

PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE LA PANDEMIA DE GRIPE

Comité Técnico

Versión 11

**Adaptación a la situación
epidemiológica y clínica actual**

28 de noviembre de 2009

PRESENTACIÓN

El 25 de abril de 2009 la OMS calificó el brote de virus de la gripe AH1N1, notificado en México y Estados Unidos, como emergencia de Salud Pública internacional. El 11 de junio la OMS elevó el nivel de alerta al máximo nivel, Fase 6, por la existencia de transmisión comunitaria sostenida en varios países.

La situación epidemiológica que se está produciendo en nuestro país confirma la circulación **sostenida y epidémica** del nuevo virus de la gripe A/H1N1v en la comunidad, siendo dominante entre los virus gripales.

La experiencia de la enfermedad en los países del hemisferio Sur y en Europa muestra que la mayoría de los casos presentan una sintomatología leve y son jóvenes menores de 30 años, como en la gripe estacional, con una limitada presentación de la enfermedad en mayores de 64 años. De hecho la experiencia ya ha mostrado que en torno al 98% de los casos no requieren hospitalización. La letalidad es similar o inferior a la gripe estacional dependiendo de los países.

Los esfuerzos deben centrarse principalmente en la mitigación del impacto sanitario y social del virus mediante la atención apropiada a los enfermos en su domicilio o en centros sanitarios, y el esfuerzo ya no debe estar en intentar contener la transmisión de la enfermedad. Igualmente, se atenderá la demanda de la población en el teléfono Salud Responde.

Por ello, a la luz de la experiencia y de la situación epidemiológica actual, se hace aconsejable modificar sustancialmente las actuaciones sanitarias a realizar. **Para facilitar la localización de los cambios sobre la versión 10 del Plan Andaluz, se han resaltado los mismos en amarillo.**

Debemos señalar que este documento adapta a la actuación del Sistema Sanitario de Andalucía los protocolos del Ministerio de Sanidad y Política Social aprobados por la Comisión de Salud Pública, otros documentos de grupos de expertos y otros organismos (ECDC).



APARTADOS DEL PROTOCOLO

Este documento contiene los siguientes apartados, los cuales se desarrollan en el Protocolo y en los diversos Anexos.

1. Manejo clínico específico de cada caso sospechoso (pág. 4).
2. Vigilancia epidemiológica (pág. 9).
3. Plan de alta frecuentación (pág. 12).
4. Documentos Anexos (pág. 13).

Comunicación y formación a los profesionales sanitarios.

La comunicación y formación sobre este Protocolo se realizará mediante la explicación y difusión del presente protocolo a través de reuniones de coordinación en cada Hospital, Centro de Salud, HAREs, SVEA y Red de Alerta de Salud Pública.

La Dirección Médica del hospital, de los HAREs y la Dirección de Salud del distrito realizarán las siguientes actividades:

- 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.
- En Atención Primaria a los directores de Centros de Salud para su difusión entre los facultativos del mismo.
- 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, Enfermedades Infecciosas, Neumología, Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia, Epidemiología, Medicina Preventiva y Microbiología.

La comunicación y formación en el 061 se realizará por el Director del Servicio Provincial.

La petición de información de la población y ciudadanos que la requieran debe ser derivada al teléfono Salud Responde: 902505060.



1. MANEJO CLÍNICO ESPECÍFICO DE CADA CASO SOSPECHOSO.

El objetivo de esta estrategia es manejar clínicamente los casos que puedan producirse en Andalucía con sospecha de estar causados por el nuevo virus A/H1N1v.

La notificación de los casos se reservará para los casos que precisen hospitalización, como se detalla en el apartado B.2 de este epígrafe.

A) Definición de caso de gripe por el nuevo virus A/H1N1v.

Período de incubación: máximo 7 días.

Criterios clínicos

1. Aparición súbita de síntomas; y
2. Uno o más de los cuatro síntomas generales siguientes: fiebre o febrícula, malestar general (quebrantamiento), cefaleas y mialgias; y
3. Uno o más de los tres síntomas respiratorios siguientes: tos, dolor de garganta, disnea; y
4. Ausencia de otra sospecha diagnóstica.

(ECDC, Decisión de la Comisión de las Comunidades Europeas de 28/IV/2008).

Criterios clínicos en edad pediátrica

1. Aparición súbita de los síntomas; y
2. Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
3. Al menos dos signos o síntomas de infección respiratoria aguda: tos, rinorrea, dolor de garganta, dificultad respiratoria - pueden ir acompañados de diarrea y vómitos, cefalea/irritabilidad, mialgias y malestar general/quebrantamiento; y
4. Ausencia de otra sospecha diagnóstica.

Criterios de laboratorio:

Al menos una de las siguientes pruebas positivas:

- Detección por RT- PCR de nuevo virus de la gripe A/H1N1v.
- Aumento de 4 veces el título de anticuerpos neutralizantes frente a nuevo virus de la gripe A/H1N1v (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 de nuevo virus de la gripe A/H1N1v.

Clasificación de caso:

- A. **CASO SOSPECHOSO:** cualquier persona que cumpla criterios clínicos.
- B. **CASO PROBABLE:** cualquier persona que cumpla los criterios clínicos y presente infección por virus de la gripe A o AH1 no subtipable.
- C. **CASO CONFIRMADO:** cualquier persona con confirmación de laboratorio de nuevo virus de la gripe A/H1N1v.

B) Manejo del paciente caso

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 atienda, aunque la experiencia ya ha mostrado que en torno al 98% de los casos no requieren hospitalización.

No será necesario establecer identificación, seguimiento ni, en general, administración de profilaxis a los contactos de los casos detectados aunque, no obstante, la administración de antivirales debe ser una decisión preventiva o terapéutica que debe ir asociada al correspondiente juicio clínico y valoración de la situación del riesgo (Anexo 1).

B.1 Paciente que no requiere hospitalización, haya sido atendido en el Servicio de Urgencias de uno de los hospitales, o en un DCCU/Atención Primaria, o en un Hospital de Alta Resolución (HARE), se le recomendará que permanezca en su domicilio hasta 24 horas después de que remita la fiebre sin antitérmicos, y antes de enviarle al mismo se harán las siguientes acciones:

- Utilizar por el personal sanitario medidas de higiene que eviten la transmisión por gotas y contacto (mascarilla quirúrgica, guantes desechables no estériles, e higiene de manos), no por la gravedad potencial de la gripe pandémica sino para evitar casos en sanitarios que comprometan la asistencia sanitaria.
- La indicación de oseltamivir será una decisión clínica del médico que atiende al paciente. **Debe indicarse en: a) aquellos pacientes que tengan factores de riesgo de sufrir complicaciones por gripe (Anexo 1); b) en los casos de neumonía; y c) además se considerará en pacientes adultos (>14 años) en los que no concurren las circunstancias previas y en los que la evolución de la enfermedad sea tórpida o la duración de la fiebre (>38°C) por la gripe sea superior a 3 días. El tratamiento es más efectivo si se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque este hecho no debe limitar su inicio más allá de este período. Por tanto, cuando se considere indicado el tratamiento éste debe comenzarse sin demora. Se le prescribirá oseltamivir, que tomará en dosis de 75 mg cada 12 horas (durante 5 días en ausencia de neumonía - adaptar la dosis e intervalos en caso de antecedentes de insuficiencia renal o a la edad ([Anexo 2]).**
- **Los niños con un cuadro clínico de gripe sin signos de gravedad ni complicaciones no requieren tratamiento antiviral. Las indicaciones de tratamiento recomendadas actualmente son aplicables tanto a las cepas estacionales como a la nueva cepa pandémica, ya que las tasas de morbilidad y de mortalidad en la infancia de la gripe ocasionada por el virus influenza A/H1N1v no difieren sustancialmente de las provocadas por los virus gripales estacionales. Las indicaciones de tratamiento antiviral no son estrictas, será una decisión clínica del médico que atiende al paciente en base a una ponderada valoración del beneficio/riesgo. Se recomienda**



considerar la instauración de tratamiento en niños con infección por virus de la gripe sospechada o confirmada y que tienen factores de riesgo de mala evolución o complicaciones, independientemente de que hayan sido vacunados o no. Debe tenerse en cuenta el nivel de riesgo de la enfermedad de base y el grado de afectación del paciente, siendo razonable optar por no tratar inicialmente a algunos de estos pacientes si están estables y su presentación clínica es leve, con un seguimiento evolutivo estrecho que permita reconsiderar la indicación de tratamiento en función del curso clínico.

- Los pacientes no hospitalizados no requieren estudio virológico (RT-PCR), salvo las embarazadas (en las que se suspenderá el tratamiento si la prueba es negativa) y los pacientes inmunodeprimidos profundos (trasplantes, etc.). El estudio se realizará en el Servicio de Microbiología del Hospital de referencia.
- Guardar las medidas de higiénico-sanitarias en domicilio para prevenir la transmisión (**Anexo 3**).
- El seguimiento del paciente en su domicilio se hará por el Centro de Salud correspondiente.

Si concurren alguno de los criterios siguientes, el paciente debe ser derivado al hospital para su valoración: descompensación de la enfermedad subyacente, insuficiencia circulatoria (bradicardia <60 spm, taquicardia >90 spm, presión arterial sistólica <90 mm/Hg), taquipnea (≥ 20 rpm), disminución del nivel de conciencia o estado confusional, incapacidad de la ingesta oral; síntomas y/o signos exploratorios de sospecha de neumonía; estos criterios hay que interpretarlos en conjunción con el buen juicio clínico del médico que atiende al paciente.

Para Pediatría, los criterios de taquicardia, hipotensión y taquipnea se expresan en el Anexo 4.

Para el manejo clínico de las neumonías en pacientes adultos y pediátricos debe consultarse los Anexos 5 y 6.

B.2 En caso de que el paciente requiera hospitalización se ingresará en el hospital que corresponda a su área, en una habitación individual o en habitaciones compartidas con pacientes con el mismo diagnóstico, con al menos un metro de distancia entre las camas (cohortes), como en otras enfermedades transmisibles por los mismos mecanismos. La ubicación de los pacientes deberá tener en cuenta otros criterios de aislamiento que el paciente pudiera tener. Se limitará las visitas a un solo familiar por paciente.

Los criterios de ingreso, por gravedad y riesgo, serán: neumonía con criterios habituales de ingreso; síndrome gripal con signos de disfunción orgánica (saturación de pO_2 disminuida valorada en función de las enfermedades respiratorias crónicas previas que el paciente pudiese tener, elevación de creatinemia, a modos de ejemplos); niños menores de 3 meses que requieran tratamiento con oseltamivir; incapacidad de la ingesta oral (**que impida la hidratación y la toma de medicación oral**); no es necesario el ingreso hospitalario de todas las gestantes, tomándose la decisión según la gravedad del cuadro clínico y la presencia o no de factores de riesgo adicionales; todos estos criterios hay que interpretarlos en conjunción con el buen juicio clínico del médico que atiende al paciente, recordando que la enfermedad subyacente crónica previa, no descompensada, no supone un criterio de ingreso.

Se realizarán las siguientes actuaciones de forma consecutiva:

- Ponerle mascarilla quirúrgica bien ajustada al paciente caso, mientras no esté en su habitación de hospitalización.
- Utilizar por el personal sanitario medidas de higiene habituales que eviten la transmisión por gotas y contacto (mascarilla quirúrgica, guantes desechables no



estériles, e higiene de manos), no por la gravedad potencial de la gripe pandémica sino para evitar casos en sanitarios que comprometan la asistencia sanitaria. Cuando se realicen procedimientos que generan aerosoles como broncoscopia, intubación endotraqueal, tratamientos con nebulizador (CPAP, BIPAP, otra ventilación no invasiva, RCP, etc.), aspiración traqueal, se utilizarán en lugar de mascarillas quirúrgicas un equipo filtrante de partículas (FFP2).

- La notificación de casos se realizará tal como se describe en el apartado 2.3 “Vigilancia de casos graves de infección por virus pandémico A(H1N1)v” al Servicio de Medicina Preventiva. En los casos de fallecimiento se notificará de forma urgente (**Anexo 7**), al Servicio de Medicina Preventiva de 8 a 15 horas de lunes a viernes y a través del teléfono provincial de alertas de Salud Pública (902220061) en otros horarios.
- Toma de muestras del paciente para diagnóstico microbiológico. Para el diagnóstico del virus de la gripe A/H1N1v en humanos se deben obtener muestras de aspirado nasofaríngeo o, en su defecto, exudados nasal y faríngeo (**Anexo 8**). Durante la toma de los frotis nasal y faríngeo usar gafas protectoras. **Ambos escobillones, se colocarán en un mismo tubo conteniendo medio de transporte especial para virus.**
- Las muestras se enviarán al Servicio de Microbiología del Centro. Todos los hospitales con Servicio de Microbiología con capacidad técnica para ello realizarán la RT-PCR para virus influenza A/H1N1v para las determinaciones con indicaciones clínicas. Los hospitales sin la posibilidad de realizar la RT-PCR la acordarán con su hospital de referencia habitual. Adicionalmente se tomarán otras muestras para diagnóstico microbiológico según la situación clínica (**Anexos 5 y 6**).
- **Tratamiento empírico en todos los pacientes hospitalizados** con oseltamivir 75 mg/12 h v.o. durante 5 días o una duración mayor adaptada a la situación clínica (**Anexos 5 y 6**), 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 ClCr es inferior a 30 ml/min y a la edad del paciente en niños (**Anexo 2**).
- Soporte respiratorio y cuidados generales, según necesidades (**Anexos 5 y 6**).
- 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. Para la edad pediátrica ver **Anexo 6**.

B.3 En el supuesto de que el paciente contacte con el Sistema sanitario telefónicamente a través de Salud Responde, del 061 o teléfono único de urgencias, como es habitual se realizará un triage telefónico estructurado (**Anexo 9**). Todo el sistema sanitario debe promover que el contacto telefónico sea el inicialmente utilizado por los ciudadanos.

Los casos serán clasificados en 4 niveles en función de los síntomas, complicaciones y factores de riesgo, entre otros. Los dos niveles iniciales solo requieren tratamiento domiciliario, apoyo farmacológico, medidas higiénico-sanitarias, y en algunos casos seguimiento telefónico.

En el tercer nivel se incluyen los que presenten algunas complicaciones moderadas u otros problemas y si el paciente puede trasladarse, se le indicará que acuda a su Centro de Salud o al DCCU donde se llevarán a cabo las acciones anteriormente descritas.

Si no puede trasladarse por razones insalvables de discapacidad o encamamiento, se gestionará la llamada por el CCU de la provincia para que pueda ser visitado en su



domicilio por Atención Primaria (Enfermería, Médico de Familia o DCCU) que realizará las siguientes acciones:

- Utilizar por el personal sanitario medidas de higiene que eviten la transmisión por gotas y contacto (mascarilla quirúrgica, guantes desechables no estériles, y lavado de manos).
- Valoración clínica.
- Informar sobre las medidas higiénico-sanitarias que debe guardar en domicilio para prevenir la transmisión (**Anexo 3**).
- Valorar los antecedentes personales de riesgo elevado de sufrir complicaciones de gripe (**Anexo 1**) y los criterios clínicos especificados en el apartado B.1 para la **indicación de antivirales**.
- El seguimiento del paciente en su domicilio se hará por el Centro de Salud correspondiente.

El nivel 4 que requiere la movilización de recursos de urgencias o emergencias serán desviadas desde Salud Responde al Centro Coordinador de Urgencias CCU de la provincia correspondiente.

C) El uso de antivirales

En los pacientes o contactos que, en base a la gravedad del cuadro clínico requieren hospitalización o por la existencia de factores clínicos de mayor riesgo, el médico que los atiende considera necesaria la prescripción de oseltamivir, las dosis serán las siguientes:

- En los pacientes adultos, 75 mg cada 12 horas durante 5 días.
- En los contactos, 75 mg al día durante 10 días.

El tratamiento o la profilaxis deben administrarse en las primeras 48 horas tras el inicio de los síntomas o el contacto, al ser más efectivo si se inicia dentro de este periodo, aunque este hecho no debe limitar su inicio más allá de este período.

D) Consejos higiénico-sanitarios para los pacientes

Las personas con síntomas de gripe que deban realizar desplazamientos inevitables en transportes públicos o se encuentren circunstancialmente en espacios cerrados públicos (sanitarios o no sanitarios) compartidos con otras personas, deberán adoptar las siguientes medidas para evitar nuevos contagios de la enfermedad:

- Utilizarán una mascarilla quirúrgica si está disponible.
- Cubrirán su boca cuando tosan o la nariz cuando estornuden, con pañuelo de tela o papel, en caso de no disponer de mascarilla.

E) Manejo de los residuos y material desechable

Los residuos generados tendrán, a todos los efectos, consideración de residuos sanitarios asimilables a urbanos, es decir, residuos del Grupo II. El envasado será en bolsas marrones con las características descritas en el Plan de Gestión de Residuos del SAS. Se exceptúan aquellos que por sus características sean considerados como Grupo IIIa (agujas, hojas de bisturí, sangre en cantidad superior a 100 ml, etc.). En el caso de pacientes



hospitalizados es aconsejable envasar y cerrar las bolsas en la habitación del paciente antes de su desecho final en las bolsas ubicadas en los controles de enfermería. La ropa, utensilios de comida (vajilla, cubiertos, etc.) utilizados, recibirán el mismo tratamiento que los usados por el resto de pacientes, no siendo necesaria una separación de materiales ni cuidados especiales en su manipulación posterior.

2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En esta nueva fase, la OMS ha recomendado que los países mantengan la vigilancia con los siguientes objetivos:

- Identificar los cambios genéticos, antigénicos o funcionales del virus (por ejemplo, de la sensibilidad a los fármacos antivirales).
- Identificar los eventos que indicarían rápidamente los cambios epidemiológicos de la enfermedad. Se debe recoger información que permita evaluar la gravedad de la enfermedad. La OMS ha recomendado que todos los países mantengan una estricta vigilancia para detectar cualquier evento inusual, como por ejemplo agrupaciones de casos graves o mortales de infección por el virus pandémico (H1N1) 2009, agrupaciones de casos de enfermedad respiratoria que requieran hospitalización, o cuadros clínicos inhabituales asociados a una especial gravedad o mortalidad¹.
- Disponer de la información adecuada sobre el funcionamiento del sistema de atención de salud para garantizar su continuidad y la rápida aplicación de los ajustes que sean necesarios.

La vigilancia del nuevo virus de la gripe, mientras se mantenga la actual situación epidemiológica, se centrará en:

1. Vigilancia epidemiológica y virológica a través de la red centinela de gripe de Andalucía, en la que participan 128 facultativos (con representación territorial y poblacional) y el laboratorio de referencia para la gripe en Granada.
2. Investigar posibles agrupaciones de casos de gripe por el virus A(H1N1)v especialmente en población vulnerable en centros o instituciones cerradas.
3. Investigación de posibles cambios en la gravedad del cuadro clínico mediante la vigilancia individualizada de casos graves que exigen un ingreso hospitalario y de neumonías no filiaadas adquiridas en la comunidad, ingresadas en UCI o en menores de 50 años con ingreso hospitalario con clínica sugestiva de neumonía de etiología vírica.

2.1 RED CENTINELA DE GRIPE EN ANDALUCÍA

Desde 1995 existe una red centinela de gripe compuesta de 20 declarantes y el laboratorio de referencia de Gripe de Granada. En 2005 se amplió a 128 integrantes, elegidos con criterios de representación poblacional y territorial, que cubren al 2% de la población andaluza. De la misma Red forma parte el Laboratorio de Referencia del Hospital

¹ ECDC. *Surveillance and studies in a pandemic* in Europe. June 2009. www.ecdc.europa.eu



Virgen de las Nieves de Granada. Todos los participantes de la Red lo hacen de forma voluntaria.

La eficacia de este sistema se ha evaluado comparando su distribución con la existente en la declaración ordinaria de enfermedades. La declaración ordinaria indirectamente representaba la magnitud de la epidemia anual. El centinela de gripe ha demostrado su utilidad para la vigilancia clínica e identificar la curva epidémica, al cumplir sus objetivos, tanto el general (conocer las características virológicas y epidemiológicas de la gripe en cada temporada), como los específicos (identificar lo más temprano posible la aparición de epidemia en base a la morbilidad e identificación de virus circulantes; conocer las características virológicas de las cepas de virus gripal circulantes; conocer las características epidemiológicas de los casos). Se han utilizado modelos matemáticos para predecir la aparición del pico entre 4 y 6 semanas después del primer aislamiento.

Ante la situación actual de infección humana por el nuevo virus de la gripe A/H1N1v y la declaración de la OMS de alerta pandémica 6, el ECDC ha propuesto mantener, a partir de la semana 19/2009, la vigilancia de la gripe estacional que llevan a cabo los sistemas centinela nacionales europeos.

Participan en este sistema de vigilancia:

- Los médicos declarantes que realizan la vigilancia epidemiológica y virológica.
- Los laboratorios de microbiología de los hospitales de referencia habitual para el envío de muestras.
- El laboratorio de referencia para la gripe en Andalucía, en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada.
- Epidemiología de Distritos sanitarios, Delegaciones y Consejería de Salud para el seguimiento de la notificación garantizando la cobertura territorial y poblacional en su ámbito.

La actividad que realizan los facultativos declarantes cada semana conlleva dos aspectos: vigilancia epidemiológica, mediante la declaración durante la semana de las sospechas de caso de gripe, y vigilancia virológica, mediante la toma de frotis faríngeos en personas con Infección Respiratoria Aguda.

Para alcanzar un nivel óptimo de notificación que permita obtener representatividad territorial y poblacional de la vigilancia centinela, los epidemiólogos de Atención Primaria realizarán el seguimiento semanal de la notificación realizada por los facultativos centinelas de su Distrito a través de la aplicación informática que utiliza este sistema de vigilancia.

2.2 ACTUACIÓN ANTE AGRUPACIONES DE CASOS DE GRIPE POR EL VIRUS A (H1N1)v

En el **Anexo 10** se detallan todas las actuaciones para la detección, comunicación, investigación e intervención en caso necesario ante agrupaciones de casos sospechosos de gripe en centros o instituciones, especialmente cuando estas son cerradas y con población con alto riesgo de complicaciones por gripe (**Anexo 1**).

En la situación epidemiológica actual no se investigaran agrupaciones de casos de gripe en guarderías o centros docentes, salvo que existan circunstancias especiales. Únicamente se recomienda la investigación en aquellas situaciones en las que las autoridades de Salud Pública estimen necesario hacer una intervención especial. Sin embargo, el SVEA deberá tener información actualizada sobre los mismos para poder atender con prontitud a



cualquier demanda de información por parte de la dirección de los centros, relacionada la aparición de casos en las aulas.

2.3 VIGILANCIA DE CASOS GRAVES DE INFECCIÓN POR VIRUS PANDÉMICO A(H1N1)v

El objetivo de esta estrategia es identificar las características clínico epidemiológicas de las formas graves de la enfermedad y sus cambios, e identificar los cambios genéticos, antigénicos o funcionales que puedan aparecer en el virus (por ejemplo, en su sensibilidad a los fármacos antivirales).

Esta vigilancia se realizará por el SVEA, a través de los **Servicios de Medicina Preventiva hospitalarios**, mediante búsqueda activa diaria de los casos, con las características clínicas y epidemiológicas que se describen a continuación.

Se investigará de la presencia del nuevo virus de la gripe A/H1N1v en:

- Personas que presentan un cuadro clínico compatible con gripe y que requieren ingreso hospitalario por la gravedad del cuadro clínico que presentan (neumonía, fallo multiorgánico, shock séptico) o que desarrollan este cuadro durante su ingreso hospitalario por otro motivo.
- En los casos de neumonías comunitarias graves ingresadas en UCI en ausencia de una etiología conocida.
- En los casos ingresados de neumonías comunitarias no filiadas con criterios clínicos de sospecha de origen vírico que se presenten en personas jóvenes (menores de 50 años) sin patología de base.

La indicación de aislamiento estará subordinada al nivel de sospecha de la etiología bacteriana, viral o de otro tipo de la enfermedad del paciente, pero no por la sospecha de influenza A/H1N1v en los casos de neumonías cuando éstas se investiguen únicamente con fines de vigilancia epidemiológica.

El médico que atienda a un paciente que cumpla alguno de los criterios diagnósticos anteriores lo notificará (**Anexo 7**) como **una EDO al Servicio de Medicina Preventiva** en el hospital.

Los fallecimientos por nueva gripe deben notificarse de manera urgente a través del SVEA en horario laboral y fuera de horario laboral, fines de semana o festivos, a través del teléfono provincial de alertas de Salud Pública (902220061).

La vigilancia individualizada de casos graves se realizará exclusivamente a través de hospitales centinelas (1 por provincia).

Para poder monitorizar la severidad de la pandemia y realizar un seguimiento de la estimación de casos graves, los demás hospitales del SSPA notificarán obligatoriamente semanalmente, y de manera agregada, los nuevos casos confirmados hospitalizados con complicaciones, distinguiendo los casos en mujeres embarazadas, y el número de hospitalizaciones en UCI.

Esta información agregada se recogerá por sexo y por grupos de edad (<2 años, de 2 a 4 años, en grupos quinquenales hasta los 64 años y un grupo de 65 o más años).



La confirmación diagnóstica de los casos graves hospitalizados se realizará a través de los laboratorios del SSPA con capacidad para identificar la presencia del virus pandémico A (H1N1)v en muestras clínicas por detección de sus componentes mediante RT- PCR.

Con fines de vigilancia epidemiológica y virológica estos laboratorios trabajaran en red con el laboratorio de referencia para la gripe en Andalucía en el hospital Virgen de las Nieves. Este laboratorio prestará asesoramiento metodológico y apoyo diagnóstico en los casos que se requiera. Por otro lado, desde los laboratorios de la red se enviarán al laboratorio de referencia muestras de pacientes seleccionados o con evolución desfavorable para estudio de resistencia a antivirales.

3. PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN.

El Plan de Alta Frecuentación constituye la respuesta organizativa y funcional del Sistema Sanitario Público de Andalucía a la pandemia de gripe, e implementada en función del impacto de la misma sobre los servicios sanitarios. En este sentido se basa -tanto en atención primaria como en asistencia hospitalaria- en intervenciones específicas de respuesta asistencial estructuradas en tres niveles. Estos niveles se corresponden con tres escenarios caracterizados por la magnitud de las repercusiones de la pandemia en forma de incrementos constatados de la frecuentación de los servicios sanitarios. Los elementos centrales del Plan son la coordinación de todos los centros, unidades y dispositivos sanitarios del SSPA y la reorganización de los mismos para adaptar la actividad asistencial a las necesidades de la población. En este sentido, el Plan incide sobre elementos estructurales, organizativos y profesionales, en la medida en que la situación de la pandemia lo requiere. Las medidas específicas del Plan de Alta Frecuentación se enviarán a los diferentes centros sanitarios.

