refuerzo será deseable en la coordinación entre:

- Los DCCU y los SCCyU hospitalarios (y a través de ellos con el Hospital)

- Las Unidades de Asistencia Domiciliaria y los Servicios hospitalarios que puedan prestar esta atención o apoyarla.

- Los sistemas de Hospitalización Domiciliaria o apoyada por familiares y especialistas o Médicos de Familia y enfermeros consultores especialmente preparados

- Los sistemas de transporte sanitario y las Direcciones de los Distritos y los Hospitales.



## 4. Previsión de Necesidades de Recursos

### 4.1. Personal

Solamente podrá ser necesario el aumento de recursos de personal en el periodo Pandémico, donde habrá que tener en cuenta el porcentaje de aumento de demanda asistencial y de bajas del personal por afectación de la pandemia de gripe, en cuyo caso se seguirán las siguientes normas:

Sustitución del 100% del personal de baja

- Contratación de personal de refuerzo si la demanda asistencial aumenta siguiendo las directrices del plan de alta frecuentación.
- Movilización de Profesionales.
- Ante la falta de sustituciones, suspensión de permisos y licencias.

### 4.2. Espacios de atención

Los Centros de Salud y los Hospitales habilitarán los espacios y circuitos diferenciados que pudiesen resultar procedentes para la atención de la demanda que exista con motivo de la gripe A/H1N1, tanto en la atención programada como en la atención urgente.

### 4.3. Comunicaciones

Es fundamental en todo momento de la evolución de la pandemia tener vías y suficientes de comunicaciones entre:

- Hospital
- Distrito (Comité de Crisis)
- EPES
- Interna (Profesionales en atención domiciliaria)
- Pacientes

Por lo que además de las eficiencias de las líneas de telefonía fijas, es conveniente la operatividad de una línea móvil al menos por consultorio. Implantación y acceso a la Intranet corporativa en todas las cabeceras de ZBS y hospitales.



## DOCUMENTOS ANEXOS

**ANEXO 1: Formulario de notificación de caso humano de infección por nuevo virus de la gripe AH1N1.**

ANEXO 2. Registro de Contactos.

ANEXO 3. Medida de protección en el paciente caso.

ANEXO 4. Vestir al personal sanitario al cuidado del paciente con el equipo de protección personal.

ANEXO 5. Traslado organizado del paciente caso al hospital de referencia.

ANEXO 6. Limpieza y desinfección de la ambulancia de transporte del paciente caso de gripe pandémica.

ANEXO 7. Recepción del paciente caso en el hospital de referencia.

ANEXO 8. Toma de muestras del paciente para diagnóstico específico.

ANEXO 9. Normas de envío de muestras al laboratorio de referencia para estudio de gripe pandémica.

ANEXO 10. Medidas higiénico-sanitarias para la atención domiciliaria.

ANEXO 11. Atención a los sanitarios que hayan tenido contacto con el paciente caso.

ANEXO 12. Atención a las personas que hayan tenido contacto con el paciente caso.

ANEXO 13. Argumentario sobre la Gripe Pandémica.

ANEXO 14. Manejo de los residuos y material desechable.

ANEXO 15. Limpieza de la habitación, consultas y áreas de observación.

ANEXO 16. Material Clínico.

ANEXO 17. Acta de entrega de oseltamivir para su distribución a otro hospital.

ANEXO 18. Hoja de prescripción y dispensación de oseltamivir en atención primaria.

ANEXO 19. Hoja de prescripción y dispensación de oseltamivir en el hospital para casos no ingresados.

**ANEXO 20. Respuesta a la emergencia: Atención Primaria.**

**ANEXO 21. Respuesta a la emergencia: Atención Hospitalaria.**

**ANEXO 22. Fase de alerta pandémica: Acceso telefónico.**





## ANEXO 1

### FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO HUMANO DE INFECCIÓN POR NUEVO VIRUS DE LA GRIPE AH1N1

Fecha de Notificación: \_\_\_\_\_, Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_ Código<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa)

#### Datos del Notificante

Médico notificante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Centro Sanitario: \_\_\_\_\_

Dirección (localidad, provincia): \_\_\_\_\_

#### Datos del paciente

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ 1er apellido: \_\_\_\_\_ 2º apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ (edad: \_\_\_\_\_) Sexo: Hombre  Mujer

Domicilio \_\_\_\_\_ Centro de estudio/trabajo \_\_\_\_\_

Municipio y provincia de residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Admisión hospitalaria

¿Tenía síntomas cuando ingresó en el hospital? Sí  No  Desconocido

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa)

#### Clínica

Fecha de Inicio de síntomas: \_\_\_\_\_

Alta Sí  No  Desconocido  Fecha de alta (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Fallecido: Sí  No  Fecha de defunción: (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Fiebre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ), especificar grados: \_\_\_\_\_ Sí  No  Desconocido

Tos Sí  No  Desconocido

Cefalea: Sí  No  Desconocido

Rinorrea: Sí  No  Desconocido

Dolor de garganta: Sí  No  Desconocido

Mialgia: Sí  No  Desconocido

Dificultad respiratoria: Sí  No  Desconocido

Malestar general: Sí  No  Desconocido

Neumonía Sí  No  Desconocido

Diarrea Sí  No  Desconocido

Vómitos: Sí  No  Desconocido

<sup>1</sup> Código: XXYYYY (XX=código CCAA; YYYY=nº de caso, ej: 010001)



Otros síntomas: \_\_\_\_\_

## Antecedentes Epidemiológicos

**A) Estancia o visita a áreas<sup>2</sup> con casos humanos confirmados de infección por nuevo virus de la gripe AH1N1 durante los 10 días anteriores al inicio de síntomas** Sí  No  Desconocido

En caso afirmativo, fecha de regreso a España: \_\_\_\_\_

(dd/mm/aaaa)

Código<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

¿Ha presentado síntomas durante el viaje de regreso? <sup>(2)</sup> Sí  No  Desconocido

Especificar datos del vuelo (país de origen, número de vuelo, nº asiento): \_\_\_\_\_

Países/áreas afectadas	Desde (dd/mm/aaaa)	Hasta (dd/mm/aaaa)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**B) Haber estado en contacto cercano con una persona diagnosticada como caso confirmado de infección por nuevo virus de la gripe AH1N1 durante los 10 días anteriores al inicio de síntomas:**

Sí  No  Desconocido

¿El contacto ha ocurrido durante su ocupación como trabajador sanitario? Sí  No  Desconocido

Especificar: \_\_\_\_\_

¿Se han mantenido las medidas de protección individual recomendadas? Sí  No  Desconocido

**C) Ocupación:**

(1) Trabajador sanitario, especificar: \_\_\_\_\_

(2) Trabajador de laboratorio/manipulador de muestras

(3) Docente

(4) Trabajadores de residencias de ancianos

(5) Trabajadores de guardería

(6) Otros, especificar: \_\_\_\_\_

(9) Desconocido

**D) Factores intrínsecos del paciente:**

Cáncer: Sí  No  Desconocido

Diabetes: Sí  No  Desconocido

VIH / Otra inmunodeficiencia: Sí  No  Desconocido

Cardiopatía: Sí  No  Desconocido

Trastornos convulsivos: Sí  No  Desconocido

Enfermedad pulmonar: Sí  No  Desconocido

Embarazo:  \_\_\_\_\_ meses No  Desconocido

Malnutrición: Sí  No  Desconocido

Otros: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Méjico.

<sup>3</sup> Código: XXYYYY (XX=código CCAA; YYYY=nº de caso, ej: 010001)



## Diagnóstico de laboratorio

Técnica	Laboratorio donde se ha realizado	Resultado	Fecha (dd/mm/aaaa)	Confirmación por el Centro Nacional de Microbiología
RT PCR para virus de la gripe A		Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
RT PCR para nuevo virus de la gripe AH1N1		Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cultivo viral de nuevo virus de la gripe AH1N1		Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Aumento en 4-veces en el título de anticuerpos específicos para nuevo virus de la gripe AH1N1		Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Test de inmunofluorescencia (IFA) usando anticuerpos monoclonales para nuevo virus de la gripe AH1N1		Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Otros, especificar		Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Código<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

## Tratamiento

¿Ha recibido tratamiento (oseltamivir, zanamivir)? Sí  No  Desconocido

En caso afirmativo, nombre del fármaco: \_\_\_\_\_

Nº de días: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)

## Profilaxis Frente a la Gripe

¿Se ha vacunado de la gripe en el último año? Sí  No  Desconocido

En caso afirmativo, marca comercial: \_\_\_\_\_

Durante los 7 días anteriores al inicio de los síntomas, ¿estuvo tomando algún fármaco antiviral (oseltamivir, zanamivir, amantadita, rimantadina)? Sí  No  Desconocido

En caso afirmativo, nombre del fármaco: \_\_\_\_\_ Dosis diaria: \_\_\_\_\_

Nº de días: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)

## Clasificación del caso

CASO EN INVESTIGACIÓN  CASO PROBABLE  CASO CONFIRMADO

CASO DESCARTADO

<sup>4</sup> Código: XXYYYY (XX=código CCAA; YYYY=nº de caso, ej: 010001)



## ANEXO 2. Registro de Contactos

### HOJA DE SEGUIMIENTO DE CONTACTOS DE UN CASO DE GRIPE A/H1

NOMBRE DEL CASO: \_\_\_\_\_ Fecha Inicio Seguimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto (*)	NUHSA (obligatorio)	Teléfono	Dirección (Localidad)	Seguimiento								Finalización seguimiento / Incidencias		
				Día	1	2	3	4	5	6	7		8	
				Tª										
				Sint										
				Tª										
				Sint										
				Tª										
				Sint										
				Tª										
				Sint										
				Tª										
				Sint										
				Tª										
				Sint										
				Tª										
				Sint										
				Tª										
				Sint										

(\*) Según criterios de definición de contactos definidos en este documento.

## ANEXO 3. Medida de protección en el paciente caso.

- Responsable: El equipo sanitario que atiende al paciente en primera instancia.
- Una vez clasificado el paciente como caso sospechoso se le pondrá una mascarilla quirúrgica bien ajustada, cuidando que cubra nariz y boca.
- Si permanece en el recinto de un hospital para su ingreso, en el tiempo previo a su ubicación en la habitación de aislamiento se utilizará mascarilla tipo **FFP2 sin válvula** de espiración.

## ANEXO 4. Vestir al personal sanitario al cuidado del paciente con el equipo de protección personal.

- Responsable: Medicina Preventiva hospital o Epidemiología distrito en horario laboral, y fuera de horario laboral el responsable de Alertas en Salud Pública.
- Desarrollo:
  - o Indicado en el personal sanitario que va a estar en contacto con el paciente caso.
  - o Lavado de manos o descontaminación de las mismas con soluciones alcohólicas.
  - o Mascarilla (Modelo tipo **FFP2 con válvula** de espiración). También pueden utilizarse, en los momentos iniciales, mascarillas quirúrgicas bien ajustadas.
  - o Bata desechable de manga larga.
  - o Guantes desechables.
  - o En el caso de que el paciente precise cuidados que puedan generar aerosoles de las secreciones respiratorias (aspirados nasofaríngeo, intubación) el personal expuesto a ellos debe protegerse previamente a su realización con gafas protectoras.

## ANEXO 5. Traslado organizado del paciente caso al hospital de referencia.

Responsables: Director del Servicio Provincial EPES (061) y Epidemiología distrito en horario laboral y fuera de horario laboral al responsable de Alertas en Salud Pública y Dirección Médica del Hospital.

- Desarrollo:
  - o Comunicar al Director Médico del Hospital de Referencia la realización del traslado.
  - o Organizar el traslado en la ambulancia preparada para el transporte de pacientes con sospecha de casos de GA:
    - Se utilizará una ambulancia medicalizada preparada para tal fin.
    - El personal sanitario de la misma estará vestido con el equipo de protección personal.
    - El paciente irá provisto con mascarilla quirúrgica bien ajustada (**Anexo 5**).
    - No viajarán familiares en la ambulancia, excepto con pacientes menores de edad en los que se podrá permitir la compañía del padre o de la madre que irán obligatoriamente vestidos con el equipo de protección personal.
    - El traslado se realizará a la velocidad que el médico responsable del paciente durante el traslado crea necesaria en función de la gravedad del paciente.
    - La ventanilla de comunicación entre el habitáculo asistencial y la cabina de conducción permanecerá cerrada durante el traslado. La



comunicación entre ambos habitáculos se llevará a cabo mediante interfono o radiotelefonía.

- La cabina asistencial deberá llevar conectado su sistema de ventilación independiente.
- La ambulancia deberá disponer de contenedores específicos rígidos de boca amplia para la recogida de material punzante, así como de bolsas dobles para el resto de residuos y de material biológico.
- Si fuera necesaria la administración de oxígeno, deberá asegurarse que las mascarillas empleadas son desechables.
- Si durante el trayecto el paciente necesitase respiración asistida, ya sea con balón de resucitación, ya con ventilación mecánica, se utilizarán filtros.
- Si se necesitase aspiración, se emplearán aspiradores con filtros HEPA o, en su defecto, aspiradores de pedal de plástico para un solo uso.
- A la llegada al Hospital de Referencia, la transferencia del paciente se efectuará en el punto del Hospital que se indique, donde lo recibirá personal adecuadamente equipado.
- Una vez finalizado el traslado, la ambulancia se dirigirá hacia el lugar indicado por el Hospital de Referencia para proceder a su limpieza (**Anexo 6**). El personal de la ambulancia permanecerá con el equipo de aislamiento puesto hasta la llegada al parque móvil de referencia.

## **ANEXO 6. Limpieza y desinfección de la ambulancia de transporte del paciente caso de gripe pandémica.**

Responsable: Director del Servicio Provincial EPES y Dirección del Hospital de Referencia.

### - Desarrollo:

- Una vez realizado el traslado del paciente, la ambulancia se dirigirá al lugar indicado por el Hospital de Referencia para realizar labores de limpieza del vehículo y del material médico y de los residuos.
- La limpieza del vehículo se realizará por el personal correspondiente, el cuál estará vestido con el equipo de protección personal.
- La ambulancia será limpiada con lejía al 10% (superficies no metálicas) o ácido peracético (superficies que no toleren la lejía).
- La ambulancia se ventilará tras su limpieza y podrá ser utilizada después de quince minutos.
- Posteriormente a la limpieza de la ambulancia se colocará el equipo de protección personal (la bata, la mascarilla y los guantes) en una bolsa y posteriormente depositado en un contenedor específico para residuos del grupo IIIa (verde).
- Las gafas de protección ocular se lavarán tras su utilización con un desinfectante (cubeta con ácido peracético durante 10 minutos) y se enjuagarán minuciosamente. Podrán ser utilizadas de nuevo una vez estén secas y hayan transcurrido 15 minutos.
- Una vez finalizado el proceso de limpieza, es imprescindible el lavado de manos.



## ANEXO 7. Recepción del paciente caso en el hospital de referencia.

- Responsable: Unidad Asistencial Responsable del Hospital de Referencia.
- Desarrollo:
  - o Recepción del paciente.
    - Todo el personal que va a atender al paciente durante la recepción y traslado por el hospital estará vestido con el equipo de protección personal.
    - La habitación en la que va a ingresar el paciente está preparada de acuerdo a las normas establecidas (habitación individual con puerta cerrada o, si está disponible, habitación individual con presión negativa).
    - El personal sanitario y no sanitario que atenderá al paciente una vez ingresado estará preparado para realizar la atención adecuada y segura que el paciente necesite.
    - La recepción y el traslado del paciente se realizará según un itinerario establecido que adaptándose a las condiciones del centro asegure que el traslado se realiza por el área menos concurrida del centro y con rapidez.
  - o Ingreso en la habitación establecida.

## ANEXO 8. Toma de muestras del paciente para diagnóstico específico.

- Responsable: Unidad Asistencial Responsable del Hospital de Referencia en los pacientes hospitalizados o el Director de Salud del Distrito de Atención Primaria en los pacientes que reciben cuidados en su domicilio.
- Para el diagnóstico del virus de la gripe A/H1 en humanos se deben obtener muestras de: aspirado nasofaríngeo o, en su defecto, exudados nasal y faríngeo en el paciente atendido en el domicilio, para su envío a los laboratorios de Referencia.
- Desde el punto de vista del cuidado de los pacientes o del control de la epidemia el diagnóstico serológico no tiene utilidad. Por ello, solo en los pacientes que se atienden inicialmente en servicios de urgencias de Hospitales o en los DCCU se extraerá suero de fase aguda, el cual se enviará al Laboratorio de Referencia de Majadahonda. Se extraerá una segunda muestra de sangre de fase convaleciente (14 días) solo a dichos pacientes si la PCR o el cultivo hubiesen sido positivos.
- Además, en los pacientes hospitalizados, toma de muestras estándar para el diagnóstico microbiológico del síndrome que presente el paciente y que se realizarán en el mismo centro e incluyen:
  - Síndrome respiratorio:
    - Espudo o aspirado de muestras respiratorias para la determinación de tinción de Gram y cultivo cuantitativo para bacterias.
    - Dos exudados de nasofaringe y dos exudados de orofaringe para la determinación de antígenos de los virus *Influenza A* y *B* y del virus sincitial respiratorio.
    - Aspirado bronquial y lavado broncoalveolar, si la situación clínica del paciente lo requiere y lo permite, para detección de patógenos, incluyendo virus.
    - Dos tandas de hemocultivos.
    - Suero con retractor del coágulo en fase aguda y a los 10-14 días.
    - Orina para determinación de antígeno de neumococo y de legionella.
  - Síndrome diarreico:
    - Una muestra de heces.

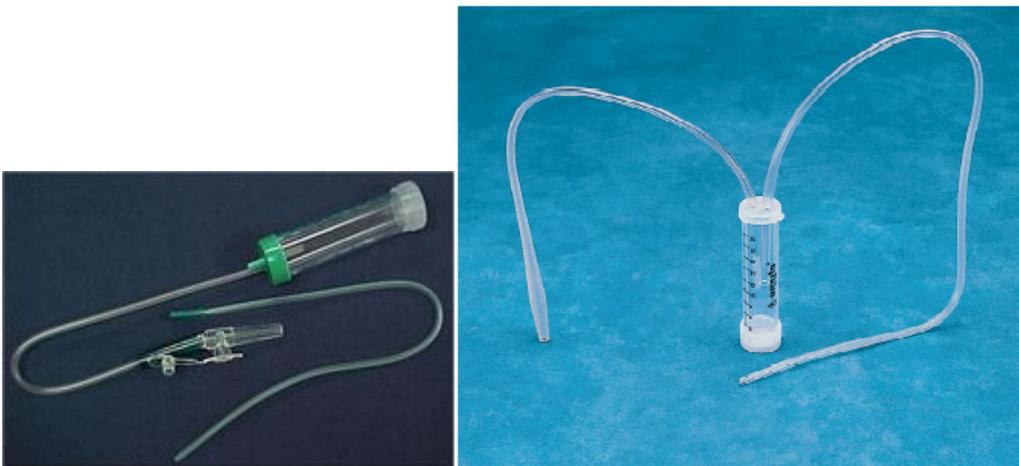


- Las anteriores.

## Procedimiento para el aspirado nasofaríngeo:

1. Las secreciones nasofaríngeas se aspiran a través de un catéter conectado a un bote sellado del que sale otro catéter que se conecta a una fuente de vacío.
2. El catéter se introduce a través de la ventana nasal en paralelo al paladar hasta alcanzar la nasofaringe.
3. Entonces se aplica la aspiración y se comienza a retirar el catéter lentamente con un movimiento de rotación.
4. Se repite el procedimiento con el mismo catéter en la otra ventana nasal.
5. Finalmente se lava el catéter con 3 ml de medio de transporte o suero fisiológico y se cierra el bote.

Algunos ejemplos del sistema empleado para realizar el aspirado nasofaríngeo.



## ANEXO 9. Normas de envío de muestras al laboratorio de referencia para estudio de gripe pandémica.

El laboratorio del Servicio de Microbiología del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, dispone de capacidad para aislar y detectar virus gripales con potencial pandémico. El transporte se hará por ambulancia o vehículo de uso múltiple, la muestra se enviará con copia de Encuesta Epidemiológica cumplimentada.

- Responsable: Unidad Asistencial Responsable del Hospital de Referencia que comunicará el envío a la Dirección del Hospital Virgen de las Nieves.
- Desarrollo:

### MUESTRA:

1. Fundamental: Aspirado nasofaríngeo.
- Colocar en contenedor estéril, de plástico y con tapón a rosca. No añadir ningún conservante.



2. Otras: Escobillón nasal, nasofaríngeo o faríngeo, lavado nasal, lavado broncoalveolar, aspirado transtraqueal, biopsia pulmonar, etc.

- Los escobillones se colocarán en medio de transporte adecuado para virus (Existen varios comerciales).

- Las biopsias se mantendrán en suero fisiológico o solución salina estéril. (No añadir formol o cualquier otro conservante)

- El resto de muestras se colocarán en contenedor estéril, de plástico y con tapón a rosca (No añadir ningún conservante).

3. Suero de fase aguda (recogido en el momento de sospecha clínica del caso) y suero de fase convaleciente (a partir de los 10 o 14 días del inicio del cuadro clínico).

### CONSERVACIÓN DE LA MUESTRA:

- Si se van a enviar antes de 72 horas, mantener a 4°C hasta su envío.
- Si el envío se demora más de 72 horas congelar a -70°C o menos.

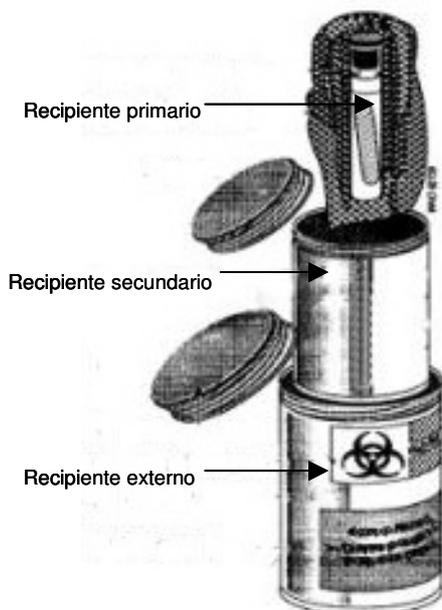
Desde los Servicios de Microbiología de los Hospitales sólo se enviarán muestras al Servicio de Microbiología del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

### NORMAS DE ENVÍO:

Se utilizará un sistema de embalaje triple compuesto por los tres niveles de contención recomendados por la ONU (figura 1), y que en el recipiente externo llevará la señal de riesgo biológico (figura 2).

[Figura 1](#)

[Figura 2](#)



El recipiente primario contiene la muestra y debe envolverse en material absorbente suficiente para absorber el líquido de la muestra en caso de fuga.

El recipiente secundario encierra y protege el recipiente primario. Se pueden colocar varios recipientes primarios en un recipiente secundario.



Recipiente externo de envío. El recipiente secundario se coloca en un paquete de envío que protege al recipiente secundario y su contenido de los elementos externos, tales como daño físico y agua, mientras se encuentra en tránsito.

En el caso de muestras para estudio de gripe pandémica, éstas deben ir refrigeradas, para ello se incluirá todo el sistema de embalaje anterior en un sobreembalaje isotérmico (Bolsas isotérmicas de cremallera o cajas de corcho blanco) que contenga acumuladores térmicos.

Se incluirán los siguientes documentos:

- Carta de porte:

- Nombre, dirección y teléfono del remitente.
- Nombre, dirección y teléfono del destinatario.
- Tipo de muestra clínica.
- Fecha del envío y firma del remitente.
- Número UN 3373.

Formulario del Laboratorio del Servicio de Microbiología del H.U. Virgen de las Nieves, para el envío de sustancias infecciosas.

Las muestras se enviarán desde los **Servicios de Microbiología al Laboratorio de referencia del Hospital Virgen de las Nieves**, con carácter de urgencia mediante ambulancia o vehículo de uso múltiple.

Datos de paciente (nombre, apellidos, edad, etc.)	
Datos de la Institución	
Dirección Postal:	Tfno. Contacto:
Nº de identificación:	
Tipo de muestra y fecha de la toma: <input type="checkbox"/> ANF..... <input type="checkbox"/> otra.....	
Facultativo Responsable:.....Servicio:.....	
Datos clínicos/epidemiológicos de interés:	
Peticiones analíticas: <input type="checkbox"/> Detección virus influenza..... <input type="checkbox"/> otras.....	

(Acompañar con copia cumplimentada de Encuesta Epidemiológica).

## ANEXO 10. Medidas higiénico-sanitarias para la atención domiciliaria

- El paciente estará en un dormitorio individual, si lo permite el domicilio y permanecerá en él, con la puerta cerrada. Si necesita ir a áreas comunes de la casa por alguna circunstancia excepcional utilizará una mascarilla quirúrgica.
- Es preferible que la habitación donde permanezca el paciente tenga ventilación directa de la calle, si esto no es posible se recomienda que ésta esté separada de las áreas comunes de la casa.



- Si es posible utilizará un cuarto de baño separado del resto de los convivientes que se limpiará a diario con desinfectantes domésticos (p.e. lejía). Si no es posible, extremar las medidas de limpieza después de su uso y que se utilicen toallas diferentes al resto de los convivientes.
- Salvo para recibir cuidados médicos el paciente permanecerá en su domicilio durante los siguientes 7 días en los casos de adultos y 10 días en los casos de niños.
- Si necesitan salir del domicilio para recibir cuidados médicos utilizarán una mascarilla quirúrgica si está disponible.
- Recordar a la persona enferma que cubra su boca cuando tosa o la nariz cuando estornude y que se lave las manos con agua y jabón tras ello.
- La persona enferma no debe recibir visitas.
- Si es posible que haya una sola persona encargada de cuidar al enfermo. Las embarazadas no deben ser cuidadoras de las personas enfermas de gripe. El cuidador ha de extremar las medidas de precaución: lavado de manos frecuente con jabón y obligado cada vez que entre en contacto con el enfermo, así como el uso de mascarilla quirúrgica.
- Observar los síntomas y vigilar los cambios de temperatura, registrarlos y notificarlos según las recomendaciones de su médico o enfermera de enlace.
- Los convivientes lavarán sus manos con agua y jabón cada vez que tengan contacto con la persona enferma.
- Lavado de ropas y eliminación de residuos:
  - El material desechable utilizado por la persona enferma se eliminará mediante su introducción en una bolsa de plástico que cierre herméticamente, y se desecha en la basura.
  - La ropa de cama, utensilios de comida (vajilla, cubiertos, etc.) utilizados por las personas enfermas no necesitan ser lavados separadamente, pero la limpieza deber ser apropiada. Lavar la ropa con los detergentes habituales. Evitar sacudir la ropa antes de lavarla.
  - Lavar las manos con agua y jabón después de los procedimientos anteriores.

## ANEXO 11. Atención a los sanitarios que hayan tenido contacto con el paciente caso

- Responsable: La Unidad Asistencial Responsable de su centro.
- Desarrollo:
  - o Se realizarán las siguientes acciones en los sanitarios que cumplan los criterios de CONTACTO con el paciente caso definidos en el documento principal.
  - o Historia clínica y exploración física completa.
  - o Recomendar y facilitar la profilaxis inmediata con oseltamivir. Para ser efectiva, la profilaxis debe administrarse en las primeras 48 horas tras la exposición, a dosis de 75 mg al día durante 10 días.
  - o Se recomienda seguimiento telefónico diario durante 10 días y consulta inmediata si aparición de síntomas de enfermedad (fiebre y/o síntomas respiratorios), debiendo en ese momento consultar a la Unidad Asistencial de referencia de su centro sobre si debe abstenerse de acudir a su puesto de trabajo.
  - o Notificación a efectos de registro del seguimiento del contacto inicial y final, y siempre que aparezcan síntomas de enfermedad, a Medicina Preventiva del hospital o a Epidemiología de Distrito.



## ANEXO 12. Atención a las personas que hayan tenido contacto con el paciente caso

- **Responsable:** La responsabilidad recaerá en el Director de Salud del Distrito de Atención Primaria afectado por las agrupaciones de casos y/o contactos, a través del epidemiólogo del Distrito. La información de que dichos contactos han sido detectados le llegará a través del SVEA-Red de Alerta de Salud Pública que tiene dicha información a través de las acciones realizadas previamente para la detección de los contactos del paciente clasificado como caso sospechoso.
- Desarrollo:
  - o Se realizarán las siguientes acciones en las personas que cumplan los criterios de CONTACTO con el paciente caso definidos en el documento principal.
  - o Historia clínica y exploración física completa.
  - o Recomendar y facilitar la profilaxis inmediata con oseltamivir.
  - o Para ser efectiva, la profilaxis debe administrarse en las primeras 48 horas tras la exposición.
  - o Profilaxis post-exposición en adultos: 75 mg al día durante 10 días, adaptándose a la función renal en CICr < 30 ml/min, como se especifica en el documento.
  - o La dosis pediátrica se ha especificado en el apartado “El uso de antivirales”.
  - o Se recomienda seguimiento telefónico diario durante 10 días y consulta inmediata si aparición de síntomas de enfermedad (fiebre y/o síntomas respiratorios), debiendo en ese momento ser atendido con carácter preferente por su Médico de Familia.
  - o Se les recomendará que permanezcan en su domicilio y, si van a tener contacto con otras personas, deben utilizar mascarillas quirúrgicas correctamente ajustadas.
  - o Notificación a efectos de registro del seguimiento del contacto inicial y final, y siempre que aparezcan síntomas de enfermedad, al SVEA.

## ANEXO 13. Argumentario sobre la Gripe A/H1N1

### ¿Cuál es la situación actual del brote?

A fecha de 4 de mayo de 2009 el brote afecta a 20 países, con un total de 985 casos. El país con más afectación es Méjico, con 590 casos confirmados. Afecta a países de todos los continentes con la excepción de África.

### ¿Es probable que se produzca una pandemia?

Desde el siglo XVI se han documentado diversas pandemias mundiales de gripe. Aproximadamente en cada siglo se han detectado unas tres pandemias, a intervalos de 10 a 50 años. En el siglo XX se produjeron las pandemias de 1918, 1957 y 1968. Es un proceso cíclico que se produce cuando aparece un subtipo de virus de la gripe diferente al que circula habitualmente cada año durante la temporada de gripe. El hecho de que ya hayan pasado casi 40 años desde la última pandemia hace pensar a los expertos que cada vez es más probable que ocurra la próxima.

### ¿Podemos estar tranquilos?

**Preparación y respuesta ante una posible pandemia de gripe**  
Consejería de Salud. Junta de Andalucía.  
4 de mayo de 2009



# JUNTA DE ANDALUCÍA

En estos momentos hay que lanzar un mensaje de tranquilidad a la población andaluza y nacional. La situación sanitaria en nuestro entorno es, hoy día, muy distinta a la que existía en anteriores pandemias, en cuanto a niveles de higiene y saneamiento del medio, fármacos disponibles y posibilidades de desarrollo y fabricación de vacunas a corto o medio plazo, a partir de la identificación de un nuevo subtipo de virus de la gripe.

En España, siguiendo las recomendaciones de la OMS, el Ministerio de Sanidad y las consejerías de salud de las CCAA, tienen desarrollado un plan de preparación ante una posible pandemia, con todas las medidas de prevención activadas, y nuestro Sistema Nacional de Salud está preparado para afrontar esta situación. Además, la experiencia acumulada en otras situaciones de este tipo (como la producida por el SRAS o neumonía asiática) ha hecho que los mecanismos de prevención y de intercambio de información estén muy perfeccionados a nivel mundial.

## **¿Se han detectado casos de este tipo de gripe circulante en España?**

A fecha de 4 de mayo de 2009, existen en España 54 casos confirmados, distribuidos en nueve comunidades autónomas.

## **¿Cómo se puede contraer este tipo de gripe?**

Al tratarse de un virus de gripe probablemente adaptado a seres humanos la transmisión es la habitual, mediante el contacto entre humanos (estornudos, tos o al tocar superficies donde esté el virus y llevarse las manos a la boca o la nariz).

Por ello, es importante mantener las medidas de higiene ya conocidas, donde se debe extremar, entre otras cosas, el lavado de las manos.

## **¿Puedo contraer la enfermedad comiendo cerdo infectado?**

No. Las investigaciones realizadas hasta el momento confirman que el virus de la gripe porcina sólo se transmite por vía respiratoria, pero no a través de la ingesta de un animal infectado. Además, este virus no sobrevive a altas temperaturas, con lo que se destruye durante el cocinado de la carne.

## **¿Qué síntomas se presentan si se ha contraído este tipo de gripe?**

Los mismos que los de una gripe común (fiebre, dificultad respiratoria, tos, malestar general). La enfermedad se está comportando de forma leve, con mortalidad inferior al 1%, con la excepción de Méjico en la que es algo superior.

Para que estos síntomas se relacionen con el tipo de virus de la gripe H1N1 que nos ocupa, el paciente tiene que haber estado en alguna de las zonas identificadas con transmisión humana sostenida en los 10 días anteriores a la aparición de los primeros síntomas o haber estado en contacto con un paciente.

## **¿Cómo puede detectar un médico si un paciente tiene gripe común o este tipo de gripe?**



# JUNTA DE ANDALUCÍA

Los programas de control que se han establecido a nivel mundial permiten seguir la evolución del brote diariamente, con lo que se conocería qué países están afectados en cada momento y, por tanto, en qué países podrían producirse contagios.

En cualquier caso, y ante casos de personas que hayan viajado a los países afectados y retornen con la enfermedad, la Consejería de Salud de Andalucía ha elaborado un protocolo en el que se recoge el procedimiento a seguir para la detección de un posible caso humano por infección de este tipo de virus de la gripe y las actuaciones sanitarias a seguir. Es un protocolo sencillo y operativo para hacer frente a las sospechas de gripe pandémica que puedan surgir ante pacientes provenientes de las zonas afectadas.

## **¿Existe una vacuna para este virus de la gripe?**

No. Existe un virus de la gripe H1N1 humano, si bien, el caso identificado en México y el Sur de EEUU es una recombinante del H1N1 que viene del cerdo, por lo que nos encontramos ante una mutación del virus para la que en la actualidad no existe vacuna.

Del mismo modo, la vacuna que se ha administrado este año durante la campaña de gripe 2008-2009 no protege contra este virus. La OMS ha puesto en marcha estudios de laboratorio para determinar vacunas candidatas.

## **¿Habrá vacunas para todo el mundo?**

Sí. Los laboratorios tardarían unos meses en tener disponible la vacuna. Mientras se produce la vacuna, se afrontaría la situación mediante tratamientos antivirales.

## **¿Se puede curar esta gripe?**

A falta de una vacuna, se considera que esta gripe podría tratarse mediante fármacos antivirales. Los antivirales deben administrarse en las primeras 48 horas tras la aparición de los primeros síntomas.

## **¿Cuántos antivirales ha comprado España y a quién se distribuirán?**

El Ministerio de Sanidad y las CCAA han realizado al laboratorio fabricante una compra de más de 10 millones de tratamientos antivirales, de los que unos 1,7 millones (en función de la proporción de población) corresponden a Andalucía. Esta cantidad permitiría atender a las personas que presenten síntomas, grupos de riesgo y profesionales de los servicios esenciales (sanitarios, cuerpos de seguridad...).

## **¿Por qué no se han comprado más antivirales?**

La adquisición de tratamientos antivirales ha sido una decisión tomada por consenso en la Comisión de Salud Pública en función de las necesidades que tienen los grupos de riesgo de nuestro país.

## **¿Se pueden realizar viajes a los países afectados por este tipo de gripe?**

La Organización Mundial de la Salud recomienda seguir unos consejos sanitarios para evitar el contagio. Dado que éstas pueden variar en el tiempo, debe consultarse la página del Ministerio



# JUNTA DE ANDALUCÍA

de Sanidad antes de comenzar un viaje internacional. Las recomendaciones son las siguientes:

## Medidas generales:

- Extremar la higiene personal, lavándose las manos con frecuencia.
- Consumir alimentos bien cocinados.

## Al regresar del viaje:

- Prestar atención a la salud durante los diez días siguientes al regreso.
- Si en este tiempo se presenta fiebre, tos o dificultad para respirar, contactar telefónicamente con el servicio de emergencias (061 ó 112) o con los servicios sanitarios.
- En la llamada o contacto, informar sobre el viaje realizado a la zona afectada.

## ¿Existe algún laboratorio de referencia a nivel andaluz para identificar cepas de gripe?

El Laboratorio del Hospital Virgen de las Nieves de Granada es el referente a nivel andaluz para identificar nuevas cepas virales con posible potencial pandémico.

## ¿Cómo se ha organizado el sistema de vigilancia epidemiológica?

La vigilancia epidemiológica está garantizada a partir de la obligatoriedad que tienen todos los médicos de notificar con carácter urgente al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, ante la sospecha de cualquier caso de notificación urgente. Esta notificación inmediata ante la sospecha, se realiza en cualquier momento del día a través de los canales que tiene establecido la Red de Alerta de Salud Pública.

Además la Consejería de Salud reforzó en el año 2005 la red de médicos centinelas con 128 médicos repartidos por el territorio andaluz encargados de una vigilancia "especializada" de la gripe común, recogiendo muestras para su envío al laboratorio de referencia para la identificación de los virus circulantes. También se dotó al laboratorio de referencia de la gripe en Granada con las medidas de seguridad y el equipamiento necesario para la identificación de nuevos tipos de virus del seguimiento del virus de la gripe

Estas medidas garantizan una detección precoz un diagnóstico y rapidez en el control ante cualquier variación un posible caso de infección por un nuevo tipo de virus gripal.

## ¿Qué recursos hospitalarios se han establecido como referentes ante una posible pandemia? ¿Cómo se han organizado?

En la situación actual el SSPA tiene establecido un detallado protocolo de actuación de los servicios sanitarios, si tuvieran que actuar ante un posible caso de gripe pandémica, el cual implica la hospitalización domiciliaria o convencional dependiendo del estado clínico del paciente, el diagnóstico virológico y el tratamiento antiviral. Contempla además la identificación



# JUNTA DE ANDALUCÍA

de todos los contactos que hubiera tenido el caso, para su seguimiento y quimioprofilaxis si fuera necesario.

Andalucía tiene un plan de actuación ante una posible pandemia de gripe, siguiendo las recomendaciones de la OMS y coordinado con el Plan Nacional. En este plan se detallan las actuaciones organizativas que deberán realizarse en nuestros servicios de salud, en función de la magnitud que pudiera tener una posible pandemia.

## ¿Dónde puede acudir el ciudadano para resolver sus dudas sobre la gripe pandémica?

Para disminuir la incertidumbre que la aparición de una posible pandemia pueda crear entre los ciudadanos, la Consejería de Salud ha habilitado varios canales a los que el ciudadano puede acudir para obtener información sobre qué es la gripe porcina y resolver dudas sobre esta cuestión.

Así, desde el 1 de octubre de 2005, el servicio de información al ciudadano Salud Responde (902 505 060), operativo 24 horas, los 365 días del año, atiende las preguntas y dudas que puedan presentarse sobre la gripe pandémica.

## ANEXO 14. Manejo de los residuos y material desechable.

Responsable: Director del Servicio Provincial EPES, Dirección Médica del hospital y Dirección del Centro de Salud en Atención Primaria.

### - Desarrollo:

- Se considera material contaminado todo aquel que haya estado en contacto con el paciente.
- El material desechable, como por ejemplo, los guantes, las batas, material de cura, deben ser recogidos en bolsas y posteriormente depositados en un contenedor específico para residuos del grupo IIIa (verde).
- Los objetos punzantes y cortantes, tales como agujas u hojas de bisturí, deben ser recogidos en los contenedores habituales para estos objetos y depositados posteriormente en contenedor específico para residuos del grupo IIIa (verde).
- El material textil (sábanas, paños), se recogerá en las bolsas hidrosolubles y se procede al lavado normal.
- El material clínico empleado no desechable, en función de su propia naturaleza, se introducirá en ácido peracético durante 10 minutos, con el fin de que pueda ser reutilizado.

## ANEXO 15. Limpieza de la habitación, consultas y áreas de observación

- Responsable: El Director del Centro en Atención Primaria o el Supervisor del área de atención al paciente en hospitales.
- Se realizará por el Servicio de limpieza utilizando el equipo de protección individual.
  - Se realizará limpieza del suelo y de las superficies contaminadas o manchadas con solución de lejía al 10% (o ácido peracético para aquellas superficies que no toleren la lejía).



- El material de limpieza se incluirá en doble bolsa para su reprocesamiento.

## ANEXO 16. Material Clínico

Este apartado contemplará las necesidades en cuanto al material clínico específico para la asistencias de estos pacientes:

- Bombonas de Oxígeno.
- Pulsioxímetros.
- Mascarillas dispensadoras de oxígeno (adultos y pediátricos).
- Laringoscopios (adultos y pediátricos).
- Aspiradores.
- Tubos de Guedel.

Otro material necesario:

- Equipo de aislamiento del paciente (mascarillas tipo FFP2 sin válvula de espiración, batas desechables de manga larga y guantes).
- Contenedores específicos (según protocolo de actuación).
- **Bolsas de recogidas de residuos.**
- Formularios de notificación de caso de gripe A/H1.
- Todo aquel material que tras análisis de recursos se considere necesario.



## ANEXO 17. Acta de entrega de oseltamivir para su distribución a otro hospital

HOSPITAL QUE DISPENSA: .....

HOSPITAL DE DESTINO:.....

Fecha: ...../...../.....

D....., Jefe de Servicio de Farmacia hace entrega en el día de la fecha de ..... cápsulas de oseltamivir de 75 mg, y .....frascos de 750 mg/50ml

a D....., con DNI ....., para su traslado al Hospital y su entrega en este centro a la Directora/a Gerente.

Fdo.: Jefe de Servicio de Farmacia

Persona que recoge la medicación

Nombre y apellidos.....

DNI.....

Fdo.:

### ACTO DE RECEPCIÓN DE OSELTAMIVIR EN EL HOSPITAL DE DESTINO

Fecha: ...../...../.....

D. .... con DNI.....  
hace entrega en el día de la fecha de ..... cápsulas de oseltamivir de 75 mg, y  
.....frascos de 750 mg/50ml a la Dirección Gerencia del Hospital  
:.....

Persona que realiza la entrega:

Persona que recibe la medicación

Nombre y apellidos.....

Nombre y apellidos.....

DNI.....

Fdo.:

Fdo.:

NOTA: Hacer dos copias de este ejemplar. El primero quedará custodiado en el Servicio de Farmacia del Hospital de procedencia tras la entrega del oseltamivir, y la segunda en el Servicio de Farmacia del Hospital Destino.

Una vez recepcionada la medicación, el Hospital de Destino la enviará por Fax al Servicio de Farmacia del Hospital de procedencia, con la cumplimentación claramente legible de las personas que firman.



## ANEXO 18. Hoja de prescripción y dispensación de oseltamivir en atención primaria

### PRESCRIPCIÓN

Centro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Identificación del Médico/a prescriptor/a:

Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_

#### Identificación del caso de investigación

Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_

**NUHSA (obligatorio)** Sexo: V H Peso.....kg

#### Identificación de contactos:

1	<b>NUHSA (obligatorio)</b>
2	<b>NUHSA (obligatorio)</b>
3	<b>NUHSA (obligatorio)</b>
4	<b>NUHSA (obligatorio)</b>
5	<b>NUHSA (obligatorio)</b>

incluir un anexo en caso de más contactos

Responsable de Epidemiología o de la Red de Alerta que autoriza la dispensación

Nombre y

apellidos \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

### DISPENSACIÓN EN EL HOSPITAL

Dispensado por el Servicio de Farmacia del Hospital:.....

- Cápsulas de 75 mg: \_\_\_\_\_ cápsulas
- Solución de oseltamivir (750 mg, 50 ml) \_\_\_\_\_ frascos

Persona responsable de la dispensación:

Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Recibido por:

Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

### ENTREGA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Recibido por:

Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_



NOTA: Las dispensaciones autorizadas por SMS no requieren de la firma del responsable de epidemiología.

Una vez cumplimentado el documento, hacer dos copias y dejar el original en el Centro de Atención Primaria, enviando una copia a la dirección del Distrito y otra al Servicio de Farmacia del hospital dispensador.

## ANEXO 19. Hoja de prescripción y dispensación de oseltamivir en el hospital para casos no ingresados.

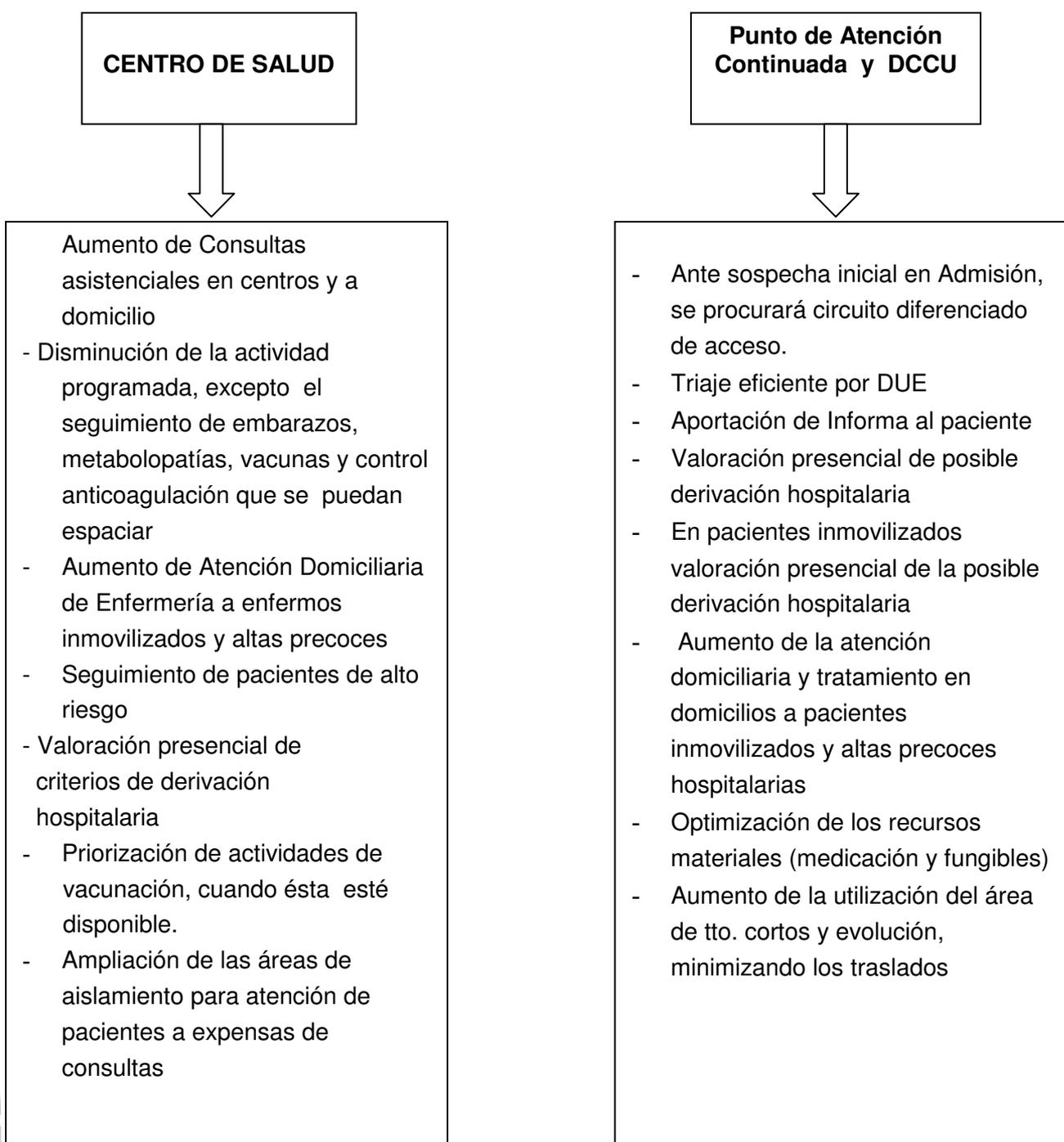
<b>PRESCRIPCIÓN</b>	
Hospital _____	Fecha ____/____/____
<b>Identificación del Médico/a prescriptor/a:</b>	
Apellidos y Nombre _____	CNP _____
<b>Identificación del caso de investigación</b>	
Apellidos y Nombre _____	
<b>NUHSA (obligatorio)</b> _____	Sexo: V      H      Peso.....kg
<b>Identificación de contactos:</b>	
1	<b>NUHSA (obligatorio)</b>
2	<b>NUHSA (obligatorio)</b>
3	<b>NUHSA (obligatorio)</b>
4	<b>NUHSA (obligatorio)</b>
5	<b>NUHSA (obligatorio)</b>
incluir un anexo en caso de más contactos	
Responsable de Medicina Preventiva o de la Red de Alerta	
Fdo. _____	

<b>DISPENSACIÓN EN EL HOSPITAL</b>	
<b>Dispensado por el Servicio de Farmacia del Hospital:.....</b>	
• Cápsulas de 75 mg: _____ cápsulas	
• Solución de oseltamivir (750 mg, 50 ml) _____ frascos	
Firma del farmacéutico/a responsable:	
Fdo. _____	
Recibido por:	
Apellidos y Nombre _____	DNI _____
Fdo. _____	



## ANEXO 20. Respuesta a la emergencia: Atención Primaria.

### Algoritmo Nivel I:



## Algoritmo Nivel II:

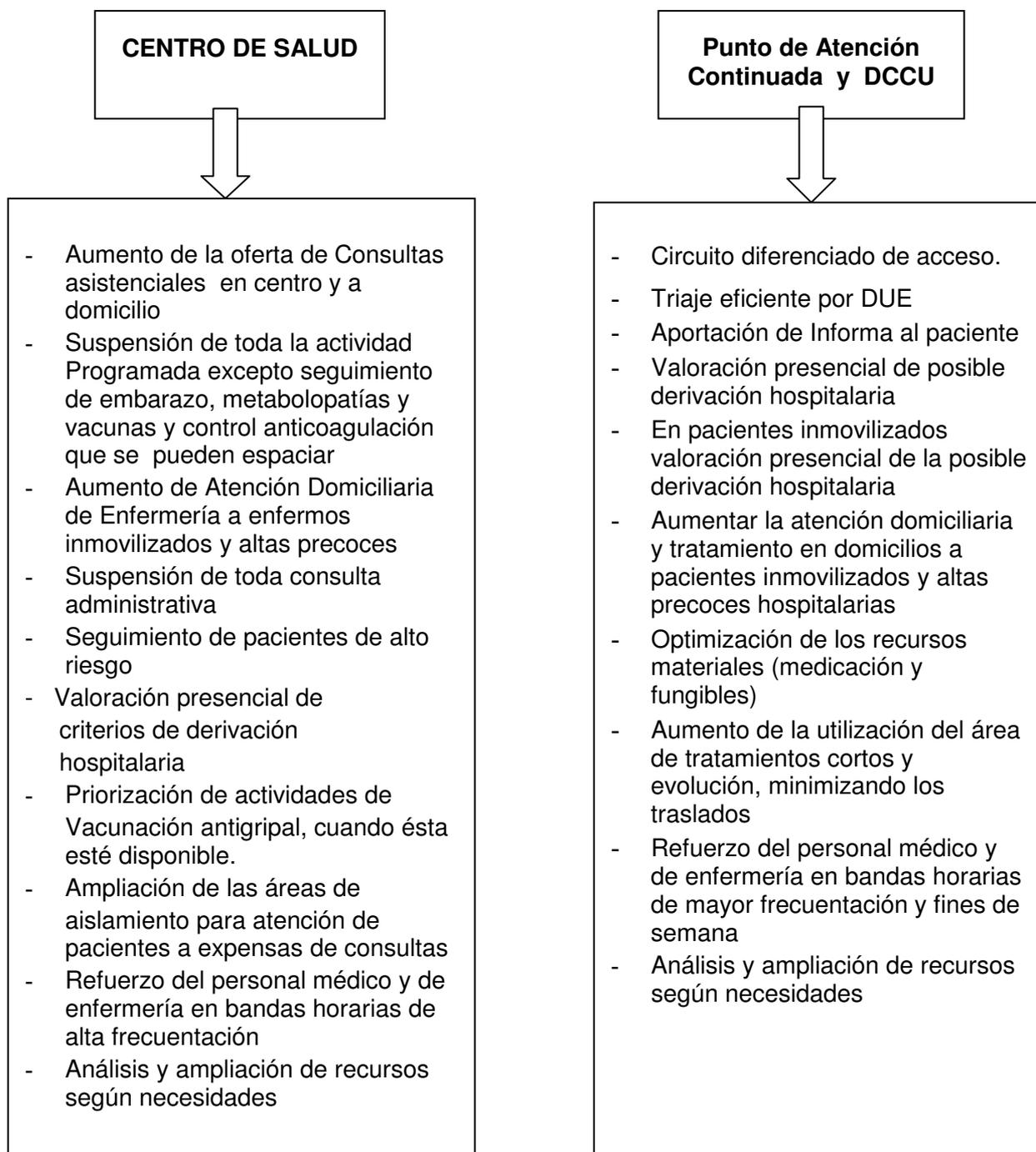
### CENTRO DE SALUD

- Aumento de la oferta de Consultas asistenciales en centro y a domicilio
- Reducción o suspensión de toda actividad programada, excepto seguimiento de embarazo, metabopatías, vacunas y control anticoagulación que se puedan espaciar
- Aumento de Atención Domiciliaria de Enfermería a enfermos inmovilizados y altas precoces
- Seguimiento de pacientes de alto riesgo
- Valoración presencial de criterios de derivación hospitalaria
- Priorización de actividades de Vacunación antigripal, cuando ésta esté disponible.
- Ampliación de las áreas de aislamiento para atención de pacientes a expensas de consultas
- Refuerzo del personal de enfermería en bandas horarias para atención domiciliaria

### Punto de Atención Continuada y DCCU

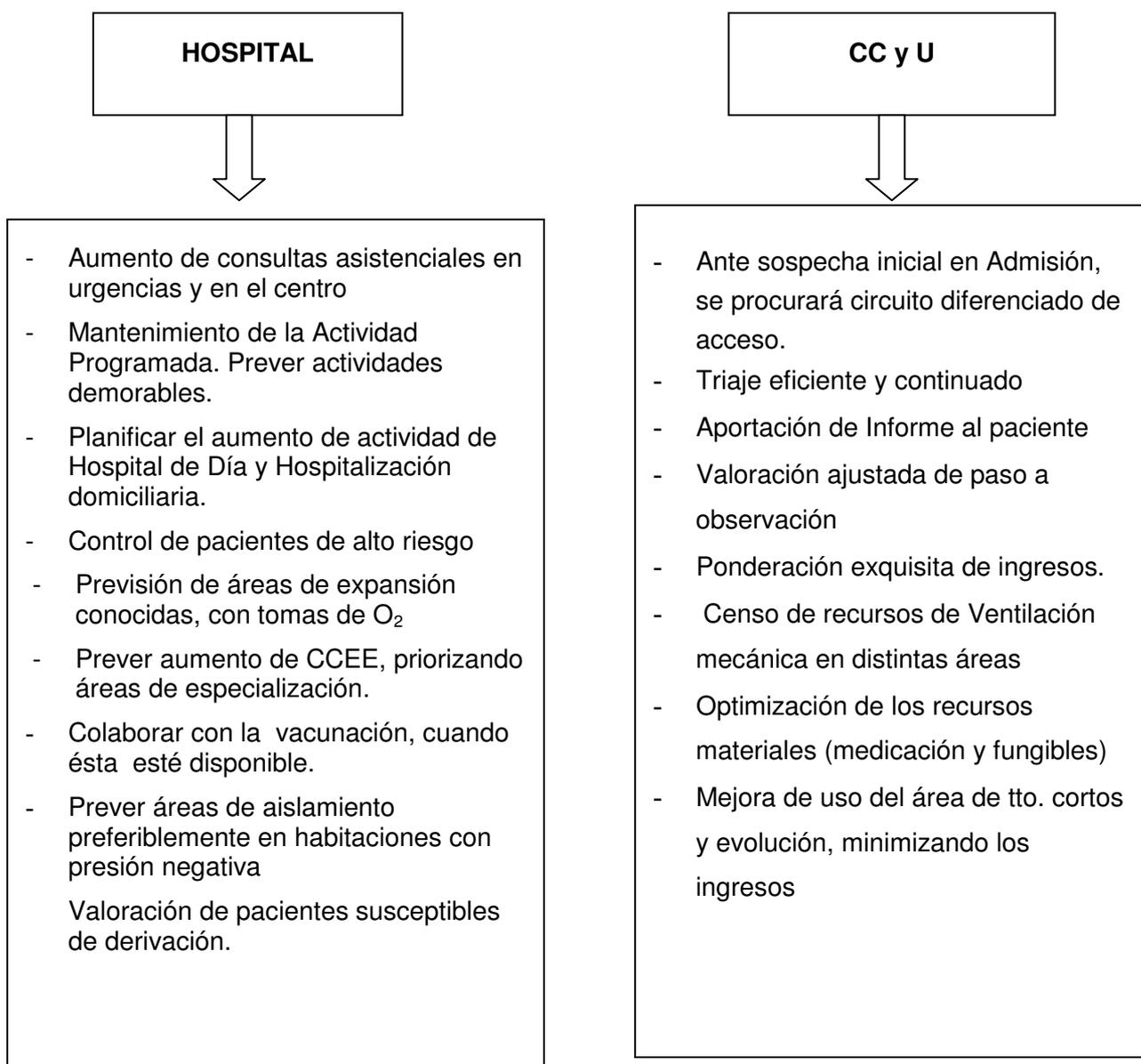
- Circuito diferenciado de acceso
- Triage eficiente por DUE
- Aportación de Informa al paciente
- Valoración presencial de posible derivación hospitalaria
- En pacientes inmovilizados valoración presencial de la posible derivación hospitalaria
- Aumento de la Atención domiciliaria y tratamiento en domicilios a pacientes inmovilizados y altas precoces hospitalarias
- Optimización de los recursos materiales (medicación y fungibles)
- Aumento de la utilización del área de tratamientos cortos y evolución, minimizando los traslados
- Refuerzo del personal médico y de enfermería en bandas horarias de mayor frecuentación y fines de semana

## Algoritmo Nivel III:

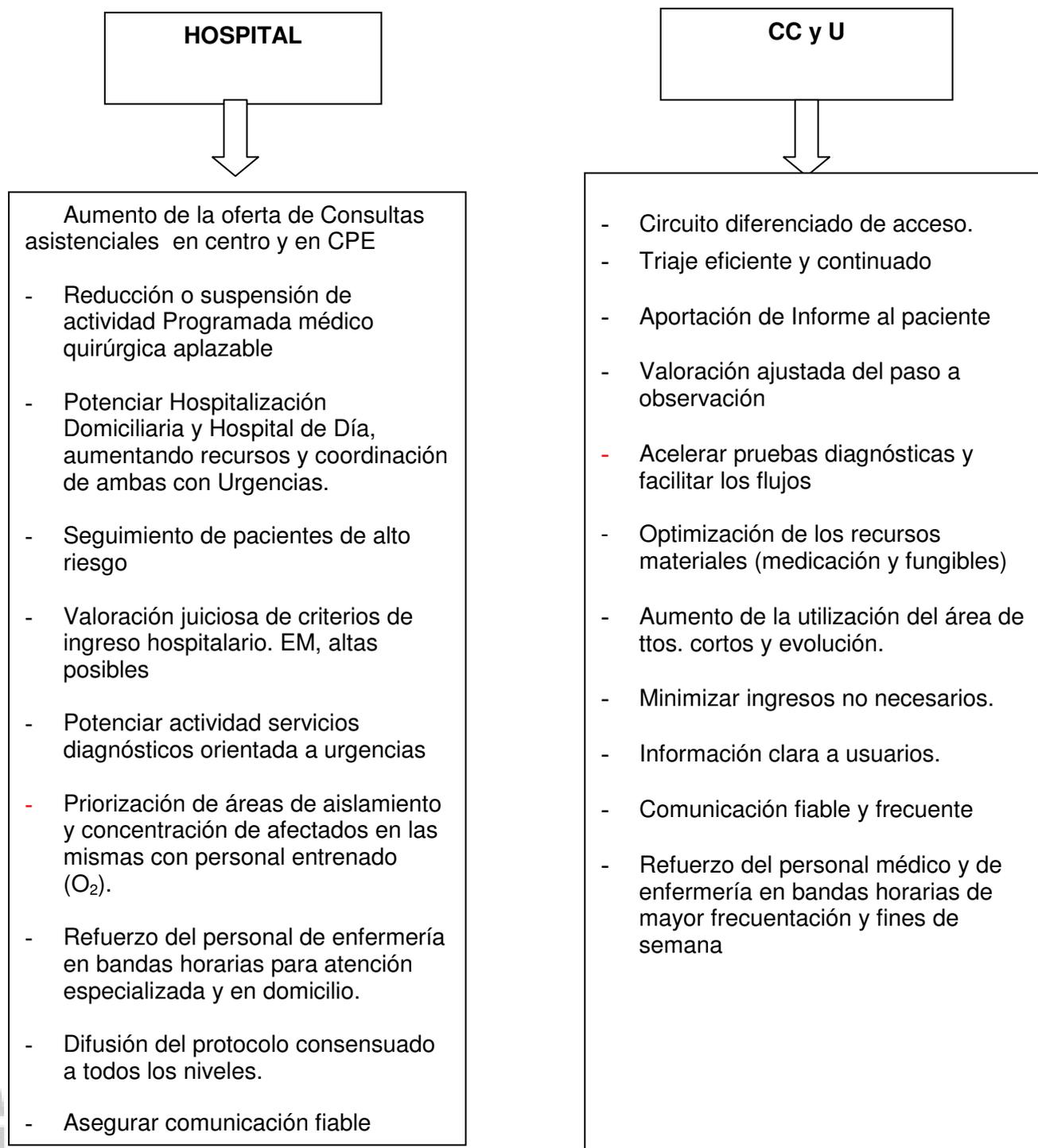


## ANEXO 21. Respuesta a la emergencia: Atención Hospitalaria

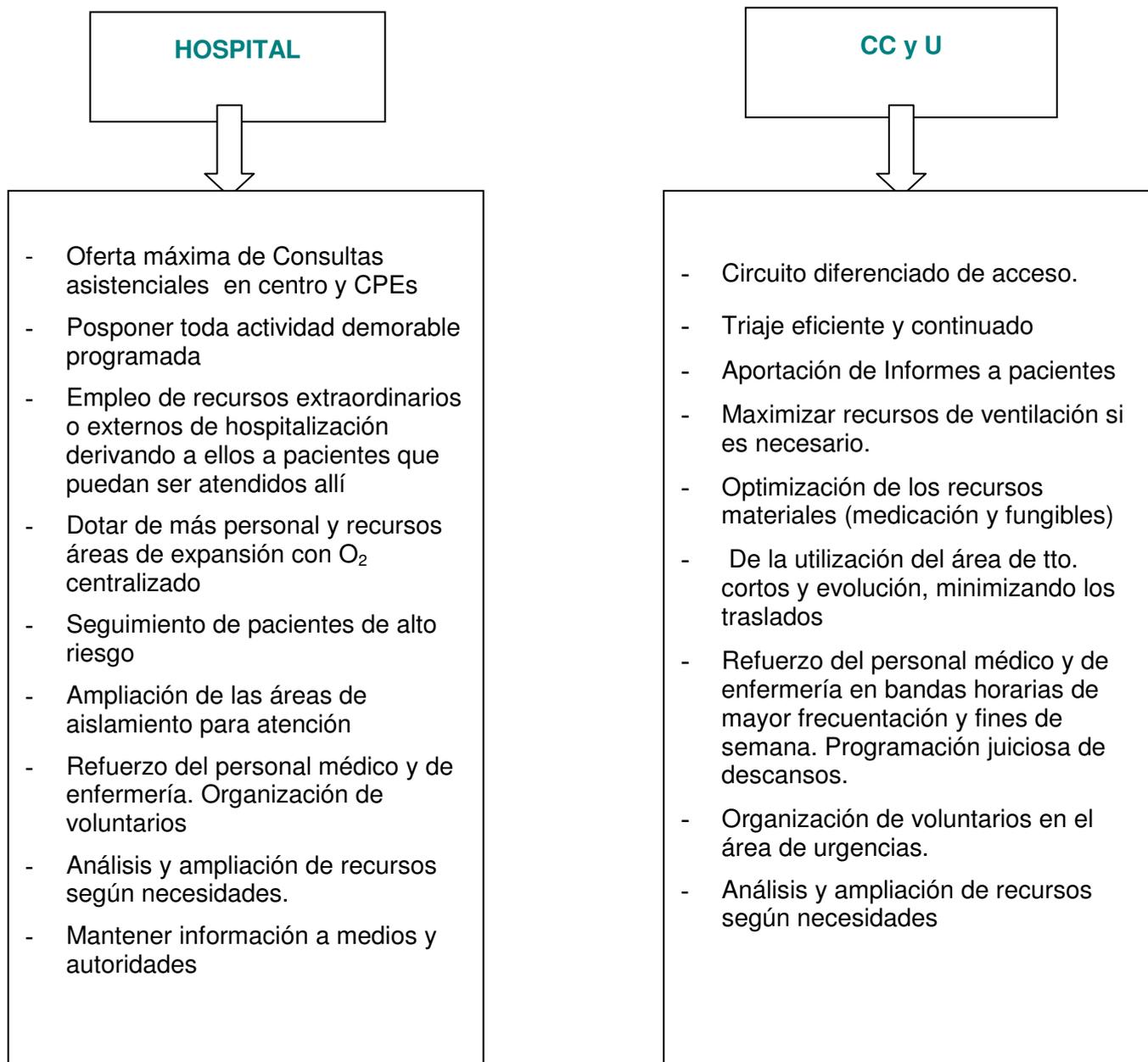
### Algoritmo Nivel I:



## Algoritmo Nivel II:



## Algoritmo Nivel III:



## **ANEXO 22. Fase de alerta pandémica: Acceso telefónico.**

**Objetivo: Contener la posible expansión de la enfermedad**

Fase 5 de la OMS

**Contención Domiciliaria**

**FASE PANDEMICA: INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA A/H1N1**

**Acceso telefónico**



