

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

**PLAN LOCAL DE RESPUESTA FRENTE A LA
PANDEMIA DE INFLUENZA POR EL VIRUS A H1N1**

**DR JORGE ARTURO FLORES DEL POZO
DIRECTOR**

COMITÉ DE INFLUENZA

SAN JUAN DE LURIGANCHO 2010



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

PLAN LOCAL DE RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE INFLUENZA POR EL VIRUS A H1N1

**DR JORGE ARTURO FLORES DEL POZO
DIRECTOR.**

COMITÉ DE INFLUENZA

**SAN JUAN DE LURIGANCHO
2010.**

ÍNDICE

I- Introducción.	3
II- Finalidad.	5
III- Objetivos.	5
IV- Base legal.	6
V- Ámbito de aplicación.	6
VI- Contenido del Plan.	7
Justificación.	7
Niveles de Alerta de Pandemia según la OMS.	9
Componentes del Plan.	11
Organización.	12
Marco lógico: Plan de Respuesta frente a la Pandemia de Influenza en el Perú.	14
Resultados esperados por cada propósito.	15
Presupuesto.	17
Presupuesto según proyectos, resultados esperados y actividades	
 Anexos.	
Anexo 1. Estimación del impacto potencial de una Pandemia de.....	18
Influenza en el distrito san Juan de Lurigancho.	
 Anexo 2. “Aplicación de la guía práctica clínica para el diagnostico.....	22
y tratamiento de influenza por virus a H1N1.	
 Cronograma de Actividades.....	24
 Referencias bibliográficas	26

I. INTRODUCCION:

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda altamente transmisible de importancia global, que ha causado epidemias y pandemias por siglos [1].

En el siglo XX, en el mundo se han producido tres grandes pandemias, la primera, llamada “La Gripe Española” entre 1918 y 1919, durante la Primera Guerra Mundial, esta pandemia se caracterizó por ser de letalidad alta, se estima entre 40 y 100 millones de defunciones a nivel mundial. Al parecer, recién en marzo de 1919 llegó al Perú; sin embargo, no se cuentan con datos precisos sobre la mortalidad y letalidad causada en la población de nuestro país en esa época. Esta pandemia fue estudiada por el Dr. Aníbal Corvetto Bisagno, quien estableció las relaciones de la influenza con la tuberculosis y concluyó que la gripe no siempre es un factor desfavorable para la tuberculosis. Desgraciadamente, el Dr. Corvetto adquirió la influenza y su salud se agravó seriamente. La siguiente pandemia fue la de 1957, que se inició en febrero al norte de China y rápidamente se diseminó a todo el mundo, llegó al Perú en la segunda quincena de julio de ese mismo año (Semana Epidemiológica 29). Esta pandemia en el Perú fue documentada por los Drs. Roberto J. Cornejo Ubilluz y Jorge Villena Pierola. Los primeros casos se reportaron en las ciudades fronterizas con Chile (Tarata, Locumba y Tacna), desde Tacna, y Yunguyo y Desaguadero en el Departamento de Puno, se diseminó de sur a norte hasta llegar a Lima, la primera semana de agosto, las últimas ciudades afectadas fueron Iquitos, Tumbes y Chachapoyas a donde llegó la tercera semana de diciembre. Las tasas de ataque observadas fluctuaron entre 20 y 40% en la costa, mientras que en la sierra, fluctuaron en alrededor del 70%, se notificaron al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, nombre con el que se conocía el Ministerio de Salud, 135 292 casos con una tasa de ataque de 15 por cada 1000 habitantes. Durante esta pandemia en el Perú, se notificaron 1081 defunciones (Letalidad de 0,8%). La última pandemia se presentó en 1968, conocida como “La Gripe Asiática”, se extendió rápidamente por todo el mundo, la morbilidad fue muy alta; sin embargo, fue de menor letalidad que las anteriores. Desde entonces, la influenza se comporta como una enfermedad estacional que afecta a la población peruana durante el invierno. En los últimos años, la Oficina General de Epidemiología ha descrito brotes epidémicos de

influenza en algunas comunidades indígenas amazónicas, en especial en aquellas de reciente contacto. Una pandemia de influenza empieza con un repentino cambio de gran importancia en las proteínas: Hemaglutinina (H) y Neuraminidasa (N) de la superficie del virus A. Este cambio, denominado “shift” o “salto antigénico”, origina un virus que es muy diferente de los que circularon en la población humana durante los años precedentes. La presentación de una pandemia es altamente probable, si el nuevo virus, es de transmisibilidad elevada de persona a persona y causa enfermedad, y si existen poblaciones humanas grandes susceptibles, es decir, que carecen de inmunidad contra este virus. Se piensa que los virus pandémico surgen de varias maneras [2]: Por intercambio (re-ordenamiento) de segmentos del gen entre virus de influenza humano y aviar o de cerdo; Por transmisión directa de virus de influenza de las aves, cerdo u otros animales a los humanos; Por reciclamiento de subtipos del virus humano que circularon en poblaciones humanas en una era anterior. La vacunación contra influenza es la medida más efectiva para reducir el impacto de la enfermedad y se encuentra entre una de las pocas medidas preventivas costo-efectivas para la población anciana [3]. Adicionalmente, existen antivirales específicos contra la enfermedad que se encuentran disponibles en otros países. La composición recomendada para la vacuna contra la influenza es actualizada anualmente, para proveer vacunas antigénicamente apareadas con las nuevas cepas circulantes que se espera que causen epidemias [4]. A pesar de ello, las epidemias de influenza continúan presentándose anualmente causando elevada morbilidad, un exceso de mortalidad e importante pérdida económica a nivel mundial.

En Latinoamérica, a la Influenza en los últimos años, se le ha dado mayor importancia, implementándose sistemas de vigilancia en forma similar a la establecida por los países desarrollados. Adicional al reconocimiento de la importancia de las epidemias anuales de influenza, hay una creciente preocupación sobre la amenaza que tiene una nueva pandemia de influenza.

En 1997, OMS da la alerta de un nuevo riesgo, al conocerse una epizootia de influenza aviar en Hong Kong, donde el virus de influenza aviar A H5N1, cruzo la barrera de las especies infectando humanos, causando un brote con 18 casos y 6 defunciones. Después de los ataques del 11 de septiembre del 2001 se puso de

manifiesto, la preocupación de muchos países, de que ciertas cepas de influenza, puedan ser usadas potencialmente como arma biológica. El conocimiento de la existencia del virus A H5N1 acelerado el proceso para que los países elaboraren un plan de preparación contra la pandemia de influenza bajo la guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los avances sin precedentes de las ciencias biológicas y biotecnológicas, han permitido que los investigadores desarrollen mejores medidas de control de la influenza. Lo que tiene como resultado el mejoramiento de los métodos de vigilancia tanto humana como animal, la selección de cepas de vacunas y en el desarrollo de nuevas vacunas, agentes antivirales y pruebas diagnósticas. El reto actual, para las autoridades y decisores en salud pública, de todos los países es asegurar su óptima utilización.

II. FINALIDAD

Mitigar el impacto de la pandemia de influenza en la salud, de la población que atendida en el Hospital San Juan de Lurigancho.

III. OBJETIVOS

Los objetivos del presente Plan concuerdan con las recomendaciones del MINSA.

1. Establecer la organización y coordinación institucional frente a la pandemia de influenza.
2. Implementar medidas de contención farmacológicas y no farmacológicas que permitan limitar la diseminación de la pandemia de influenza con disminución de la carga de enfermedad por influenza.
3. Fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud para la atención de pacientes con influenza pandemia y reducción de la tasa de letalidad.
4. Fortalecer la vigilancia epidemiológica en salud pública de la influenza humana local.
5. Implementar la respuesta sanitaria ambiental oportuna.

6. Brindar a la población información permanente sobre las medidas de prevención - control y manejar adecuadamente las crisis comunicacionales para minimizar la alteración social.
7. Fortalecer los mecanismos de organización y participación activa de la sociedad e instituciones del Estado y adoptar medidas de prevención y promoción de la salud ante la pandemia de la influenza.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo. N° 013 -2002-SA. Aprueba Reglamento de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023 - 2005-SA. Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Reglamento Sanitario Internacional 2005.
- Resolución Ministerial N° 230 – 2005/MINSA. Aprueba Directiva para la Vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios, Directiva Sanitaria N° 057 – MINSA/OGE-V.01.
- Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA. Aprueba Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación local y establece las pautas para enfrentar la pandemia de Influenza A (H1N1); por lo tanto, es de cumplimiento obligatorio en el Hospital San Juan de Lurigancho.

CONTENIDO DEL PLAN

JUSTIFICACIÓN

En marzo y a principios de abril del 2009, se presentaron brotes de infecciones respiratorias agudas (IRA) en México; el 12 de abril, se notificó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un brote de SG en una comunidad pequeña del estado de Veracruz. El 17 de abril, un caso de neumonía atípica en el estado de Oaxaca, originó la Intensificación de las medidas de vigilancia en todo México. El 23 de abril, se informaron a la OPS varios casos de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) por virus de influenza A (H1N1) de origen porcino (VIO-P), confirmadas por laboratorio.

Además, en varios países se han reportado infecciones por el VIO-P en personas que habían viajado a diferentes áreas de México en los 7 días previos a la aparición de la enfermedad (16), este nuevo virus de influenza A (H1N1) se diseminó rápidamente a través del mundo.

El 25 de abril del 2009, la OMS declaró a la epidemia como una “emergencia de salud pública internacional” y el 27 de abril, eleva el nivel de alerta pandemia a fase 4, que indica transmisión sostenida de un nuevo virus de influenza de persona a persona. El 29 de abril, la OMS anuncia la rápida diseminación global, elevando el nivel de alerta pandemia a 5, que indica transmisión sostenida de un nuevo virus de influenza, de persona a persona en 2 ó más países de una región del mundo y con casos exportados en otros países (13, 18). El 11 de junio, la OMS informa que el mundo se encuentra en fase 6 de pandemia es decir la pandemia de influenza ha comenzado (19).

- En el Perú, en el año 2009, la pandemia de la Influenza por virus A H1 N1 afecto a mas de 8305 casos y 143 muertos.
- En el Hospital san Juan de Lurigancho en el año 2009, por la pandemia se atendió en:
 - Triage diferenciado a 3,176 pacientes con problemas respiratorios
 - Se hospitalizo a 204 pacientes por IRAG (Tabla y Figura N° 01)
 - Influenza A H1N1 positivo 51 pacientes. (Figura y Tabla N° 2)
 - Total de tratamientos administrados 534: En adultos 284 y 250 en niños.

Figura N° 01. Reporte de pacientes hospitalizados por IRAG, según grupo etareo y sexo, Hospital San Juan de Lurigancho de Junio a Diciembre 2009.

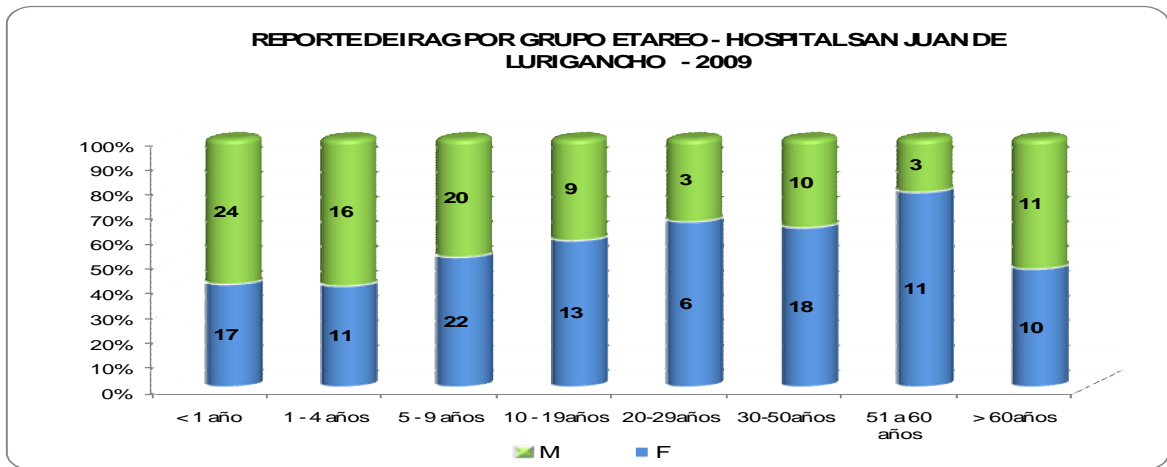


Tabla N° 01: Hospitalizados por IRAG, según grupo etareo y sexo. HSJL

GRUPO ETAREO	F	M	TOTAL	%	FA
< 1 año	17	24	41	20,10	20,10
1 - 4 años	11	16	27	13,24	33,34
5 - 9 años	22	20	42	20,59	53,92
10 - 19 años	13	9	22	10,78	64,71
20-29 años	6	3	9	4,41	69,12
30-50 años	18	10	28	13,73	82,85
51 a 60 años	11	3	14	6,86	89,71
> 60 años	10	11	21	10,29	100,00
TOTAL	108	96	204	100,00	

Figura N° 02. Pacientes positivos Virus Influenza A H1 N1, HSJL. (Junio a diciembre 2009)

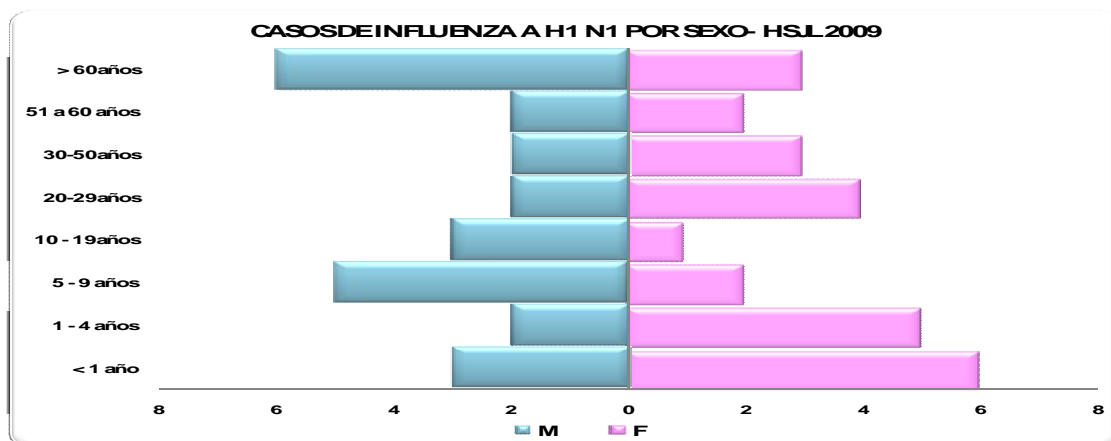


Tabla N ° 02. Influenza A H1 N1, por grupo etareo y sexo; Hospital san Juan de Lurigancho

GRUPO ETAREO	F	M	TOTAL	%	FA
< 1 año	6	3	9	17,65	17,65
1 - 4 años	5	2	7	13,73	31,37
5 - 9 años	2	5	7	13,73	45,10
10 - 19años	1	3	4	7,84	52,94
20-29años	4	2	6	11,76	64,71
30-50años	3	2	5	9,80	74,51
51 a 60 años	2	2	4	7,84	82,35
> 60años	3	6	9	17,65	100,00
TOTAL	26	25	51	100	

NIVELES DE ALERTA DE PANDEMIA SEGÚN LA OMS.

Un nuevo virus pandémico puede ser detectado a partir de brotes significativos que se propagan rápidamente, como por ejemplo en 1957 y 1968, por lo que la OMS ha dividido en fases predefinidas que han de ser reconocidas sobre la base de criterios acordados y que actúan como activadores de las medidas de respuesta. Estas fases fueron redefinidas por la OMS en abril de 2009 (13).

Las fases 1 a 3 corresponden a la preparación, incluyendo actividades de planificación y desarrollo de la capacidad de la respuesta, mientras que las fases 4 a 6 señalan claramente la necesidad de medidas de respuesta y mitigación. Además se han diseñado los periodos posteriores a la primera ola pandemia para facilitar las actividades de recuperación post-pandemia. En la actualidad nos encontramos en la fase 6 de alerta de pandemia.

Descripción de las fases pandémicas (19)

Fase 1: En la naturaleza, los virus gripales circulan continuamente entre los animales, sobre todo entre las aves. Aunque en teoría esos virus podrían convertirse en virus pandémico, en la fase 1 no hay entre los animales virus circulantes que hayan causado infecciones humanas.

Fase 2: Se caracteriza por la circulación entre los animales domésticos o salvajes de un virus gripal animal que ha causado infecciones humanas, por lo que se considera una posible amenaza de pandemia.

Fase 3: Se caracteriza por la existencia de un virus gripal animal o un virus reagrupado humano-animal que ha causado casos esporádicos o pequeños conglomerados de casos humanos, pero no ha ocasionado una transmisión de persona a persona sostenida para mantener brotes a nivel comunitario. La transmisión limitada de persona a persona puede producirse en algunas circunstancias como, por ejemplo, cuando hay un contacto íntimo entre una persona infectada y un cuidador que carezca de protección. Sin embargo, la transmisión limitada en estas circunstancias restringidas no indica que el virus haya adquirido el nivel de transmisibilidad de persona a persona necesaria para causar una pandemia.

Fase 4: Se caracteriza por la transmisión comprobada de persona a persona de un virus animal o un virus re-agrupado o re-distribuido humano-animal capaz de causar "brotes a nivel comunitario". La capacidad de causar brotes sostenidos en una comunidad señala un importante aumento del riesgo de pandemia. Todo país que sospeche o haya comprobado un evento de este tipo debe consultar urgentemente con la OMS a fin de que se pueda realizar una evaluación conjunta de la situación y el país afectado pueda decidir si se justifica la puesta en marcha de una operación de contención rápida de la pandemia. La fase 4 señala un importante aumento del riesgo de pandemia, pero no significa necesariamente que se vaya a producir una pandemia.

Fase 5: Se caracteriza por la propagación del virus de persona a persona al menos en dos países de una región de la OMS. Aunque la mayoría de los países no estarán afectados en esta fase, la declaración de la fase 5 es un indicio claro de la inminencia de una pandemia y de que queda poco tiempo para organizar, comunicar y poner en práctica las medidas de mitigación planificadas.

Fase 6: Es decir la fase pandémica, se caracteriza por los criterios que definen la fase 5, acompañados de la aparición de brotes comunitarios en al menos un tercer país de una región distinta. La declaración de esta fase indica que está en marcha una pandemia mundial.

Periodo posterior al de máxima actividad (Post-pico)

En el periodo posterior al de máxima actividad, la intensidad de la pandemia en la mayoría de los países con una vigilancia adecuada habrá disminuido por debajo de la observada en el momento álgido. En este periodo, la pandemia parece remitir; sin

embargo, no pueden descartarse nuevas oleadas, y los países han de estar preparados para una segunda ola. Las pandemias anteriores se han caracterizado por oleadas de actividad repartidas durante varios meses. Cuando el número de casos disminuye, se requiere una gran habilidad comunicadora para compaginar esa información con la advertencia de que puede producirse otro ataque. Las olas pandémicas pueden sucederse a intervalos de meses, y cualquier señal de "relajación" puede resultar prematura.

Periodo Post-pandémico

Los casos de gripe habrán vuelto a ser comparables a los habituales de la gripe estacional. Cabe pensar que el virus pandémico se comportará como un virus estacional de tipo A. En esta fase es importante mantener la vigilancia y actualizar en consecuencia la preparación para una pandemia y los planes de respuesta. Puede requerirse una fase intensiva de recuperación y evaluación.

Componentes del plan:

Para poder hacer frente de manera efectiva a la pandemia de influenza, es necesario, orientarnos a los siguientes componentes principales:

1. La planificación y coordinación, para la preparación del plan de contingencia es mantener un adecuado funcionamiento de los servicios asistenciales (emergencias consultorios, hospitalización de aislados y UCI).
2. El seguimiento y evaluación de la situación de la pandemia, con el fortalecimiento permanente de los sistemas de vigilancia epidemiológica:
 - a. Vigilancia epidemiológica humana, con fortalecimiento de la vigilancia virológica e implementación de la vigilancia clínica (síndrome gripal, de infecciones respiratorias agudas graves, etc.).
 - b. Vigilancia internacional.
3. La prevención y contención de la pandemia, que incluye:
 - a. Vacunación de grupos prioritarios de riesgo.
 - b. Disponibilidad y almacenamiento de antivirales.
 - c. Medidas no farmacológicas, y manejo de los riesgos ambientales: residuos sólidos, desinfección y salud del trabajador.

4. La respuesta del Sistema de Salud, mediante la organización de los servicios de salud a través de:

- a. La preparación de planes de contingencia para mantener su adecuado Funcionamiento.
- b. El fortalecimiento de las medidas de bioseguridad y control de infecciones.
- c. Fortalecimiento de los recursos humanos a través de la capacitación.
- d. La Comunicación estratégica para la salud: integral y multisectorial, para la diseminación e intercambio rápido de información.
- e. La Promoción de la Salud para fortalecer la organización y participación activa de la sociedad e instituciones estatales y civiles, para adoptar medidas de prevención y promoción de la salud ante la pandemia de la influenza.

Organización

El presente plan local, ha sido concertado con la participación del comité de intervención para la prevención y control del Virus Influenza AH1 N1, motivo por el cual, para su desarrollo requiere la conformación de Comisión:

Comisión Ejecutiva:

Integrado por los siguientes miembros con voz y voto:

- Director ejecutivo del Hospital San Juan de Lurigancho, quien lo preside.
- Jefe de la Unidad de Epidemiología y saneamiento ambiental que desempeñará la Secretaría Técnica.
- Jefe del departamento de Emergencia
- Jefe del Departamento de Pediatría.
- Jefe del Departamento de Medicina
- Jefe del Departamento de Gineobstetricia.
- Jefe del Departamento de Hospitalización
- Jefe del Departamento de Enfermería.
- Jefe del Departamento de Apoyo al diagnostico.
- Jefe de la oficina de Comunicaciones.
- Jefe de la Recursos Humanos y capacitación.
- Jefe del departamento de Farmacia.

- Director de la Oficina General de Administración.
- Director de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto.

FUNCIONES:

1. Coordina el desarrollo del Plan local de Influenza y Elabora propuestas de adecuación, análisis y evaluación de resultados de las acciones realizadas
2. Conduce las actividades de contingencia en situación de actividad epidémica.
3. Informa a la Dirección, Disa, Ministerio de Salud y al comité de gestión sobre la situación de la pandemia local.
4. Elabora propuestas de atención a los usuarios externos, con referente a la atención rápida, toma de muestra e inicio de tratamiento según la “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de influenza por virus A H1 N1”; aprobado con RM 326-2009 MINSA.

MARCO LÓGICO

PLAN DE RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE INFLUENZA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

META

Establecer la organización y conducción de la respuesta local, ante la pandemia de influenza con la finalidad de mitigar su impacto en la salud de la población.

PROPÓSITOS

1. Se ha contribuido en la organización e implementación de la respuesta local frente a la pandemia de influenza.
2. Se han implementado medidas de contención farmacológicas y no farmacológicas que permitan limitar la diseminación de la pandemia de influenza con disminución de la carga de enfermedad por influenza.
3. Se ha fortalecido la capacidad de respuesta de los servicios hospitalarios y consultorios de atención diferenciada a los pacientes con influenza, reducción de la contagiosidad y tasa de letalidad.
4. Se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica en salud pública de la influenza humana institucional.
5. Se contribuye al fortalecimiento de la vigilancia sanitaria en la prevención de los riesgos ocupacionales.
6. Se ha brindado a la población información permanente sobre las medidas de prevención y control de la Pandemia Influenza.
7. Se han fortalecido los mecanismos de organización institucional y promoción de la salud ante la pandemia de la influenza.

Resultados esperados por cada propósito

1.-Se ha contribuido en la organización e implementación de la respuesta local frente a la pandemia de influenza

Proyecto	Componente	Resultado esperado
Proyecto 1	Planificación y Coordinación	
	RE1: Se ha priorizado las actividades a nivel local en respuesta frente a una pandemia de influenza.	
	RE2: Se participa activamente en el comité local.	
	RE3: Se cuenta con un Plan local (de consulta el plan nacional, Guías de atención frente a la pandemia de influenza, socializados).	

2. Se han implementado medidas de contención farmacológicas y no farmacológicas que permitan limitar la diseminación de la pandemia de influenza con disminución de la carga de enfermedad por influenza:

Proyecto	Componente	Resultado esperado.
Proyecto 2	Prevención y Contención	
	RE1: Se han incorporado medidas de contención hospitalaria, para evitar la propagación de la pandemia en grupos de mayor vulnerabilidad.	
	RE2: Uso de la vacuna contra la influenza estacional en grupos específicos.	
	RE3: Se cuenta con un Plan de Inmunización, para la aplicación de la vacuna	
	RE4: Acceso al tratamiento específico con Antivirales.	

3. Se ha fortalecido la capacidad de respuesta de los servicios hospitalarios y consultorios de atención diferenciada a los pacientes con influenza pandemia, reducción de la contagiosidad y tasa de letalidad

Proyecto	Componente	Resultado esperado
Proyecto 3	Respuesta del sistema de salud	
	RE1. Se realiza la detección precoz y atención oportuna de casos.	
	RE2. Los servicios de salud, organizados y equipados para la atención adecuada ante el incremento de la demanda.(incremento RRHH y ambientes diferenciados)	
	RE3: Se han fortalecido las medidas de control de infecciones y bioseguridad.	

4. Se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica en salud pública de la influenza humana

Proyecto	Componente	Resultado esperado
Proyecto 4	Seguimiento y evaluación de la situación de la pandemia en humanos.	
	RE1: Se realiza vigilancia epidemiológica en coordinación con la Red de salud.	
	RE2: Se ha incrementado la sensibilidad de la vigilancia de infecciones respiratorias emergentes como sistema de alerta o advertencia temprana.	
	RE3: Se mantiene fortalecido el sistema de vigilancia de influenza e IRAG.	
	RE4: Se ha fortalecido la respuesta frente a brotes epidémicos de influenza.	
	RE6: Se conoce el impacto de la influenza sobre la mortalidad en grupos de riesgos.	

RE7: Se ha fortalecido la capacidad del personal de laboratorio en la toma de muestra de pacientes con IRAG

RE8: Se ha fortalecido la vigilancia de neumonías por grupos de edad.

5. Se contribuye al fortalecimiento de la vigilancia sanitaria en la prevención de los riesgos ocupacionales

Proyecto Componente Resultado esperado

Proyecto 5. Seguimiento y evaluación de la situación sanitaria del personal de salud

RE1: Se han establecido intervenciones sanitarias ambientales oportunas, en prevención - control de los riesgos ambientales y ocupacionales.

RE2: Se aplica las medidas de bioseguridad para prevenir el contagio en el personal de salud (higiene manos, uso medidas de barreras y segregación de RS.)

6. Se ha brindado a la población información permanente sobre las medidas de prevención y control de la Pandemia Influenza

Proyecto	Componente	Resultado esperado
-----------------	-------------------	---------------------------

Proyecto 6 Comunicación estratégica para la salud.

RE1: La población conoce y aplica adecuadamente las medidas de prevención y auto-cuidado para la influenza; aplicar estrategias de comunicación, (difusión en medios masivos.

RE2: Se han desarrollado competencias comunicacionales en salud sobre la Influenza pandemia en líderes sociales

RE3: Las instituciones de salud pública y privada deben coordinar actividades de difusión e información contra la pandemia de influenza.

RE4: Se ha evaluado y monitoreado el impacto de las estrategias de comunicación al usuario externo e interno.

7 Se han fortalecido los mecanismos de organización institucional y promoción de la salud ante la pandemia de la influenza.

Proyecto	Componente	Resultado esperado
-----------------	-------------------	---------------------------

Proyecto 7 Promoción de la Salud para la organización y participación activa del personal de salud y la sociedad e instituciones del Estado frente a la pandemia de influenza.

RE1: El personal de salud conoce y aplica medidas de prevención y bioseguridad para prevención de la Influenza (capacitación en higiene de manos etiqueta de la tos y medidas de bioseguridad)

RE2: Se realiza el apoyo de prevención y control de la pandemia de influenza en escuelas y colegios.

RE3: Se desarrolla de un plan de información a los alumnos y profesores de medidas de prevención en la escuela y el hogar.

PRESUPUESTO

Pandemia de influenza de transmisibilidad y virulencia moderada

Proyecto	Componente	Total (S/.) 115,780.00
Proyecto 1.	Planificación y Coordinación.	100.00
Proyecto 2.	Prevención y Contención.	300.00
Proyecto 3.	Respuesta del sistema de salud.(RRHH asistenciales)	78,000.00
Proyecto 4.	Seguimiento y evaluación de la pandemia en humanos (RRHH).	4,800.00
Proyecto 5.	Evaluación de la situación sanitaria del Personal de salud (insumos y materiales)	31,580.00
Proyecto 6.	Comunicación y capacitación estratégica para la salud.	500.00
Proyecto 7.	Promoción de la Salud para la organización y Participación social frente a la pandemia de influenza.	500.00

Anexo 1

INFORME SOBRE LA ESTIMACIÓN DEL IMPACTO POTENCIAL DE UNA PANDEMIA DE INFLUENZA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

El informe tiene como objetivo planificar, preparar y responder ante la pandemia de influenza, con la finalidad de orientarnos y organizarnos como institución de salud, para brindar atención adecuada ante la demanda de paciente, previendo la contagiosidad del personal de salud y alta tasa de letalidad. Su diseño tiene como base el plan nacional.

Limitación de responsabilidad

La unidad de epidemiología, no garantiza la precisión del número de afectados ya que es difícil de conocer con un grado del impacto de la pandemia de influenza. Asimismo los hospitales del MINSA, no cuentan con una infraestructura adecuada para la atención diferenciada ante una epidemia.

Más aun los recursos humanos, son insuficientes en los servicios de salud.

Metodología

La población del distrito de San Juan de Lurigancho es de 898.443, habitantes de acuerdo al 2007 (Censo de Población del Instituto de Estadística e Informática)

o Menores de 1 año	156962
o De 1 a 4 años.	66907
o De 5 – 9 años.	76352
o De 10 a 14 años.	83515
o De De 15 a 19 años.	91471
o De 20 a 44 años.	391909
o De 45 a 64 años.	134218
o De 65 años a +	38109.

La duración de la pandemia es altamente variable, pero se ha asumido una duración de 8 semanas, con una tasa de ataque clínico (*) de 7.2, 15 y 25. En este modelo, no es exacto en intervenciones efectivas en salud pública.

Pacientes ambulatorios	Escenario mínimo Tasa de ataque 7.2%	Escenario más probable Tasa de ataque 15%	Escenario máximo Tasa de ataque 25%
0-19 años	20999	43748	72913
20-64 años	4992	10400	17333
>65 años	1835	3823	6372
TOTAL	27826	57971	96618
Hospitalizados	Escenario mínimo Tasa de ataque 7.2%	Escenario más probable Tasa de ataque 15%	Escenario máximo Tasa de ataque 25%
0-19 años	77	160	267
20-64 años	118	246	410
>65 años	125	260	434
TOTAL	320	667	1111
Pacientes en UCI	Escenario mínimo Tasa de ataque 7.2%	Escenario más probable Tasa de ataque 15%	Escenario máximo Tasa de ataque 25%
0-19 años	10	21	35
20-64 años	13	27	45
>65 años	18	38	63
TOTAL	41	85	142
Pacientes en ventilación mecánica	Escenario mínimo Tasa de ataque 7.2%	Escenario más probable Tasa de ataque 15%	Escenario máximo Tasa de ataque 25%
0-19 años	5	10	17
20-64 años	6	13	21
>65 años	9	19	31
TOTAL	20	42	69
Fallecidos	Escenario mínimo Tasa de ataque 7.2%	Escenario más probable Tasa de ataque 15%	Escenario máximo Tasa de ataque 25%
0-19 años	4	8	14
20-64 años	5	10	17
>65 años	5	10	17
TOTAL	14	28	49

DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.

Actualmente el Hospital San Juan de Lurigancho, tiene 94 camas funcionales en hospitalización; distribuidas en Cirugía 12 camas, Medicina 13 camas, Pediatría 26 camas, Ginecología 07 camas y Obstetricia 36.

EMERGENCIA

Contamos en Observación de Emergencia 05 camas para adultos y 03 para niños; UVI con 02 camas y dos ventiladores mecánicos que tienen un promedio de ocupación al 90%.

CONSULTORIOS-EXTERNOS.

Se atienden diariamente 02 consultorios de medicina interna y 02 consultorios en pediatría, 02 consultorios de Ginecología y 01 de Cirugía general y especialidad (oftalmología, Otorrino, Traumatología, Oncología).

DEMANDA EN EL AÑO 2009.

El hospital San Juan de Lurigancho tiene una demanda de atención en:

- Emergencia total de 54706 atenciones.
- Hospitalizado total de 9216 egresos.
- Consultorios Externos total de 136729 atenciones.

Disponiendo de 04 camas para hospitalización de aislados. Y consultorios externos provisionales para la atención diferenciada.

ANEXO 2

APLICACIÓN DE LA GUIA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE INFLUENZA POR VIRUS A H1N1

CUADRO CLÍNICO:

- Fiebre > 38° C

Más uno de los siguientes

Síntomas/signos:

- Tos
- Dolor de Garganta
- Rinorrea

Otros síntomas/signos a explorar:

- Dolores musculares
- Cefalea
- Escalofríos
- Diarrea
- Vómito

SIGNOS DE ALARMA

ADULTO:

- Dificultad para respirar :
 - FR mayor de 32 por minuto
 - Uso músculos accesorios
 - Aleteo nasal
 - Dolor en el pecho
- Cianosis
- Vómitos o diarrea persistentes
- Signos de deshidratación
- Trastorno del Estado de
- Conciencia
- Deterioro Agudo de la Función

- Cardiaca.
- Agravamiento de una
- enfermedad crónica

NIÑOS

- Fiebre alta y dificultad para respirar
- Cianosis.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
 - Entre 2 y 11 meses : más de 50 resp x min.
 - Entre 1 y 5 años : más de 40 resp x min
- Rechazo vía oral.
- Signos de deshidratación.
- Irritabilidad y convulsiones
- Trastornó del estado de conciencia.

FACTORES DE RIESGO (Edad o Comorbilidad)

- Niños menores de 5 años
- Adultos Mayores (de 60 años a más).
- Mujeres embarazadas
- Inmunosupresión, incluyendo las ocasionadas por medicamentos o VIH.
- Enfermedades pulmonares crónicas (incluyendo el asma, tuberculosis).
- Enf. Cardiovasculares.
- Enf. Metabólicas (incluyendo
- Diabetes Mellitus, Obesidad mórbida)
- Enf. Renales, hepáticas, hematológicas (incluyendo anemia falciforme)
- Enf. Neurológicas, neuromusculares
- Personas menores de 19 años de edad quienes reciben terapia prolongada con ácido acetilsalicílico.
- Residentes de casas de reposo u otros servicios de cuidados crónicos.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE CON CUADRO CLINICO Y UNO O MAS SIGNOS DE ALARMA 	<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE SE HOSPITALIZA • RECIBE TRATAMIENTO ANTIVIRAL • REQUIERE TOMA MUESTRA
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE CON CUADRO CLINICO Y FACTORES DE RIESGO (POR EDAD O CO-MORBILIDAD) 	<ul style="list-style-type: none"> • RECIBE TRATAMIENTO ANTIVIRAL • AISLAMIENTO DOMICILIARIO • NO REQUIERE TOMA MUESTRA • SEGUIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA
<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTE CON CUADRO CLINICO • SIN FACTOR DE RIESGO • POR EDAD O CO-MORBILIDAD • NI SIGNOS DE ALARMA 	<ul style="list-style-type: none"> • TRATAMIENTO SINTOMATICO • AISLAMIENTO DOMICILIARIO • NO REQUIERE TOMA MUESTRA

TRATAMIENTO OSELTAMIVIR.

ADULTOS	75 mg cada 12 h x 5 d	
Niños mayores de 1 año	Menos de 15 Kg	30 mg cada 12 h x 5 d
	De 15 a 23 Kg	45 mg cada 12 h x 5 d
	De 23 a 40 Kg	60 mg cada 12 h x 5 d
	Más de 40 Kg	70 mg cada 12 h x 5 d
Niños menores de 1 año	< 3 meses	12 mg cada 12 h x 5 d
	3 a 5 meses	20 mg cada 12 h x 5 d
	6 a 11 meses	25 mg cada 12 h x 5 d

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. Lancet. 1999; 354(9186):1277-82.
2. Cox N, Tamblin S, Tam T. Influenza pandemic planning. Vaccine 2003;21(16):1801–3.
3. World Health Organization (WHO). Global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Epidemic Alert & Response. May 2005. WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5. [Acceso May 182005].URLdisponible en: WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf..

4. World Health Organization (WHO). Avian influenza: assessing the pandemic threat. (Acceso Nov 02, 2005). URL disponible en: http://www.who.int/csr/disease/influenza/WHO_CDS_2005_29/en/index.html. (2005)
5. Medema JK, Zoellner YF, Ryan J, Palache AM. Modeling pandemic preparedness scenarios: health economic implications of enhanced pandemic vaccine supply. *Virus Res.* 2004;103(1-2):9- 15.
6. World Health Organization (WHO). Plan de preparación para la pandemia de influenza. El rol de la Organización Mundial de la Salud y Guías para la planificación nacional y regional. Ginebra: OMS; 1999.
7. Patriarca P, Cox N. Influenza pandemic preparedness plan for the United States. *J Infect Dis* 1997;176(Suppl 1):S4–7.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Lineamientos para la preparación de un plan subregional de países del Cono Sur para una pandemia de influenza (Santiago, Chile, 15-19 diciembre 2002). (Acceso Nov 02, 2005). URL disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/Informe-Pandemia-Influenza.pdf>
9. Nicholson KG, Wood JM, Zambon M. Influenza. *Lancet.* 2003;362(9397):1733-45.
10. Xu X, Smith CB, Mungall BA, Lindstrom SE, Hall HE, Subbarao K, et al. Intercontinental circulation of human influenza A(H1N2) reassortant viruses during the 2001-2002 influenza season. *J Infect Dis* 2002; 186(10):1490-3.
11. Simonsen L. The global impact of influenza on morbidity and mortality. *Vaccine.* 1999;17 Suppl 1:S3-10.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Pandemia de influenza: preparativos en el continente americano. (Acceso Jul 16, 2003). URL disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-13-s.pdf>
13. Longini IM Jr, Halloran ME, Nizam A, Yang Y. Containing pandemic influenza with antiviral agents. *Am J Epidemiol.* 2004; 159(7):623-33.
14. World Health Organization (WHO). Influenza A/H5N1 in humans in Asia. Epidemic Alert & Response. Manila, Philippines 6–7 May 2005. WHO/CDS/CSR/GIP/2005.7. [Accessed Jun 22, 2005]. URL disponible en: http://www.who.int/entity/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_7_04.pdf

15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [homepage on the Internet]. Atlanta, U.S.A; [Actualizado en Jun 20, 2005; cited Jun 22, 2005]. [Aprox. 6 pantallas]. URL disponible <http://www.cdc.gov/flu/avian/outbreaks/asia.htm>
16. Fedson DS. Vaccination for pandemic influenza: a six point agenda for interpandemic years. *Pediatr Infect Dis J.* 2004; 23(1 Suppl):S74-7.
17. Fedson DS. Pandemic influenza and the global vaccine supply. *Clin Infect Dis.* 2003; 36 (12):1552-61.
- 18.- Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de influenza virus A H1 N1 RM 326-2009.MINSA.
- 19.-WHO. Fase actual de alerta de pandemia según la OMS. Ginebra: WHO; 2009 [cited 200908Jul]; Available.
from:http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/es/index.html

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE RESPUESTA FRENTE A LA PANDEMIA DE INFLUENZA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO -2010

ACTIVIDADES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1.- PLANIFICACION Y COORDINACION :												
a.- Plan de Contingencia Difundido y Socializado												
b.- Priorizar las actividades en respuesta frente a la Pandemia Influenza.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
c.-Reunión permanente del comité de												
d.- Socialización de las Guías de diagnóstico y tratamiento clínico N° 326-2009												
2.- PREVENCIÓN Y CONTENCIÓN												
a.- Aplicación de medidas hospitalaria, en Bioseguridad												
b.- Aplicación de la estacionaria por grupo específico.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
c.- Plan inmunización para aplicación de la vacuna influenza A H1 N1												
d.- Acceso al tratamiento específico Antivirales												
3.- RESPUESTA AL SISTEMA DE SALUD.												
a.- Aplicación de la Guía N° 326-2009; respecto a diagnóstico temprano, inicio de tratamiento.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
b.- Equipamiento con Material e Insumos y RRHH.												
c.- Monitorizar los servicios hospitalario en Bioseguridad (Lavados de Manos, uso equipos de protección y adecuada segregación de residuos sólidos).												
D.- Estrategias sanitaria: Reunión interdiaria, monitoreo permanente,												

supervisión al azar de higiene de manos y eliminación correcta residuos												
4.- SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA PANDEMIA.												
a.- Tiraje diferenciado para pacientes “respiratorios” y Hospitalización diferenciada.												
b. Vigilancia diaria por servicios de los IRAG.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
c.- Reporte diario de los IRAG.												
d.- Toma de muestra a los IRAG.												
e.- Evaluación e informe de los casos de IRAG e Influenza A H1 N1.												
f.- Vigilancia diaria de las Neumonías y SOBA y reporte												
5) SEGUIMIENTO Y EVALUACION de la SITUACIÓN SANITARIA EN LOS RRHH.												
a.- Reporte de ausencia de personal de salud por problemas de IRAG inusitado.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
b.- Monitorizar que los servicios apliquen medidas de bioseguridad												
7.- PROMOCION DE LA SLAUD PARA LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACION ACTIVA DE OTRAS INSTITUCIONES												
a. Material Educativo: Distribuirán extramuralmente al personal y a la población que acude, el material enviado por el MINSA (Calidad, promoción, imagen).		x		x		x		x		x	x	
b. Información educativa en la prevención y control de la pandemia a la comunidad, escuelas, parroquias y otras												