

EL PROBLEMA I

1.1 Planteamiento del Problema

La formación profesional en el Área de la Salud nos permite ser críticos en aspectos relevantes de los servicios públicos que se otorgan en Medicina para tratar permanentemente de mejorar los mismos y proponer acciones tendientes a un eficiente servicio a favor de los grupos más vulnerables de la sociedad a la cual nos debemos y tratamos de servir con eficacia, por ello y ante una problemática generalizada en el País y en el Mundo, deseamos aportar con soluciones prácticas como el del presente estudio, en el cual determinamos el siguiente problema:

“El Hospital de Otavalo no cuenta con un guía para la preparación del sector salud ante una posible pandemia de influenza en cantón Otavalo”

Se debe tomar muy en cuenta su realidad local en especial de las costumbres sanitarias de la mayoría de la Población Indígena que por sus limitaciones económicas, educativas y de información son los más propensos a contraer y propagar este virus con consecuencias impredecibles.

Los virus de la influenza o gripe (VI) son diversos, perteneciendo a la familia de los Ortomixovirus, un grupo de virus ARN de sentido negativo agrupados en cinco géneros, tres de ellos conocidos como virus de la influenza tipo A, B y C, y los dos restantes denominados isavirus y thogovirus².

Los VI-A pertenecientes a los linajes humano (VIAH), porcino (VIAP) y aviar (VIAA) y sus subtipos derivados los causantes de las grandes pandemias y

epidemias estacionales humanas, epizootias, endozootias y zoonosis, tendiendo a variar constantemente en el tiempo principalmente a través de las migraciones humanas y animales favorecidas por la globalización, la pobreza, el hacinamiento, los conflictos sociales y el cambio climático.

Los VI, primordialmente los subtipos de VI-A, tienen el potencial de infectar eficientemente a las células del epitelio ciliado del tracto respiratorio humano a través del contacto persona a persona, por aerosoles producidos durante el estornudo, la tos y la respiración misma, generando enfermedad respiratoria aguda alta y baja, la mayoría de ellas altamente transmisibles entre humanos con un espectro epidémico y clínico que oscila desde las formas inaparentes-leves a las altamente graves y mortales.

De otro lado las influencias estacionales o epidémicas, que afectan entre el 5 a 20% de la población mundial, producen una gran morbimortalidad global, estimándose de uno a tres millones de casos graves y entre 250 000 y 500 000 (694,4 -1 388,8 muertes por día al año) la cifra de muertos anualmente por estos virus, concentrándose la letalidad principalmente en los extremos etarios de la población, es decir niños y ancianos.

Desde esta perspectiva, en el último siglo la humanidad vivió tres pandemias y un sinnúmero de epidemias estacionales, del mismo modo registró en su devenir temporal la reaparición del linaje del VI/H1N1(influenza rusa), descendiente directo del letal VI/H1N1 de 1918, del cual la evidencia científica indica un origen a partir de un ancestro viral parecido al aviar, que se estima pudo estar previamente circulando de manera ineficiente entre 1915 y 19174, pero que no se distribuyó ampliamente entre humanos y cerdos hasta que en 1918 finalmente infectó a ambas especies dando origen a la primera y peor pandemia del siglo XX conocida como “gripe española” se dice de ella oficialmente que cobró la vida de 40 a 50 millones de personas en todo el mundo además vio la aparición -por reordenamiento de virus aviares y humanos que tuvieron como hospedero al

cerdo- de dos nuevos virus pandémicos en ese mismo siglo, el H2N2 o “influenza asiática” y H3N2 o “influenza de Hong Kong, así como de nuevos subtipos netamente aviáres y porcinos capaces de infectar aunque ineficientemente- al ser humano de manera directa. Estas influencias estacionales y pandémicas no han sido ajenas al Ecuador

Siguiendo el nuevo esquema de notificación de la Organización Panamericana de la Salud, de utilizar cuatro indicadores cualitativos la situación actual hasta el 15 de agosto, nuestro país presenta una dispersión geográfica extendida de la nueva influenza AH1N1, pues al virus se lo ha localizado en la mayoría de provincias del país.

La tendencia, de la enfermedad en esta última semana, no ha tenido modificación con respecto a lo observado en las últimas tres semanas epidemiológicas, en donde se notó un incremento considerable con respecto a las primeras semanas de la epidemia.

Conforme a los criterios de la OPS el Ecuador se ubica en un nivel de bajo-moderado, de la epidemia.

El impacto en los servicios de atención de salud, se mantiene en esta última semana en el nivel de moderado, esto significa que la demanda de atención sanitaria está por encima del nivel de demanda usual, pero aún por debajo de la capacidad máxima de los servicios de salud.

Con respecto al número de casos confirmados, se han notificado alrededor de 800 casos confirmado por laboratorio. Además, se registraron 70 fallecidos asociados a infección con este nuevo virus. Cabe señalar que desde la notificación del primer caso en el Ecuador, el 15 de mayo, ya han sido tratadas adecuadamente y dadas de alta más del 90% de las personas, las mismas que se ha integrado a su vida cotidiana.

1.2 Formulación del Problema

Dada la complejidad para atender pacientes especialmente del sector rural, en su mayoría indígenas kwichuas con principios y valores culturales diversos, se requería de una estructura administrativa y operativa estructurada por la descrito se formulo el siguiente problema:

Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo Sobre la atención de pacientes con AH1N1

1.3 Justificación

El presente estudio se lo realizó con la finalidad de identificar los conocimientos sobre la atención y cuidados en pacientes con A (H1N1), del personal de salud del Hospital San Luis de Otavalo en el periodo de enero a noviembre del 2010, de esta manera se podrá conocer cuáles son las destrezas que posee el personal de salud así como los procedimientos que deben ser incrementados o mejorados.

La tasa de mortalidad a causa de la influenza AH1N1, en el Ecuador, se mantienen por debajo del 1% “lo cual es inferior a la tasa de mortalidad por influenza estacional en nuestro país, a pesar de que la epidemia se ha proliferado en la gran mayoría de las provincias pero con un impacto leve a moderado. Se están retomando medidas de prevención por el cambio de clima en la región Sierra y la proximidad de la temporada invernal en la Costa, porque estos factores aumentan las infecciones respiratorias.

Existe un total de 70 fallecidos en el país a causa de la influenza AH1N1. “Tasa muy inferior y muy por debajo del resto de países de América”; de ahí la importancia y actualidad de este trabajo, de los que se refiere la literatura científica existen pocos estudios a nivel local.

De otro lado la problemática de la AH1N1 sigue siendo un tema de estudio en la actualidad, dadas las condiciones del comportamiento de esta pandemia siendo necesario que el personal de salud este actualizado y generando “buenas prácticas” para disminuir tanto los indicadores de morbi-mortalidad como el mejoramiento de su bioseguridad.

Una guía puede de mejor manera orientar a que los conocimientos adquiridos nos servirán para brindar los adecuados cuidados de enfermería a pacientes con A (H1N1), ya que como futuro profesional de salud estaré tratando diariamente con este tipo de pacientes.

1.4 Objetivos:

1.4.1 Objetivo General

Determinar los conocimientos actitudes y prácticas del personal de Enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo sobre la atención a pacientes con AH1N1,

1.4.2.- Objetivos Específicos

- Identificar los conocimientos del personal de Enfermería sobre la atención de pacientes con AH1N1.
- Verificar las prácticas de personal de enfermería en la atención de pacientes con AH1N1
- Identificar las actitudes del personal de enfermería en la atención de AH1N1
- Realizar una guía para la preparación del sector salud ante una posible pandemia de influenza en cantón Otavalo.

1.4.3 Preguntas y Directrices

- Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de pacientes con AH1N1 del personal de Enfermería del Hospital San Luis de Otavalo
- Cuáles son las normas de atención de pacientes con AH1N1
- Cuáles son las medidas de bioseguridad para el manejo de pacientes con AH1N1
- Cuáles son los conocimientos que tiene el personal de Enfermería acerca de medidas de prevención de contagio en manejo de pacientes con influenza

Marco Teórico II

2.1 Marco Institucional

La Carta Magna dispone en el Artículo 389 que el Estado protegerá a las personas, las colectividades y la naturaleza frente a los efectos negativos de los desastres de origen natural o antrópico mediante la prevención, ante el riesgo, la mitigación de desastres, la recuperación y mejoramiento de las condiciones sociales, económicas y ambientales, con el objetivo de minimizar la condición de vulnerabilidad.

La Constitución de la República del Ecuador dispone: “Artículo 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

Amparado en la Constitución y por el quehacer propio de la institución sobre la que recae la parte más importante de la respuesta, en el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública apegado a las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como referente, una vez declarada la Fase 6 o pandemia, enuncia que se debe reconocer que la propagación del microorganismo se ha extendido a nivel mundial. “La Representación de la OPS/OMS en el Ecuador fue creada en 1951 y desde entonces coopera técnicamente, en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud, con otras instituciones del sector salud y afines en los sectores públicos y privados. La cooperación tiene como modalidad de trabajo, proyectos técnicos, con un enfoque transversal de equidad de género e interculturalidad, comunicación social, vigilancia sanitaria y atención de las enfermedades y en

torno a generar la cultura de la gestión del riesgo, trabaja en el Programa de Preparativos frente a Desastres”.

Ante esta situación, el país pasa a incorporar entre sus estrategias las actividades de mitigación de acuerdo al Plan Nacional de Contingencia. Esta fase de Mitigación consiste en disminuir el impacto del evento (baja letalidad, disminuir la rapidez de propagación); de la misma manera se implementaran las estrategias de acuerdo a la fase de pandemia en la que se encuentre el país. El MSP brindará orientaciones a la comunidad e informará de manera permanente, recalcando e insistiendo en las medidas de protección que se deben asumir, tales directrices se emanaran desde la máxima autoridad en salud del país, hacia las regiones, provincias, áreas de salud, cantones y comunidades en general, quienes deben organizarse de acuerdo a lo que se establecido.

2.2 Descripción del Área de Estudio

2.2.1 Hospital San Luis de Otavalo

En el año 1922, cuando la ciudad de Otavalo se observaba un incremento poblacional, se sintió la necesidad de construir un Hospital Cantonal, para atender a sus enfermos ya que había muchas dificultades para trasladarse los casos de emergencia a otras casas de salud, por la distancia y las vías de acceso en mal estado, por lo anteriormente expuesto el Comité Patriótico compra un terreno de 2 hectáreas al norte de la ciudad, junto al riachuelo el Tejar así comenzó la construcción en un terreno flojo, con cimientos de piedra con barro paredes de tapia a desnivel y a orillas de un riachuelo que crecía mucho en el invierno en la primera creciente las paredes se fueron al suelo.

El Doctor Chávez se intereso en hacer construir el edificio que actualmente existe, pero ya con dirección técnica y con fondos del estado y con pequeñas contribuciones del Municipio de Otavalo, el comité Patriótico adquirió el lote de

terreno para la construcción, por lo cual se adquirió una escritura pública, el Hospital San Luis de Otavalo se inaugura el 6 de septiembre de 1953.

Para la administración del hospital el Señor Ministro de Previsión Social , nombro una Junta Autónoma compuesta por tres miembros que prestaron sus servicios ad-honorem ,la primera Junta administrativa del Hospital, así formada con carácter autónomo en el aspecto administrativo, nombro al Doctor Germánico Endara Niño, como primer Director de esta casa de salud inaugurada con los 4 servicios médicos básicos Medicina Interna, Cirugía general y Traumatología también con dos salas ,una para hombres y otra para mujeres, gineceo obstetricia , sala de labor, sala de partos, y sala de post partos ,pediatría dividida en dos partes, una para cirugía medicina interna y quemados, también fue necesario instalar en la planta baja una sala de aislamiento, también dividida para adultos y niños, se complemento organizando consulta externa para la atención de emergencias y casos ambulatorios que no requerían de hospitalización, además servicios auxiliares de diagnostico comenzaron a funcionar los departamentos de Estadística, farmacia, laboratorio y Rx.

El personal médico estaba conformado por tres médicos, el personal administrativo se inició con el Presidente de la Junta Administrativa o su Vocal de Turno que se encontraba conformado por el Director , un Secretario, un Contador-Pagador y un Jefe de Estadística.

El personal de Enfermería y Servicios se inició con cuatro hermanas de la Caridad y Jefe de Enfermeras, otra Jefe de cocina y alimentación y otra como Enfermera de clínica general, cirugía, esterilización, central e instrumentadora, además se contaba con seis auxiliares de Enfermería distribuida una por servicio.

La primera construcción se lo realizo en el año 1978, luego se ha realizado varias remodelaciones, actualmente cuenta con construcciones nuevas, en una de ellas

funciona el servicio de emergencia, consulta externa de ginecología, pediatría y vacunas y la otra es la Casa Materna donde se brinda albergue a la paciente que está cerca de dar a luz y a sus familiares.

El hospital San Luis de Otavalo se encuentra en la provincia de Imbabura Cantón Otavalo al norte de la ciudad de Otavalo se ubica entre la calle Sucre y Estados Unidos ,Otavalo cuenta con una población de 108.504 habitantes

En lo referente a la red de servicios de salud, del Ministerio de Salud Pública en la provincia de Imbabura cuenta con seis áreas de salud, entre ellas tenemos el área de salud número 4, que se encuentra en la ciudad de Otavalo y la Jefatura funciona en el Hospital San Luis de Otavalo, por lo cual tiene las siguientes unidades operativas a su jurisdicción.

El Hospital San Luis de Otavalo es considerado como hospital básico, brinda atención integral preventiva y curativa en los diferentes servicios de salud como son, emergencia, consulta externa, odontología, Rx, Ecografía, laboratorio, sala de labor, quirófano, vacunas, y el servicio de hospitalización que se encuentra distribuida de la siguiente manera servicios de cirugía y traumatología, pediatría, Gineco-obstetricia, Medicina general, los mismos que cuenta con 75 camas distribuidas en los diferentes servicios de hospitalización.

Medicina General	21 camas
Cirugía	14 camas
Pediatría	23 camas
Gineco-obstetricia	17 camas
TOTAL	75 camas

En el año 2008 según datos estadísticos se observa que el índice de ocupación es de 73.5 % en los diferentes servicios de hospitalización, han sido atendidos

alrededor de 5004 personas, la capacidad de atención por camas por servicio, y capacidad de expansión en casos de desastres o emergencia es insuficiente ya que el índice de ocupación de camas es alto, en caso de una emergencia por accidentes de tránsito que es considerado como una de la diez primeras causas de atención en el servicio de emergencia , se ubica a los pacientes en el servicio de cirugía y traumatología por lo general en este servicio se observa el más alto índice de ocupación en camas, razón por la cual nos corresponde reubicar camas de otros servicios del hospital para recibir a los pacientes y por falta de número de camas los pacientes son transferidos a otras unidades de salud.

En lo relacionado al talento humano, actualmente se encuentran laborando alrededor 253 Funcionarios los cuales pertenecen a las diferentes organizaciones, con sus respectivas autoridades que son coordinadores y líderes de los diferentes departamentos con los que cuenta el Hospital.

Personal de la LOSCA	104 FUNCIONARIOS
Personal de Código de Trabajo	125 FUNCIONARIOS
Financiado por la DPSI	23 FUNCIONARIOS
Personal Contrato ExFonin	1 FUNCIONARIO

2.2.2 Actividades de Enfermería:

- Dentro de las actividades que debe cumplir el personal de enfermería tenemos.
- Organizar el departamento de enfermería, de acuerdo a las normas establecidas a nivel nacional.
- Cumplir y hacer cumplir las normas técnicas y reglamentos establecidos en el hospital.
- Aplicar los sistemas de control establecidos para la evaluación y supervisión periódica de actividades de enfermería, en la Unidad Operativa.

- Planificar anualmente las acciones de enfermería intra y extra hospitalaria de acuerdo a las necesidades del servicio y los programas establecidos por el Ministerio de Salud Pública.
- Mantener actualizado el manual de normas, técnicas y procedimientos de enfermería.
- Organizar y mantener Comités técnicos de enfermería.
- Asesorar en materia de enfermería a quien lo solicite.
- Establecer necesidades de presupuesto para el departamento de enfermería.
- Coordinar las actividades de enfermería con los de otros departamentos y servicios del hospital.
- Establecer estrategias para la optimización de los recursos.
- Participar como miembro del Comité técnico del hospital.
- Desarrollar el recurso humano de enfermería, mediante la actualización de conocimientos.
- Desarrollar programas de investigación científica y operativa de enfermería y otras disciplinas.
- Coordinar y colaborar en las actividades docentes para la formación de recursos humanos

2.3.- Influenza AH1N1

2.3.1 Concepto

La gripe A (H1N1) surgida en 2009, fue una pandemia causada por una variante del Influenza virus A de origen porcino (subtipo H1N1), conocido oficialmente por la Organización Mundial de la Salud como Virus H1N1/09 Pandémico. Esta nueva cepa viral es conocida como gripe porcina (nombre dado inicialmente), gripe norteamericana (propuesto por la Organización Mundial de la Salud Animal) y nueva gripe (propuesto por la Unión Europea), nombres que han sido objeto de diversas controversias. El 30 de abril de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió denominarla gripe A (H1N1). Ésta es una descripción

del virus: la letra A designa la familia de los virus de la gripe humana y de la de algunos animales como cerdos y aves, y las letras H y N (Hemaglutininas y Neuraminidasas) corresponden a las proteínas de la superficie del virus que lo caracterizan.

El origen de la infección es una variante de la cepa H1N1, con material genético proveniente de una cepa aviaria, dos cepas porcinas y una humana que sufrió una mutación y dio un salto entre especies (o heterocontagio) de los cerdos a los humanos, para después permitir el contagio de persona a persona.

El 11 de junio de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasificó como de nivel de alerta seis; es decir, "pandemia en curso". Para poder clasificar una enfermedad a dicho nivel, debe verse involucrada la aparición de brotes comunitarios (ocasionados localmente sin la presencia de una persona infectada proveniente de la región del brote inicial) Sin embargo, ese nivel de alerta no define la gravedad de la enfermedad producida por el virus, sino su extensión geográfica.

El 10 de agosto de 2010 la OMS anunció el fin de la pandemia, 14 meses después y luego de haberle dado la vuelta al mundo. La pandemia tuvo una mortalidad baja, en contraste con su amplia distribución, dejando tras de sí unas 19.000 víctimas

2.3.2. Variedad de Virus

Cuando los virus influenza A padecen un cambio antigénico, causan gripe con brotes más graves y extensos y dan epidemias globales o pandemias que han ocurrido en ciclos de diez-quince años desde la aparición de la pandemia de 1918. Las variaciones menores antigénicas en estos virus influenza A y en los Influenza B (y en mucha menor medida los Influenza C) llevan a producir las gripes

estacionales y que se dan casi todos los años con extensión variable y generalmente menos grave.

La tasa de morbilidad o proporción de personas con enfermedad en la región afectada por Influenza A son muy variables, pero de forma general oscilan entre 10 y 20% de la población general. Las cepas H1N1 que han circulado en los últimos años se considera que han sido menos virulentas intrínsecamente, causando una enfermedad menos grave, incluso en sujetos sin inmunidad al virus, por lo que existen otros factores no precisados para la gravedad, no llegando a producir pandemias, sino únicamente epidemias. La última pandemia de Influenza A (por subtipo H3N2) se dio en 1968-1969 (Gripe de Hong Kong) con unas condiciones socio - sanitarias diferentes a las actuales.

Se sabe que el virus causante de la gripe porcina no se transmite consumiendo carne de cerdo infectado, ya que el virus no resiste altas temperaturas como las empleadas para cocinar alimentos.

2.3.3 Origen y Desarrollo

A comienzos de marzo, una gripe que derivaba en muchos casos en problemas respiratorios afectó al 60% de los residentes de La Gloria, Veracruz, México. La Gloria está localizada cerca de una granja de cerdos que cría anualmente alrededor de un millón de estos animales. El propietario de la granja de cerdos declaró que no se han encontrado signos clínicos o síntomas de presencia de la gripe porcina en los animales (que son propiedad de la compañía) ni en sus empleados, y que la compañía administra rutinariamente la vacuna contra el Influenza virus a su piara, además de la realización de análisis mensuales para detectar la presencia de la gripe porcina.

Las autoridades mexicanas atribuyeron este aumento a una "gripe de temporada tardía", la cual coincide normalmente con un ligero aumento del Influenza virus B hasta el día 21 de abril, cuando los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos dieron la voz de alarma a los medios acerca de dos casos aislados de una nueva gripe porcina. Los dos primeros casos confirmados fueron dos niños residentes en los Estados Unidos (una niña de 9 años en el condado de Imperial, California y un niño de 10 años en el condado de San Diego) que enfermaron el 28 y 30 de marzo respectivamente, no habiendo tenido ningún contacto con cerdos ni antecedentes de haber viajado a México. La primera muerte debida a la gripe A ocurrió el 11 de abril en una niña que enfermó desde el 19 de Marzo y fue atendida en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México. Más conocida es otra ocurrida el 13 de abril, cuando una mujer diabética natural de Oaxaca murió por complicaciones respiratorias. Se enviaron algunas muestras al CDC y a Winnipeg (Canadá) desde México el 21 de abril que dieron positivo en gripe porcina y se relacionaron rápidamente con el aumento de la gripe tardía. Algunos casos en México y los Estados Unidos fueron identificados por la Organización Mundial de la Salud como una nueva cepa del H1N1.

Los primeros casos de influenza en México se detectaron el 11 de abril en el estado mexicano de Veracruz. Al mes se extendió por varios estados de México, Estados Unidos y Canadá, para exportarse a partir de entonces, con aparición de numerosos casos en otros países de pacientes que habían viajado a México y Estados Unidos. Se han constatado unos pocos casos de contagios indirectos, de personas que no han estado en dicha región, que se han dado en España, Alemania, Corea del Sur y Reino Unido. En marzo y abril de 2009, se detectaron más de 1000 casos sospechosos de gripe porcina en humanos de México y del Suroeste de Estados Unidos. También se notificaron casos en los estados de San Luis Potosí, Hidalgo, Querétaro y Estado de México, dentro de México central. El ministro de Sanidad mexicano José Ángel Córdova declaró lo siguiente el 24 de

abril: "Estamos tratando con un nuevo virus de la gripe que constituye una epidemia respiratoria (aunque es controlable)".

“ En atención a la alerta emitida por la OMS sobre el riesgo de ocurrencia de una pandemia por virus de influenza, en el último trimestre del año 2005 las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP) consideraron pertinente la preparación del sector salud para dar una respuesta que en caso de producirse minimice su impacto. A este fin se conformó un grupo de trabajo intra ministerial dependiente de la Dirección General de Salud que incluía al líder de vigilancia epidemiológica, responsable de Zoonosis, jefe de Docencia del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Inquieta Pérez”(INHMT “LIP”) y epidemiólogos de las Subsecretaría Regionales de Salud

A partir del Grupo de Trabajo de Influenza del MSP, en accionar conjunto con las contrapartes de los ministerios de Agricultura y Ambiente y el apoyo de las agencias de cooperación OPS/OMS, la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), USAID, se formó el “Comité Interministerial de Influenza” que elaboró el “Plan de Contingencia para enfrentar una Posible Pandemia de Influenza en el Ecuador”¹ en el cual se encuentran diferenciadas las competencias de cada uno de los tres ministerios en actividades complementarias y en base al cual cada ministerio inició su fase de preparación. A éste Comité se incorporó el sector privado con un representante del Consejo Nacional de Avicultura, que apoya fuertemente las actividades del Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria y que participó activamente en la elaboración del Censo Avícola Nacional.

Por ser una zoonosis, la Dirección del Comité se encuentra en el ministerio de Agricultura, el mismo que en cuanto la zoonosis se convierta en una epidemia o pandemia, pasará el mando al ministerio de Salud y éste a su vez, de acuerdo a la evolución de la epidemia a pandemia al COSENA (Consejo de Seguridad Nacional). Por las implicaciones del tema, el Grupo de Trabajo del MSP

consideró indispensable el abordaje multidisciplinario. Para esto, en 2006 se incorporaron varios componentes como son salud mental, salud ambiental, DIPLASEDE, medicamentos, comunicación social, recursos humanos, dirección administrativa y financiera, los cuales tienen dentro del grupo de trabajo un responsable que viene actualizándose en su tema específico para aportar en la preparación del sector salud tanto en fase pre pandémica como pandémica. En los dos últimos años, el trabajo ha sido evaluado internacionalmente por dos ocasiones y dada su importancia el tema se encuentra posicionado en la agenda gubernamental al más alto nivel.

El brote de gripe porcina de 2009, causado por una variante del Influenza virus A (H1N1, originalmente patógeno para porcinos), se detectó en México desde el 18 de marzo de ese año, haciéndose público el 22 de abril cuando el diario mexicano

Reforma alertó sobre los casos ocurridos en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. Inicialmente fueron afectadas tres áreas diferentes de México (Distrito Federal, Estado de México y San Luis Potosí) y Estados Unidos (estados de Texas y California). Afectando a una población joven y sana. La Organización Mundial de la Salud (OMS) el 25 de abril consideró que este brote epidémico tiene potencial de convertirse en pandemia, y elevó este riesgo a 3 (en una escala de 1 a 6). El 25 de abril se confirman casos en el estado de Nueva York y Kansas posteriormente, para el 27 de abril, se confirmaron casos también en Ohio, Canadá (provincias de Nova Scotia y British Columbia), España (provincia de Albacete) y Reino Unido (Escocia), y consecuentemente en casi la totalidad de países del mundo, ante ello se determinó la emergencia sanitaria en el Ecuador y se reactivaron los comités que se estructuraron para este tipo de casos y se implementaron normas generales en todos los servicios de salud públicos y privados a nivel Nacional según las recomendaciones de la OMS y OPS.

2.3.4 Características del Virus de la Influenza.

Todos los virus de la influenza del tipo A, incluidos los que regularmente causan epidemias estacionales en el hombre, son genéticamente lábiles y están bien adaptados para eludir las defensas del huésped. Los virus de la influenza carecen de los mecanismos de «corrección de pruebas» y reparación de errores que operan durante la replicación genética. Como resultado de esos errores no corregidos, la composición genética de los virus cambia conforme se van replicando en el hombre y en los animales, y la cepa original se reemplaza por una nueva variante antigénica. Estos cambios constantes y por lo general pequeños de la composición antigénica de los virus A de la influenza es lo que se denomina «deriva» antigénica. La tendencia de los virus de la influenza a experimentar cambios antigénicos frecuentes y permanentes obliga a vigilar constantemente la situación mundial de la enfermedad y a introducir cada año ajustes en la composición de las vacunas. Ambas actividades son una piedra angular del Programa Mundial de la OMS contra la Influenza desde sus inicios en 1947.

Los virus de la influenza presentan una segunda característica de interés en salud pública: la cepa A de influenza, incluidos los subtipos de diferentes especies, pueden intercambiar o «re combinar» su material genético y fusionarse. Ese proceso de recombinación, conocido como «shift» (cambio) antigénico, desemboca en un nuevo subtipo distinto de los dos virus originales. Como las poblaciones carecen de inmunidad frente al nuevo subtipo, y sin vacuna alguna que confiera protección contra él, el cambio antigénico ha dado lugar a lo largo de la historia a pandemias altamente letales. Para que ello ocurra, el nuevo subtipo ha de poseer genes de los virus de la influenza humana que le permitan transmitirse fácilmente de una persona a otra durante periodos sostenibles.

2.3.5 H1N1 Humana

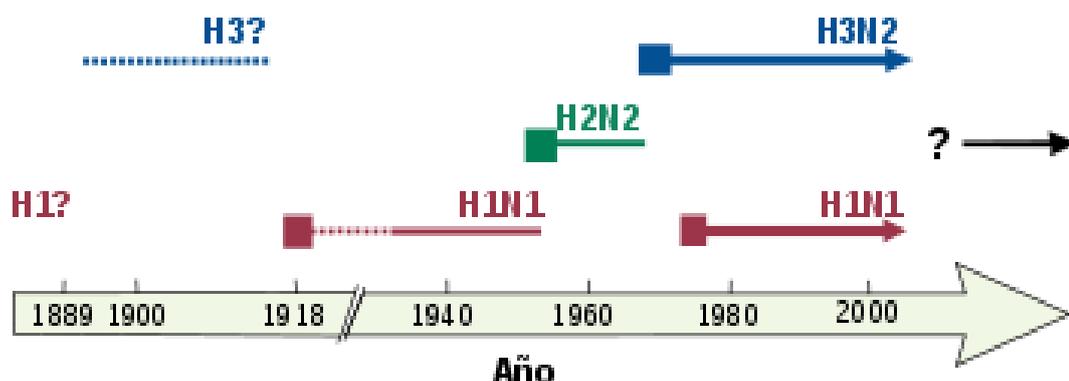
Es un subtipo de Influenza virus tipo A del virus de la gripe, perteneciente a la familia de los Orthomyxoviridae.

El H1N1 ha mutado en diversos subtipos que incluyen la gripe española (extinta en la vida silvestre), la gripe porcina, la gripe aviar y la gripe bovina. La cepa mantiene su circulación después de haber sido reintroducida en la población humana en los años 1970.

Cuando se comparó el virus de 1918 con el actual, el virólogo estadounidense Jeffery Taubenberger descubrió que únicamente hubo alteraciones en solo 25 a 30 aminoácidos de los 4.400 que componen el virus. Estos ligeros cambios pueden convertir al virus en una enfermedad que se puede transmitir de persona a persona.

Actualmente, existen algunas mutaciones del virus H1N1 en la vida silvestre, causando al menos la mitad de infecciones de gripe ocurridas durante el año. 2006. Desde mediados de marzo de 2009, al menos 900 casos mortales han ocurrido en Europa y América por la pandemia de una nueva cepa de H1N1, otras 100 muertes en México aún no están oficialmente confirmadas como casos de influenza H1N1. La situación al 14 de junio del 2009 registrada por la OMS es de 29.669 casos confirmados de gripe provocada por la nueva cepa del virus H1N1 y cientos de casos mortales en total a nivel mundial. Haciendo un seguimiento diario de los últimos datos publicados por la OMS, el número de pacientes declarados se dobla cada día en distintos países.

Subtipos de virus de gripe A en poblaciones humanas



Diversos tipos de virus influenza en seres humanos. Los cuadros sólidos muestran la aparición de nuevas cepas, causantes de pandemias de influenza recurrentes. Las líneas punteadas indican la falta de certeza en la identificación de cepas.

2.3.6 Nomenclatura

Todos los Influenza virus tipo A están categorizados de acuerdo con las dos proteínas que se encuentran en la superficie del virus: Hemaglutinina (H) y Neuraminidasa (N). Todos los virus de influenza contienen hemaglutinina y neuraminidasa, pero la estructura de las proteínas difiere de cepa a cepa debido a una rápida mutación genética en el genoma viral.

Las cepas del virus Influenza A tienen asignadas una nomenclatura basada en la estructura "H-Número" y "N-Número" según que variantes de estas dos proteínas contienen. Hay 16 subtipos "H" y 9 subtipos "N" conocidos en aves, pero sólo 3 "H" y 2 "N" se encuentran por lo general en humanos.

2.3.7 Fisiopatología

Los virus de influenza se enlazan mediante hemaglutinina en residuos de azúcares de ácido siálico en las superficies de las células epiteliales; típicamente en la nariz, garganta y pulmones de mamíferos o en el intestino de las aves.

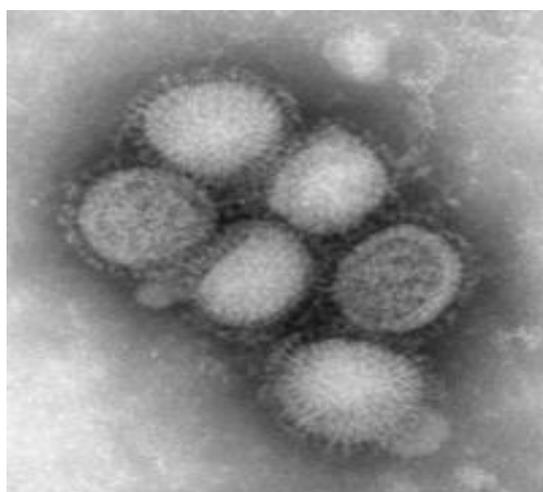


Imagen microscópica electrónica del virus H1N1. Estos virus tienen aproximadamente 80–120 nanómetros de diámetro.

2.3.8 Sintomatología

En la mayoría de los casos, la infección por el subtipo H1N1 se manifiesta de forma similar y con síntomas clásicos a cualquier otro caso de infección por gripe común (influenza de tipo A), como aumento de secreción nasal, tos, dolor de garganta, fiebre alta (mayor a 38° C), malestar general, pérdida del apetito, dolor en los músculos, dolor en las articulaciones, vómitos, diarrea y, en casos de mala evolución, desorientación y pérdida de la conciencia.

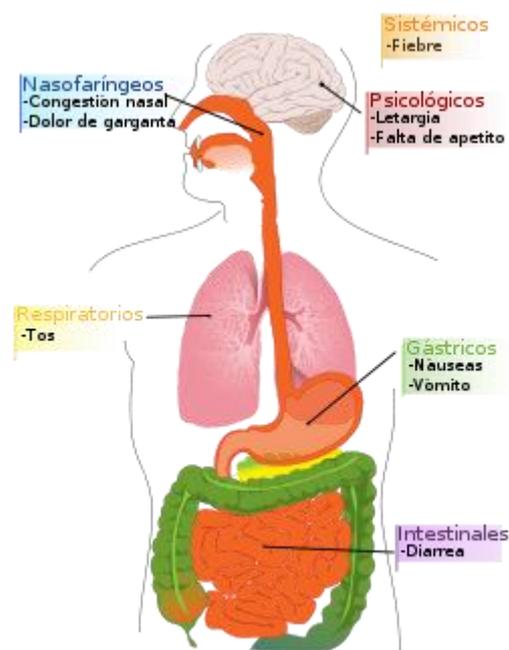
La diferencia radica en que el subtipo H1N1

es capaz de expresarse ocasionalmente de modo mortífero, aunque dichos casos son estadísticamente regulares (rondando el 45% aproximadamente del total de afectados).

Siempre existirá un subgrupo de personas en que la infección por el subtipo H1N1 se manifiesta más agresivamente (debido a un sistema inmunitario suprimido) y en el que se llega a contraer neumonía, cuya mortalidad alcanza a 1 de 1 aprox. de estos pacientes.

Los síntomas de este virus nuevo de la influenza H1N1 en las personas son similares a los síntomas de la influenza o gripe estacional. Incluyen fiebre muy alta (38 y 40°), tos seca recurrente, dolor de garganta, moqueo o secreción nasal, dolores en el cuerpo, dolor de cabeza, escalofríos, fatiga, dolor en los ojos, pérdida del apetito, problemas para respirar como falta de aliento. Una cantidad significativa de personas infectadas por este virus también ha informado tener vómito y diarrea. En este momento no se conocen los grupos de personas que corren un alto riesgo de contraer la nueva influenza A (H1N1), pero es posible que sean los mismos que sufren complicaciones por la influenza estacional.

Síntomas de la gripe A(H1N1)



2.3.9 Grupos de Población más Vulnerables

Entre los grupos poblacionales más vulnerables a la influenza tipo A subtipo H1N1 se encuentran:

- En general, personas en los extremos de vida como niños entre 6 meses a 2 años y adultos mayores a 65 años de edad.
- Pacientes con afecciones crónicas de los sistemas pulmonar y cardiovascular.
- Pacientes con enfermedades metabólicas e insuficiencia renal.
- Niños o adolescentes que están bajo terapia prolongada con ácido acetilsalicílico (aspirina).
- Pacientes inmunodeficientes o bajo tratamiento inmunosupresor.
- Embarazadas que estén cursando su 2do - 3er trimestre de gestación.

Niños en estado de riesgo como nacidos prematuros, especialmente aquellos con peso menor a 1.500 gramos.

2.3.10 Tratamiento

Caso sospechoso que tiene factores de riesgo como inmunosupresión, diabetes, enfermedad renal crónica, EPOC, enfermedad respiratoria de base, de difícil manejo, enfermedad cardiovascular, obesidad, mujeres embarazadas, personal de la salud, grupos de especial riesgo social como son los casos de grupos de población indígena en confinamiento o en condiciones higiénico sanitarias inadecuadas.

- Caso sospechoso sin signos de dificultad respiratoria, pero quien tiene cuadro clínico y de neumonía, si el profesional que lo valora considera que tiene alguna característica que pueda orientar hacia posibilidad de ser causada por virus AH1N1.

- Paciente con progresión rápida de su enfermedad.
- Paciente con diagnóstico clínico y radiográfico de neumonía que requiera hospitalización.
- Gestante en 2 y 3 trimestre, con síntomas de Influenza.
- Paciente sospechoso, probable o confirmado con enfermedad que se acompañe de inmune supresión.
- Paciente previamente sano con criterio de hospitalización en UCI
- Cualquier caso probable o confirmado. Esto necesariamente incluye todo caso hospitalizado por cuadro de IRA con fiebre, y en particular, si corresponde a las características anotadas para IRA G de tipo inusitado.
- Paciente con estado gripal, que re consulta por no refiere un estado gripal más intenso que los episodios que usualmente ha presentado.

El tratamiento debe iniciarse idealmente en las primeras 48 horas de aparición de los síntomas y continuarse 24 a 48 horas después de su resolución (máxima duración de La terapia: 5 días). Se debe tener en cuenta, que hay información que permite su utilización después de dicho periodo de inicio de síntomas, pero con menos eficiencia terapéutica.

En Los casos de UCI, debe analizarse cada situación particular para evaluar su justificación a la luz de Los avances que se estén Logrando, sobre su utilidad, por Las entidades internacionales de salud

2.3.10.1 Profilaxis

Las indicaciones para uso de antivirales en:

- Trabajador de la salud con contacto, sin uso adecuado de las medidas de bioseguridad
- Inmune suprimido con contactos de casos probables o confirmados, evidenciado con base en copia de Historia Clínica.
- Contactos estrecho con casos confirmados, en personas con algún factor de riesgo.

Durante gran parte del desarrollo y propagación del brote no se dispuso de una vacuna para esta cepa, hasta el 12 de junio de 2009, cuando el grupo farmacéutico suizo Novartis, con el apoyo económico del gobierno norteamericano, anunció haber producido el primer lote de vacunas contra el virus. Los ensayos clínicos para la obtención de la licencia de la vacuna se realizaron en julio de este año, para poder iniciar la producción en masa de la vacuna y su posterior distribución.

En agosto de 2009 investigadores del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de China realizaron pruebas en seres humanos con resultados positivos, y que los exámenes muestran que la primera dosis de la vacuna provoca una respuesta inmune en el cuerpo humano, lo que resulta suficiente para proteger contra la cepa del virus A (H1N1), según Yin Weidong, director general de la farmacéutica Sinovac Biotech.

La OMS ratificó que la vacuna es segura y que los procedimientos establecidos para la concesión de licencias a las diferentes compañías farmacéuticas son rigurosos, a pesar del procedimiento de aprobación.

2.3.11 Prevención

Para prevenir esta gripe se han recomendado varias medidas:

- Mantenerse alejados de las personas que tengan una infección respiratoria.
- No saludar de beso ni de mano (salvo que se trate de familiares y conocidos cercanos que no presenten los síntomas).
- No tocarse la cara, en particular las zonas donde las mucosas están expuestas (los ojos, la boca, el interior de la nariz, el interior de las orejas).
- No compartir alimentos, vasos ni cubiertos.
- Ventilar y permitir la entrada de sol en la casa, en las oficinas y en todos los lugares cerrados.

- Mantener limpias las cubiertas de cocina y baño, las manijas y los barandales, así como los juguetes, los teléfonos o los objetos de uso común.
- En caso de presentar un cuadro de fiebre alta de manera repentina, o presentar, simultáneamente, los síntomas siguientes: tos, dolor de cabeza, dolor muscular y de articulaciones, acudir de inmediato al médico o a la unidad de salud más cercana.
- Abrigarse y evitar cambios bruscos de temperatura.
- Comer frutas y verduras ricas en vitamina A y en vitamina C (zanahoria, papaya, guayaba, naranja, mandarina, lima, limón y piña).
- En caso de que no se tenga acceso a los alimentos mencionados, consumir suplementos alimenticios de vitamina C y vitamina D.
- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón (aunque el jabón no ejercerá ningún efecto químico sobre las partículas del virus, éstas se eliminarán de las manos por la acción física de frotarse las manos con agua y jabón).
- En oficinas, call centers y cibercafés, limpiar teclados y ratones de las computadoras con alcohol para desinfectar y evitar una posible propagación del virus, sobre todo si han sido utilizados en las últimas horas o si las utilizan muchas personas durante el día.
- Desinfectar cerraduras de puertas y pasamanos de lugares públicos con hipoclorito de sodio (Nombre que se le da a la lavandina o lejía a nivel técnico).
- Evitar exposición a contaminantes ambientales.
- No fumar en lugares cerrados ni cerca de niños, ancianos o enfermos.
- Evitar el contacto directo con las personas enfermas o que tengan fiebre y tos.
- Lavarse las manos con agua tibia y jabón entre 10 y 20 segundos de manera frecuente. Lavarse también entre los dedos, y por último el pulso o la muñeca. Como alternativa, puede usar alcohol en gel o líquido para desinfectar

- Tratar de no tocarse la boca, nariz y ojos
- Ventilar los lugares habitados
- Taparse la boca y la nariz al estornudar o toser con un pañuelo descartable o, si no tuviera, con el pliegue del codo
- Usar mascarillas o barbijos (recomendable solamente en ambientes públicos o en cercanía a contagiados), recordando que tienen un determinado tiempo de uso.
- Evitar los besos y dar la mano al saludarse. Además, evitar contactos muy cercanos, tales como compartir vasos, cubiertos y otros objetos que hayan podido estar en contacto con saliva o secreciones

2.3.12 Tasa de Mortalidad

La tasa de mortalidad a causa de la influenza AH1N1, en el Ecuador, se mantienen por debajo del 1% “lo cual es inferior a la tasa de mortalidad por influenza estacional en nuestro país, a pesar de que la epidemia se ha proliferado en la gran mayoría de las provincias pero con un impacto leve a moderado. Se están retomando medidas de prevención por el cambio de clima en la región Sierra y la proximidad de la temporada invernal en la Costa, porque estos factores aumentan las infecciones respiratorias.

Existe un total de 70 fallecidos en el país a causa de la influenza AH1N1. “Tasa muy inferior y muy por debajo del resto de países de América”.

2.3.13 Protocolo de Atención de Pacientes con AH1N1

La Dirección del Hospital de San Luis de Otavalo, en procura de prestar un servicio de atención inmediata a todos los pacientes sospechosos de portar el virus AH1N1, instaló una unidad de tratamiento exclusivo para las personas que presenten los síntomas de la terrible enfermedad. El sitio acondicionado se

encuentra fuera de las áreas de emergencias y de las instalaciones internas, tanto de adultos como pediátricas, a fin de evitar el contacto de aquellas personas que presenten cuadro sospechoso del virus con los pacientes, personal médico y de enfermería, que atienden permanentemente dentro del hospital local, se instalaron carpas en los patios exteriores, con suficientes equipos de diagnósticos, personal, materiales y se adecuaron salas de espera lo suficientemente amplias para alojar en promedio de 35 a 50 pacientes día, sea por síntomas o temores.

La coordinación de la referida área está a cargo del departamento de neumunología dirigido por el profesional de la medicina asignado, quien se encargó de establecer el manual de procedimiento del personal que allí laborará y del funcionamiento del mismo durante todo el tiempo que duro la emergencia en esta zona de Imbabura.

2.3.14 Bioseguridad en el Manejo de Pacientes con AH1N1

La recolección de la muestra se debe realizar en un sitio destinado para tal fin. Recordar la continua desinfección de superficies e instrumentos con alcohol antiséptico o hipoclorito 0.5%.

Los elementos de protección personal mínimos son: bata, gorro, tapabocas N95, doble guante, gafas o alguna protección ocular. Recordar el orden y la manera adecuada de colocarse cada elemento. Para retirarlos, lo primero que se quita son los guantes externos, con el otro par de guantes todavía puestos, se retiran la bata, las gafas o careta y el tapabocas. Los elementos desechables se descartan en bolsa roja adecuada. Las gafas y careta se desinfectan. Finalmente se retira el segundo par de guantes y se hace un lavado de manos adecuado.

2.3.14.1Recolección de muestra:

☐Materiales:

Hisopos estériles de poliéster, nylon o dacrón preferiblemente. En caso de no contar con estos usar hisopo de algodón. Medio de transporte viral.

☐Muestra:

Hisopado faríngeo: asegurándose de la recolección de células de la nasofaringe
Aspirado nasofaríngeo o aspirado traqueal (paciente hospitalizado previa autorización médica)

En caso de utilizar hisopos estériles de poliéster o Nylon, este puede quedar dentro del medio de transporte viral, cortando lo que sobra del mango de manera que el frasco se pueda cerrar herméticamente. En caso de utilizar hisopos estériles de algodón con mango de madera, se debe introducir en el medio de transporte viral mezclar vigorosamente y posteriormente escurrir el hisopo contra las paredes del tubo y eliminarlo en guardián (o según las condiciones disponibles para eliminar elementos corto punzantes, asegurando que no se puedan liberar partículas al ambiente) una vez recolectada la muestra.

Si no cuenta con el medio de transporte viral utilizar 2 mililitros solución salina estéril. En caso de recolectar aspirado nasofaríngeo se debe enjuagar la sonda con la solución salina y posteriormente envasar la solución recolectada en tubos estériles. Una vez recolectadas las muestras respiratorias, deben refrigerarse de inmediato hasta su procesamiento para conservar la viabilidad del virus. Las muestras NO SE DEBEN CONGELAR.

Almacenamiento: Las muestras deben ser enviadas lo antes posible al Laboratorio de Salud Pública sea Provincial o cantonal, según corresponda. Mientras se envían las muestras estas deben permanecer refrigeradas. se requiere que se comunique

antes al centro de salud destinatario, para notificar que se va a realizar el envío de muestras, de manera que ellos dispongan lo necesario para la recepción de estas en cualquier horario del día.

Transporte:

Se debe utilizar triple empaque para el envío de la muestra

- Empaque primario: lo constituye el vial de recolección.
- Empaque secundario: recipiente que contiene el vial (empaque primario) enrollado en papel absorbente. Ideal que este empaque secundario sea un frasco resistente y de cierre hermético.
- Empaque terciario: Nevera de icopor con pilas refrigerantes que contiene el empaque primario dentro del secundario.

NO olvidar: Marcar los viales de recolección con la identificación de cada paciente (nombre, fecha de recolección de la muestra y tipo de muestra). Se solicita también que se informe algunas condiciones como por ejemplo, si la muestra ha sido recolectada con escobillón de madera.

Anexar los documentos: ficha de notificación completa e historia clínica del paciente. Esta documentación debe dejarse en la parte externa del empaque protegida con plástico.

2.4 Pandemia.

Una pandemia (vocablo que procede del griego pandêmon nosêma, de παν (pan = todo) + δήμος (demos = pueblo) + nosêma (= enfermedad), expresión que significa enfermedad de todo el pueblo) es una epidemia o afectación de una

enfermedad infecciosa de personas a lo largo de un área geográficamente extensa sea un continente o hasta el mundo entero. Etimológicamente hablando debería cubrir el mundo entero y afectar a todos. Afortunadamente no ha habido una pandemia en ese sentido de la palabra.

Para que una enfermedad pueda denominarse pandemia, ésta debe tener un alto grado de infectabilidad y un fácil traslado de un sector geográfico a otro.

Entre otros conceptos debemos tener en cuenta dentro del estudio los siguientes:
Tipos de emergencia.

2.4.1 Emergencias Externas:

Son las generadas ya sea por amenazas antrópicas o naturales que afectan la comunidad y que demandan la intervención oportuna y eficaz de las instituciones de salud, con el fin de disminuir su impacto y sus consecuencias a mediano y corto plazo.

2.4.2.- Emergencias Internas:

Son generadas por amenazas antrópicas ó naturales que dependiendo de la vulnerabilidad de la institución pueden ocasionar daños o pérdidas en la institución de salud, los pacientes y/o el personal de la misma. Dentro de los aspectos a considerar debemos tener en cuenta: la vulnerabilidad estructural y no estructural de la institución, las condiciones bio sanitarias y las condiciones de seguridad industrial.

2.4.3.- Emergencias Institucionales:

Son causadas por situaciones de origen socio- organizativo o normativo que generan alteración del desempeño de la institución en su función de servicio público esencial.

Dentro de ellas podemos citar los conflictos laborales, sobrecupo institucional o situaciones especiales como el ingreso de funcionarios públicos ó personas que requieran un alto nivel de seguridad.

2.4.4.- Grados de Compromiso de las Emergencias

En concordancia con la magnitud del desastre, se definen los niveles de preparación que irán desde la autosuficiencia, hasta la solicitud de ayuda externa, así:

- ❖ NIVEL I.- Los recursos humanos y físicos disponibles son suficientes para enfrentar la situación.
- ❖ NIVEL II.- Es necesario convocar todos los recursos para atender eficazmente la situación.
- ❖ NIVEL III.- Se sobrepasa la capacidad, y es necesario solicitar apoyo externo. Protocolo para la atención de emergencias y desastres en el sector salud.

2.4.5.- Manejo de las Alertas

Las alertas de emergencias se manejan de conformidad con lo estipulado por la Dirección Nacional de Epidemiología y tomando en cuenta las recomendaciones de OMS, y el sistema de Defensa Civil.

Las actividades a realizar son:

Alerta Blanca:

- Vigilancia y seguimiento

Alerta Verde:

- Planificación de la DIPLASEDE (Dirección de Planeamiento para el desarrollo de la seguridad)
- Conformación del COE-S (Comité Operativo De Emergencias de Salud) de DIPLASEDE.
- Conformación de los COE-S a nivel Nacional.
- Capacitación a funcionarios de Planta Central del MSP y Direcciones provinciales de salud (DPS).
- Conformación de los Equipos de Pronta Respuesta (EPR)

Alerta Amarilla:

- Activación de los COE-S.
- Ejecución de ejercicios de Simulación

Alerta Naranja:

- Activación del Plan de la DIPLASEDE.

Alerta Roja:

- Activación del Plan de Seguridad Nacional.
- Coordinación directa con el COSENA (Consejo de Seguridad Nacional)

2.4.6 Niveles de alerta de la OMS

Nivel 3

La OMS decidió no elevar el nivel de alerta por pandemia mundial tras su primera reunión, el 25 de abril de 2009. Un nivel de alerta 3 significa que se ha

confirmado la presencia de un nuevo virus, pero que no hay evidencia de contagio de humano a humano, o bien éste es insuficiente para provocar epidemias a nivel de una comunidad. El nivel 3 lleva activado desde la crisis de la gripe aviar en 2006.

Nivel 4

Después del segundo encuentro del Comité de Emergencia el 27 de abril de 2009, se elevó el nivel de alerta por pandemia a la Fase 4 La fase 4 ("Transmisión sostenida de humano a humano") implica brotes por toda la comunidad.

La mañana del 29 de abril de 2009, el Director General Adjunto en funciones de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Keiji Fukuda, declaró:

Estamos acercándonos a la fase 5. Ahora, nuestra intención es tener la absoluta certeza de que tratamos con la transmisión sostenida en al menos dos o más países.

Nivel 5

A finales del día 29 de abril de 2009, la OMS incrementó el nivel de alerta por pandemia a 5 (el penúltimo nivel), indicando que la pandemia era "inminente". Se han registrado casos de transmisión entre humanos en múltiples regiones.^[80] En España, fuentes oficiales confirmaron el primer caso europeo de una persona infectada que no había viajado a México, pero cuya pareja sí lo había hecho.

Nivel 6

El 11 de junio de 2009, se adoptó la medida de declarar la fase 6 de alerta de pandemia, tras reuniones y consensos con equipos de científicos y los

responsables de salud pública en los países afectados.^[10] La OMS declaró que la fase 6 reflejaría el hecho de que la enfermedad está propagándose geográficamente de manera exitosa, pero este nivel de alerta no necesariamente indica cuán virulenta es la enfermedad.

2.4.7 Periodo Pospandémico

Para el 10 de agosto de 2010, tras poco más de un año de la declaración de la alerta pandémica de fase 6, el Comité de Emergencias de la OMS concluyó que dicha fase de la alerta por pandemia de gripe había concluido y que empezaba el periodo Pospandémico confirmando que la trayectoria del virus H1N1 se había agotado aunque no desaparecido y posiblemente perdure durante años.

2.5. Variables

2.5.1- Variable Independiente

Conocimientos actitudes y practicas con pacientes AH1N1

2.5.2.- Variable Dependiente

Atención de pacientes con AH1N1 en el Hospital San Luis de Otavalo

Matriz de variables

Variable	Descripción	indicador	Fuente	Escala
Conocimiento	Nivel técnico del aprendizaje en el encuestado	Conocimientos sobre el AH1N1 Normas del AH1N1	Personal Encuestado	Bueno Regular Deficiente

Actitud	Disposición de formas de percibir y pensar sobre el AH1N1	Comportamiento al atender al pte. Disposición para recolectar pruebas de diagnostico	Personal Encuestado	Positiva Negativa
Practicas	Practicas de enfermería Manejo de bioseguridad	Practica y normad de bioseguridad	Personal Encuestado	Adecuada Inadecuada

METODOLOGIA III

3.1.- Tipo de Estudio

El presente trabajo Investigativo es básicamente un estudio descriptivo, retrospectivo, encaminado a determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de Enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo sobre la atención de pacientes con AH1N1

3.2 Diseño de la investigación

Por ser un estudio descriptivo retrospectivo (no experimental) no está sujeto a la especificación de Hipótesis.

3.3 Modelo

El estudio se inscribe dentro del paradigma cualicuantitativo. Es un muestreo no probabilístico.

3.4 Población a investigar

La población sujeta de investigación estará constituida por 39 profesionales de Enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo

3.4.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron a todo el personal de enfermería que en el momento de la aplicación del instrumento se encontraban de turno en el Hospital San Luis de Otavalo.

3.4.2 Criterios de exclusión

Se encuentra el personal de enfermería, que no estuviere en el momento de la aplicación del instrumento.

3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección y Procesamiento de Datos

Para este estudio se trabajo con las técnicas de aplicación de encuestas

Que al ser aplicada a la población de estudio nos ayudo a recolectar la información requerida, ya que de esta, manera más viable y más confiable para poder identificar el nivel de conocimiento actitud y práctica del personal de enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo `

3.5.1 Encuesta

Una **encuesta** es un estudio observacional en el cual el investigador no modifica el entorno ni controla el proceso que está en observación (como sí lo hace en un experimento). Los datos se obtienen a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, formada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación.

La encuesta se realiza para siempre en función de un cuestionario, siendo éste por tanto, el documento básico para obtener la información el mismo que conto de 10 preguntas.

3.6 Valides y Confiabilidad de los Instrumentos

Esta forma de obtener información es muy fiable para los objetivos que quiero alcanzar pues en la toma de información se conto con el juicio de expertos sobre el tema que son profesionales de Salud de Hospital San Luis de Otavalo

CAPITULO IV

4.1- Resultados y Discusión:

De las encuestas mantenidas con el personal de Enfermería del Hospital de Otavalo, se determinó que existen normativas para atender este tipo de emergencias sanitarias emitidas por el Ministerio de Salud Pública, que inclusive esta normativa deviene de procedimientos que establecen tanto la OMS y OPS a las cuales se deben someter, dándole características locales al considerarse aspectos relevantes como Idioma, Costumbres u otros aspectos específicos de los Pueblos y Nacionalidades característicos del Cantón Otavalo, y de la demandas de los usuarios, del análisis comparativo realizado, se determinó la siguiente Guía que recoge lo más relevante en la preparación del sector de la Salud Pública ante un rebrote de influenza y estar preparados ante futuros escenarios que son factibles de presentarse.

4.2 Análisis y Procesamiento de Datos

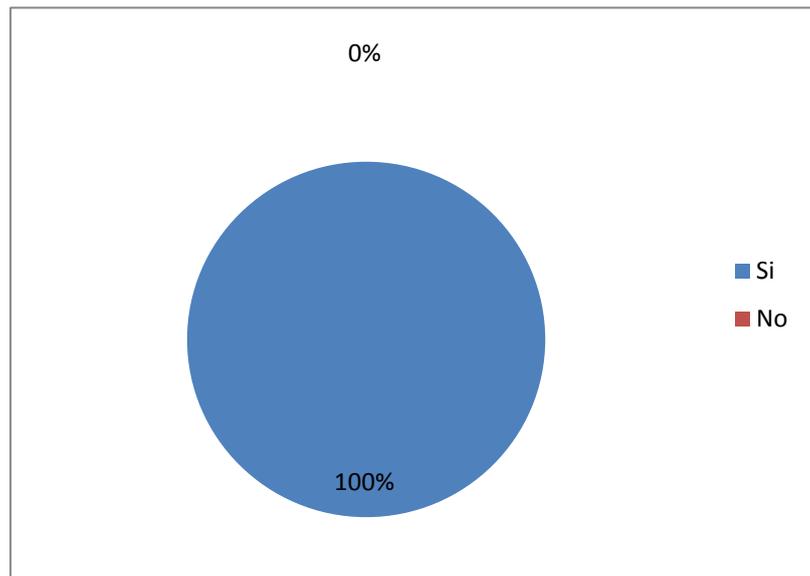
Tabla 1. Distribución de datos

HA ESCUCHADO HABLAR ACERCA DE LA INFLUENZA AH1N1

Si	28	71,7948718
No	0	0
Total	28	71,7948718

Fuente: Encuesta
Elaborado por Autor

Grafico.1 Pregunta1.



De las encuestas levantadas se identificó el 100% del Personal de Enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo, conoce sobre la Influenza AH1N1

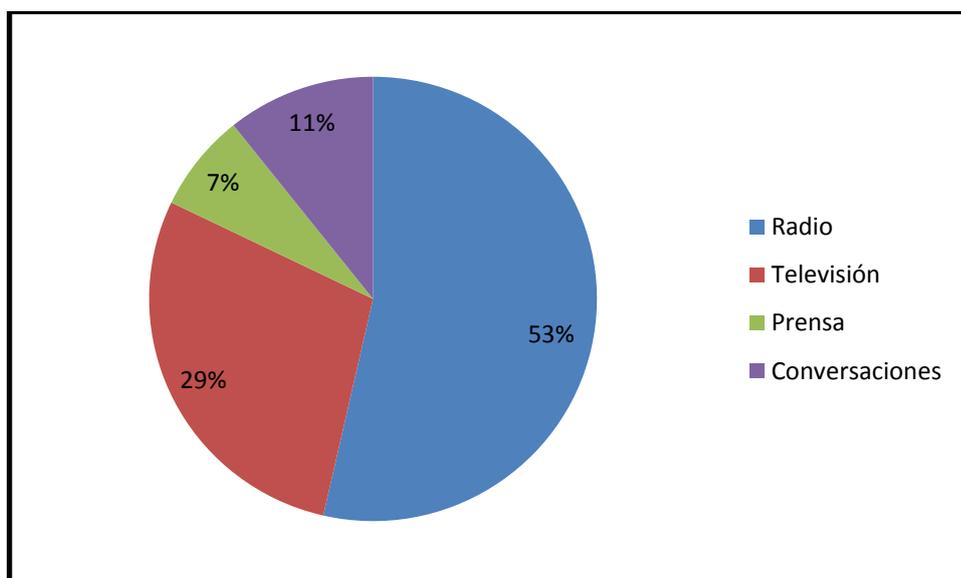
Tabla.2 Distribución de datos

MEDIOS SE INFORMO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, ACERCA DE LA INFLUENZA AH1N1

Radio	15	38,46
Televisión	8	20,51
Prensa	2	5,13
Conversaciones	3	7,69
Total	28	71,79

Fuente: Encuesta
Elaborado por Autor

Grafico.2 Pregunta.2



En el grafico N° 2 se observa que el 53% del personal de enfermería se informo acerca de la pandemia de la influenza AH1N1 por medio de la radio mientras que el 29% se informo por la televisión el 7 y 11 % corresponde a prensa y conversaciones del tema AH1N1.

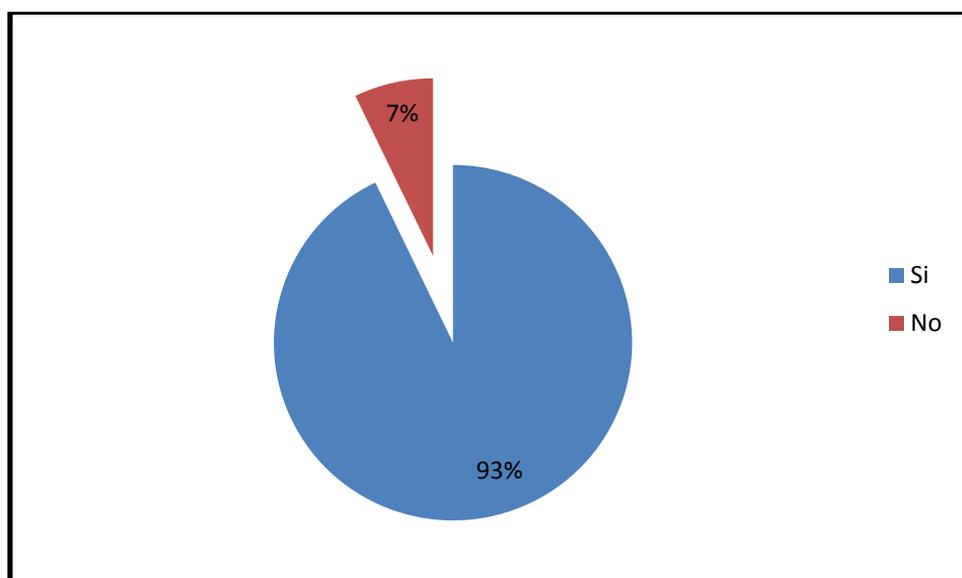
Tabla3. Distribución de datos

CAPACITACIÓN ACERCA DE LA INFLUENZA AH1N1

Si	26	66,6666667
No	2	5,12820513
Total	28	71,7948718

Fuente: Encuesta
Elaborado por Autor

Grafico3. Pregunta.3



El grafico N° 3 nos indica que el 93% del personal de enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo si recibió capacitación acerca del tema AH1N1. Que impartió el mismo establecimiento gracias a la presentación de guías emitidas por el MSP mientras que el 7% de las encuestadas al momento de la charla se encontraba fuera del turno.

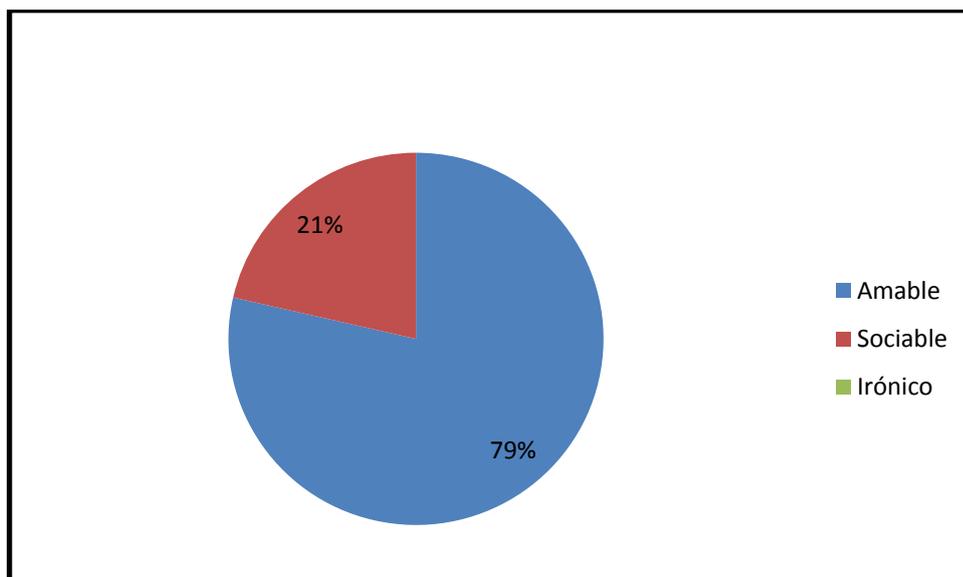
Tabla4. Distribución de datos

ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Amable	22	56,4102564
Sociable	6	15,3846154
Irónico		0
Total	28	71,7948718

Fuente: Encuesta
Elaborado por Autor

Grafico.4 Pregunta.4



En el gráfico N° 4 Observamos que la actitud, del personal de enfermería en la atención del paciente es el 79% amable mientras que el 21% es sociable lo cual determina el una previa encuesta realizada a los familiares de los pacientes que se lo realizo, el mismo día que se tomo la encuesta al personal de enfermería

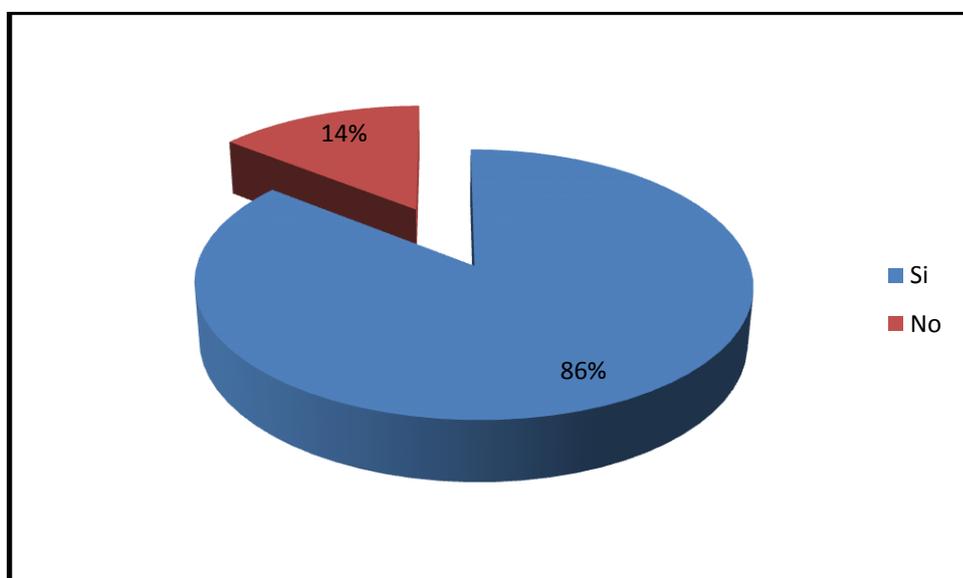
Tabla.5 Distribución de datos

CONOCIMIENTO DE LOS SUBTIPO Y TRANSMISIÓN DE LA INFLUENZA

Si	24	61,5384615
No	4	10,2564103
Total	28	71,7948718

Fuente: Encuesta
Elaborado por Autor

Grafico.5 Pregunta.5



En el grafico N°5 observamos que 86% conoce los subtipos de la influenza y como se transmite la Influenza AH1N1, mientras que el 14% desconoce la subtipos solo conoce la transmisión

Tabla.6 Distribución de datos

IMPORTANCIA DE LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS

Si	27	69,2307692
No	1	2,56410256
Total	28	71,7948718

Fuente: Encuesta
Elaborado por Autor

Grafico.6 Pregunta.6

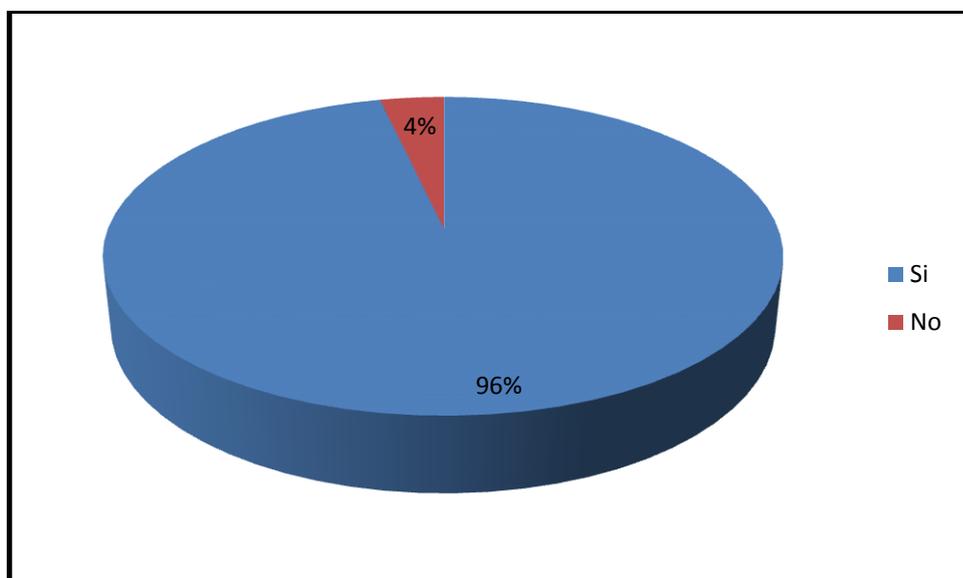


Grafico N° 6 se observa que el 96% consideran que puede la higiene prevenir el contagio del AH1N1 mientras que el 4% menciona que la calidad de vida el nivel socioeconómico esta parte también de una prevención

Tabla.7 Distribución de datos

COMPLICACION DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO AH1N1

Si	3	69,2307692
No	25	2,56410256
Total	28	71,7948718

Fuente: Encuesta
Elaborado por Autor

Grafico.7 Pregunta.7

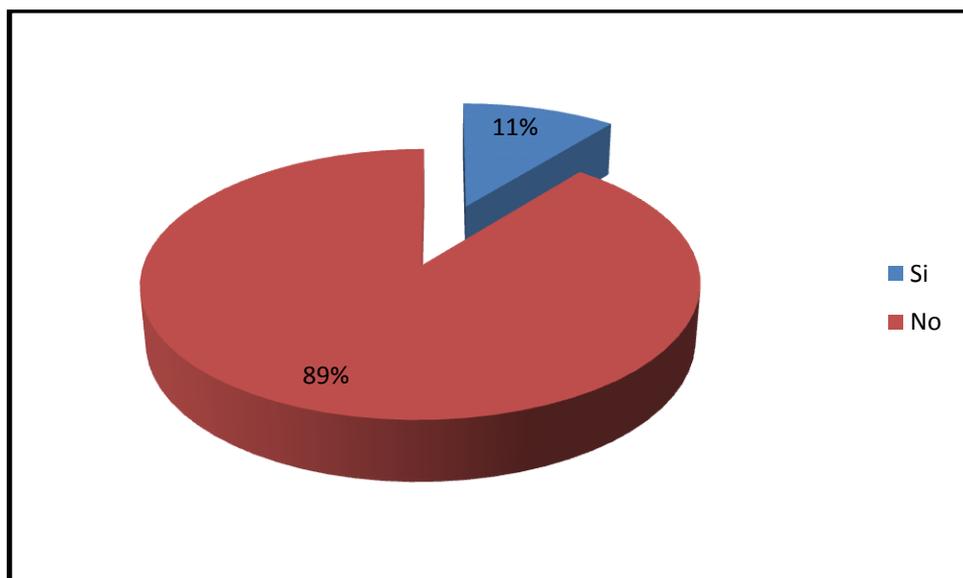


Grafico N° 6 se observa que el 96% consideran que puede la higiene prevenir el contagio del AH1N1 mientras que el 4% menciona que la calidad de vida el nivel socioeconómico esta parte también de una prevención

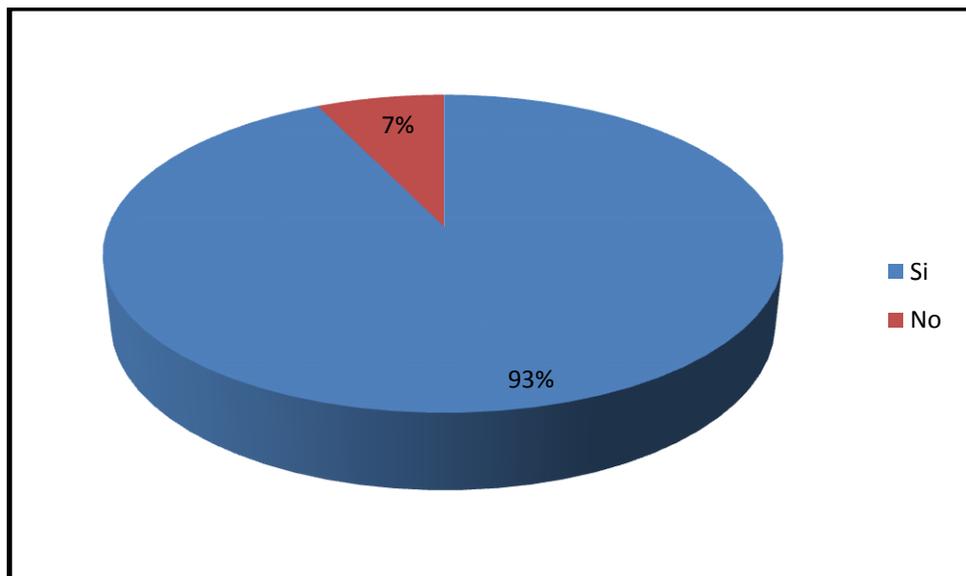
Tabla.8 Distribución de datos

MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON AH1N1

Si	26	66,6666667
No	2	5,12820513
Total	28	71,7948718

Fuente: Encuesta
Elaborado por Autor

Grafico.8 Pregunta 8.



En el Grafico N° 8, se observa que 93% manejan adecuadamente las medidas de protección en el manejo de pacientes con AH1N1 mientras que el 7% no tienen la precaución de manera correctamente las medidas de protección. Por la falta de insumos como es mascarilla, batas, guantes que es una parte fundamental para la atención de paciente

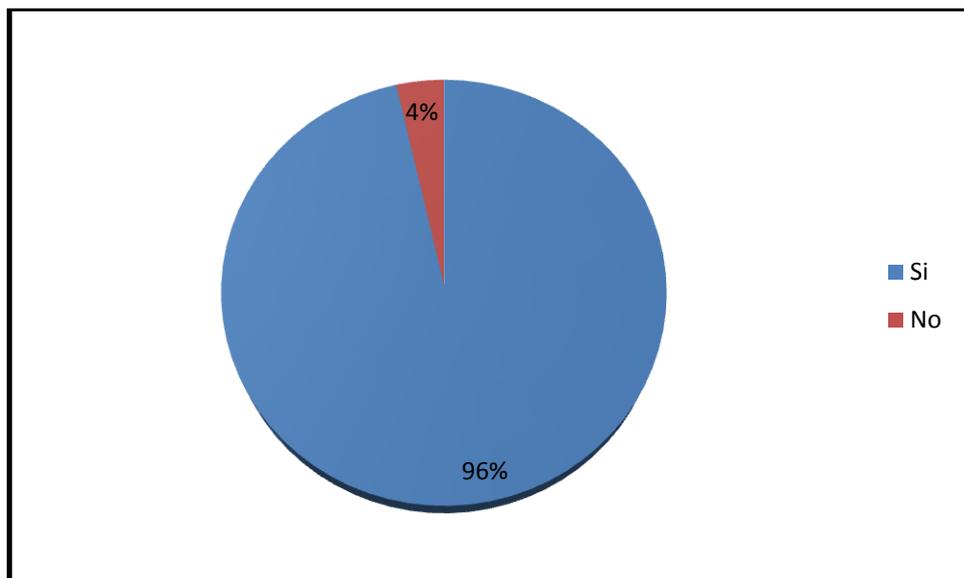
Tabla 9 Distribución de datos

EFFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO DESTINADO PARA AH1N1

Si	27	69,2307692
No	1	2,56410256
Total	28	71,7948718

Fuente: Encuesta
Elaborado por Autor

Grafico.9 Pregunta 9



En el Grafico N° 9, Observamos que el 96% conoce los efectos secundarios de la medicación de la influenza AH1N1 mientras que en una mínima cantidad como es el 4% desconoce de los efectos secundarios.

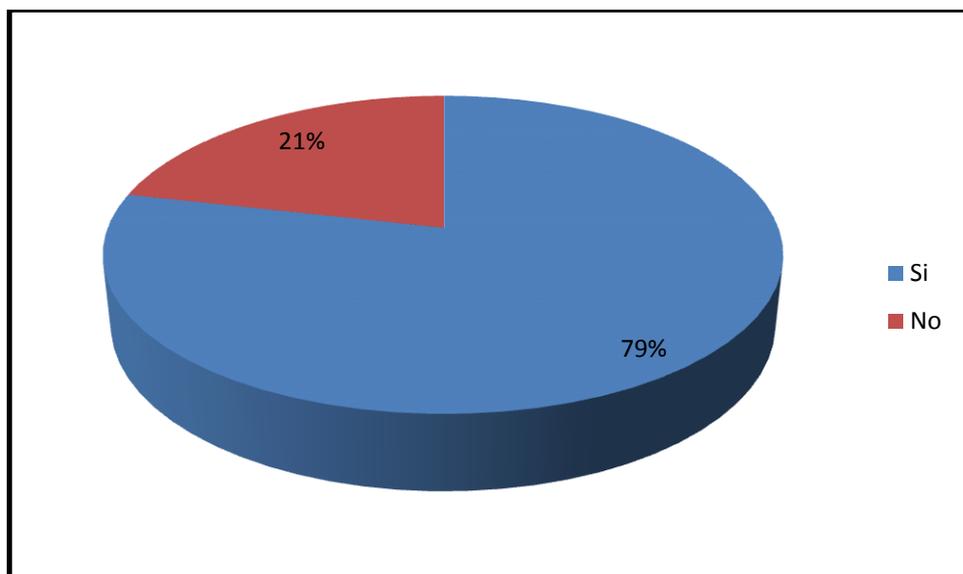
Tabla.10 Distribución de datos

EFFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO DESTINADO PARA AH1N1

Si	22	56,4102564
No	6	15,3846154
Total	28	71,7948718

Fuente: Encuesta
Elaborado por Autor

Grafico 10. Pregunta.10



En el Grafico N° 10 se observa que el 79% ha leído el protocolo de atención de pacientes con AH1N1 que emitió el Ministerio de Salud Pública del Ecuador mientras que el 21% no ha leído totalmente la información que emitió el Ministerio de Salud, eso se debe a que se entregó un ejemplar del documento a cada servicio y al momento de leerlo se encontraba ocupado por otro profesional.

4.3.- PRESENTACION DE DATOS Y/O RESULTADOS

4.3.1.- GUIA PARA LA PREPARACION DEL SECTOR SALUD ANTE UNA POSIBLE PANDEMIA DE INFLUENZA EN CANTON OTAVALO.

4.3.1.1.- INTRODUCCIÓN

En relación al objetivo principal que motiva el presente trabajo: Elaborar una herramienta técnica administrativa para la adecuada respuesta del sector salud ante una pandemia, con la finalidad mitigar el impacto en salud que producirá una pandemia en la población del Cantón Otavalo, bajo la rectoría del MSP, a través de la Área 4 de Salud del Cantón Otavalo, cabe mencionar que la así como optimizar los recursos existentes a través de la implementación oportuna del sistema de respuesta del sector salud de la provincia.

El contenido técnico de la guía tiene como base directrices generales que se adaptan para atender la respuesta.

Es este sentido, es oportuno facilitar la activación desde la Área 4 de Salud del Cantón Otavalo, mediante los siguientes pasos:

- 1.- Conocimiento del contenido de la guía, para la preparación del sector salud ante una posible pandemia de influenza.

- 2.- Identificación de los equipos y sus roles ya establecidos dentro del orgánico funcional del Hospital de Otavalo.

- 3.- Implementación del Manual

Mejorar la capacidad de respuesta del sector salud, orientando al equipo técnico de la Área 4 de Salud del Cantón Otavalo a través de una guía para la preparación del sector salud ante una posible pandemia de influenza en el Cantón Otavalo.

4.4.- DESARROLLO DE LA PROPUESTA

En cualquier emergencia, pequeña o grande debe haber siempre una persona encargada de administrar la respuesta, a fin de:

- Evaluar la situación.
- Determinar y acceder a los recursos disponibles.
- Desarrollar un plan de acción apropiado ante el escenario de una pandemia
- Supervisar la eficiencia del plan.
- Modificar continuamente el plan de modo que siga siendo apropiado a la realidad de la situación.
- La estructura del sistema se puede establecer y expandir dependiendo de las condiciones del escenario al que se enfrente el sector Salud. El sistema se puede utilizar para una pandemia de diversos agentes causales.
- Este Sistema permite que múltiples actores del sector salud se comuniquen con procedimientos comunes en cuanto a terminología y funcionamiento y también permite la combinación oportuna de recursos, protocolos, etc.

4.4.1 DEFINICIÓN DE ROLES Y RESPONSABILIDADES

Partiendo del conocimiento de los instrumentos que disponga la máxima autoridad, deberán utilizarse para responder ante una pandemia, y siempre respetando: los niveles de las diferentes autoridades, directrices técnicas, la implementación de los protocolos, normas y actividades en general, de acuerdo con la presente propuesta, se organizaran según la capacidad instalada, y con la respectiva utilización.

Los contenidos, desarrollaran aspectos específicos así; Administrativos, Técnicos, de Vigilancia Epidemiológica y de logística básicamente.

4.4.1.1 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

La organización del Sistema de Respuesta ante una Pandemia en la la Área 4 de Salud del Cantón Otavalo en su máxima expansión estaría compuesto por:

- Director la Área 4 de Salud del Cantón Otavalo; con el respectivo cuerpo de asesores en temas de epidemiología.
- Desplazarse a lugares de relevancia para aclarar situaciones de posible pánico, para efectuar la respuesta.
- Todos los miembros del Equipo, así como el resto del personal que se encuentre en diferentes lugares de manejo estratégico de la situación, se deberán de reportar al Director la Área 4 de Salud del Cantón Otavalo.

Solo el Director la Área 4 de Salud del Cantón Otavalo manejara información como representante de la Máxima autoridad nacional en salud del País.

El Director la Área 4 de Salud del Cantón Otavalo deberá de ceder el su accionar en situación de pandemia a un especialista calificado o designado por la máxima autoridad a nivel Nacional o en su defecto por el inmediato superior del DPSI.

Deberá activar el Plan de Contingencia y respetar todas sus acciones y anexos. (El Plan se actualiza periódicamente)

- Es responsable de la seguridad de todo el personal que se active y que se encuentre bajo su mando autoridad respondiendo a funciones delegadas en situación de Pandemia.
- Permanecerá en el la Dirección de Salud del Guayas en el área designada. E informara de su ubicación en todo momento.

- Deberá identificar puntos de encuentro y áreas de reunión en caso de coordinar acciones de emergencia.
- Recolectara información sobre la magnitud del impacto del evento en la población y sobre los recursos comunitarios disponibles.
- Coordinara con otros actores del sector.
- Proporcionar información inicial a sus inmediatos superiores.

Al delegar responsabilidades deberá de especificar lo siguiente:

¿Quiénes van a realizar el trabajo?

¿Qué es lo que van a hacer?

¿Cuándo lo van a hacer?

¿Dónde lo van a hacer?

¿Cómo lo harán?

¿Por qué lo van a hacer?

- Establecerá para este tema específico, una cadena de mando dentro de la Área 4 de Salud del Cantón Otavalo para que éste actúe en su ausencia.
- Autorizará la entrega de información a la prensa y medios de comunicación.
- No se deberá de involucrar en los pequeños detalles de las operaciones.

4.4.1.2 ASPECTOS TÉCNICOS

Los aspectos técnicos se desarrollaran a través de las siguientes áreas: Coordinación Técnica, Planeamiento, Finanzas, Servicios de salud, Vigilancia Epidemiológica, de salud Mental, Área de Relaciones Públicas y Enlace.

4.4.1.3.- ÁREA DE COORDINACIÓN TÉCNICA

- El responsable de seguridad tendrá las siguientes funciones:
 - Obtener información del Director Técnico (papel que puede desempeñarlo el epidemiólogo junto al Punto focal para emergencias y desastres en Salud del Cantón Otavalo)
 - Identificara las situaciones potencialmente peligrosas que puedan atentar contra la integridad física de los integrantes del Equipo de Pronta Respuesta

- Participara en las reuniones de planeamiento.
- Sugerir puntualmente ante una orden dada por el Director o Director Técnico la Área 4 de Salud del Cantón Otavalo cuando ésta constituya un riesgo inaceptable para la seguridad.
- Notificar inmediatamente al Director la Área 4 de Salud del Cantón Otavalo cuando decida sugerir al respecto de una orden.
- Ejercer autoridad de emergencia para detener y prevenir actos inseguros.
- Investigar los accidentes que ocurran dentro de la operativización de la respuesta que impliquen a los colaboradores de la DPSI o MSP
- Tendrá bajo su responsabilidad el cambio de recursos humanos en las diferentes áreas identificadas para la respuesta, o realizar el respectivo relevo y supervisara permanentemente la Salud Mental de sus integrantes con la finalidad de detectar casos de agotamiento.
- Evaluará permanentemente el estado de Salud Mental de los funcionarios a cargo de cada una de las áreas o responsabilidades macro.
- Designara al líder de cada Grupo de tarea (GT).
- Instruirá a cada Grupo de tarea sobre las acciones a desarrollar.
- Recibirá los informes y los requerimientos de cada Grupo de tarea.
- Supervisara el desarrollo de las actividades de cada Grupo de Tarea
- Organizara reuniones de coordinación con los integrantes de cada Grupo de Tarea.
- Socializara con los demás actores del sector: Lineamientos para elaborar planes v de contingencia
- Socializara con los demás actores del sector: Lineamientos para elaborar un plan comunicacional

4.4.1.4.- Área de Planeamiento

El responsable de Planeamiento tendrá las siguientes funciones:

- Determinar las condiciones de los servicios de Salud al inicio de la declaratoria de Pandemia.

- Identificar indicadores epidemiológicos previos a la presentación de la pandemia.
- Asesorar a las organizaciones locales en la implementación de Programas de cuidados específicos ante la declaratoria de pandemia (De acuerdo al agente etiológico).
- Diseñar estrategias de intervención para cada Grupo de Tarea e indicadores que permitan evaluar su impacto en área de trabajo.
- Entrenar al personal de salud y de la comunidad con la finalidad de continuar con el proceso de atención y seguimiento de acuerdo con la evolución de la Pandemia.
- Contará con un Grupo de Tarea de Apoyo Administrativo que se encargara de las labores secretariales que se requieran.

4.4.1.5.- ÁREA DE FINANZAS

El responsable del área de Finanzas tendrá como funciones las siguientes:

- Asegurara el financiamiento oportuno que garantice el desplazamiento y operatividad del Sistema de respuesta ante una Pandemia, por un tiempo determinado.
- Analizara los costos de la implementación de las actividades incluyendo su traslado, hospedaje y alimentación.
- Asegurará el pago de viáticos en forma anticipada
- Elaborara un informe con el específico detalle del gasto, desde la declaratoria de Pandemia.

4.4.1.6.- ÁREA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El responsable del área de los Servicios de Salud tendrá las siguientes funciones:

- Garantizar la asistencia sanitaria y acceso rápido a los servicios de salud, a través de medidas de salud pública en cada nivel de atención para cada una de las fases de la pandemia

- Desarrollar actividades de control de la infección, vigilancia y seguimiento de los pacientes
- Evaluar la disponibilidad de camas a nivel de área y aplicar estrategias para ampliar la capacidad actual de los servicios de salud y, mejorar su capacidad de respuesta.
- Desarrollar protocolos para el manejo de pacientes ambulatorios y que necesitan cuidados intra hospitalarios.
- Hacer más efectivo el sistema de referencia y respuesta de pacientes con enfermedad respiratoria compatible o similar a la gripe,
- Establecer un centro de seguimiento de la pandemia (físico o telefónico) para gestionar el flujo de pacientes.
- Fortalecer la vigilancia y medidas de control de la infección en el hospital y analizar los casos de probable transmisión hospitalaria para revisar la eficacia y/o el cumplimiento de las medidas de control recomendadas.

4.4.1.7.- ÁREA DE SALUD MENTAL

Se implementaran de acuerdo a la necesidad de manejar escenarios relacionados con la pandemia, en los que se enfoque el accionar a grupos tales como:

Grupo de Tarea con niños, niñas y adolescentes

La misión de este Grupo se orienta a desarrollar programas dirigidos al cuidado de la Salud Mental de los niños, niñas y adolescentes de la comunidad afectada aprovechando los espacios de las escuelas, iglesias o albergues, así mismo capacitara a los maestros y padres de familia para entender las conductas que presenten sus hijos, aplicar medidas de apoyo y detectar tempranamente trastornos de conducta que requieran intervención especializada.

Grupo de tarea con grupos especiales, ancianos y mujeres

Este equipo de trabajo se orientara a prestar ayuda psicológica a colectivos especiales con déficit motriz o sensorial a si como ancianos, garantizándoles

seguridad física y atención asiéndoles sentirse útiles en las acciones de organización y cuidados especiales.

Así mismo se debe considerar el hecho de organizar talleres de autoayuda orientados a mujeres con la finalidad de facilitar expresión de emociones y sentimientos y diseñar estrategias para el cuidado y atención de su carga familiar.

Grupo de Tarea para el manejo del duelo masivo.

Este equipo diseñara tácticas de intervención orientadas a dar apoyo y acompañamiento a los deudos en la identificación de cadáveres y facilitara las expresiones de duelo de acuerdo a los ritos culturales de cada comunidad.

4.4.1.8.- GRUPO DE TAREA COMUNITARIO.

Este grupo realizará un trabajo comunitario destinado a recomponer el tejido social lo antes posible, identificando a los líderes naturales de cada comunidad y reactivando las organizaciones de base y la organización de la comunidad para su participación activa de su propia rehabilitación y reconstrucción.

4.4.1.9.- ÁREA DE RELACIONES PÚBLICAS Y ENLACE.

El responsable de Relaciones Publicas tendrá las siguientes funciones:

- Establecer contacto con Comunicación Social del MSP nivel central, con el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de la Agencia responsable del manejo de emergencias nacional que esté presente en el lugar y con otras Agencias Gubernamentales y No Gubernamentales.

- Establecerá contacto con los medios de prensa y brindara información exacta y autorizada de las acciones en Salud que se estén efectuando en el lugar.

- Participara en las reuniones de coordinación Inter Institucionales con la finalidad de diseñar las mejores estrategias de comunicación social para neutralizar y prevenir el rumor y orientar a la población en las acciones de rehabilitación.
- Actualizar protocolos de manejo de pacientes, servicios de salud, medicamentos, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública.
- Operativamente y bajo directrices de la Dirección Técnica, socializará con los demás actores del sector: Lineamientos para elaborar un plan comunicacional.

4.4.1.10.- ASPECTOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

- El responsable o responsables de la Vigilancia epidemiológica, tendrán las siguientes funciones.
- Apoyar a las autoridades locales en el establecimiento o adaptación del sistema de vigilancia de enfermedades y alerta epidemiológica, que incluye la comprobación y confirmación de casos sospechosos y control de brotes.
- Apoyar a las autoridades locales y a los equipos extranjeros en medidas de control (medidas preventivas o curativas que incluyan control de vectores, control alimentario y sanidad animal).
- Documentar la situación epidemiológica para referencia futura.
- Establecer un sistema de recopilación de información epidemiológica y de análisis y estructurar los informes diarios para que incluyan potencial sobre riesgo epidemiológico.
- Proponer las medidas para restablecer los programas de salud pública de manera rápida.

4.4.1.11.- ASPECTOS DE LOGÍSTICA

El responsable del Área de Logística tendrá las siguientes funciones:

- Asegurara los medios de traslado y retorno de los funcionarios, colaboradores que deban desplazarse, por motivos inherentes a la respuesta ante la pandemia.
- Proveerá el trámite administrativo para asegurar los pasajes de ida y retorno en forma oportuna.
- Asegurara que el personal inmerso sea provisto de prendas de protección de acuerdo a las condiciones climáticas imperantes en el lugar del incidente.
- Conseguirá los medios de transporte en el lugar para la movilización de los integrantes de los Grupos de Tareas.
- Proveerá reservas de agua potable y alimentos para los integrantes de los Grupos de Tarea cuando las labores asignadas se desarrollen en horarios de difícil acceso a las necesidades básicas.
- Asegurará los medios de comunicación radial para los Oficiales responsables de las diferentes Áreas.
- Dotará de los equipos requeridos para el trabajo especializado de cada Grupo de Tarea según sus requerimientos (manuales, guías, lápices, crayolas, plumones, títres, encuestas, papeles, etc.)
- Garantizara las comunicaciones entre las diversas áreas del ICS , los Grupos de Tareas y el Comandante de Incidente y de este con el Equipo de Manejo de Área y el Equipo de Manejo de Crisis.
- Contará con Grupos de Tarea encargados del transporte el Abastecimiento y las Comunicaciones.
- Elaborara el respectivo informe con detalle de las decisiones tomadas en relación a los justificativos técnicos, con los debidos soportes, además de conservar el orden cronológico.
- Organizar, instalar y mantener los equipos tecnológicos, incluyendo las telecomunicaciones.
- Preparar la lista básica de necesidades y explorar la posibilidad de hacer compras locales.
- Identificar las necesidades logísticas en el sector salud.
- Identificar las necesidades operacionales.

4.5.- DISEÑO DE PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE BROTES DE ENFERMEDAD SIMILAR A INFLUENZA

Es necesario también que por prevención cada unidad operativa de salud tenga en cuenta el siguiente: “DISEÑO DE PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE BROTES DE ENFERMEDAD SIMILAR A INFLUENZA”, ya que los procesos recomendados ayudan para emergencias sanitarias como las de la Gripe AH1N1.

La atención de brotes es una de las más exigentes tareas que se realizan en Epidemiología, como parte de las urgencias que deben ser atendidas generalmente cuando fallan las acciones programadas de prevención y control bajo la responsabilidad de los programas de eventos prioritarios en Salud Pública, cuando no se cumplen los protocolos de Vigilancia en Salud Pública, cuando no se cumplen los requisitos de calidad establecidos en la atención en salud y cuando los miembros de la comunidad y de salud no cumplen los esquemas de protección y de bioseguridad establecidos.

Las enfermedades transmitidas por vía aérea como la Influenza son las de más rápida difusión en las comunidades, especialmente cuando no se dispone de la prevención primaria específica para toda la población.

4.5.1.- BROTE O EPIDEMIA

Antes de presentar el protocolo para la atención de brotes de Enfermedad similar a Influenza, es necesario aclarar las definiciones de Endemia, Conglomerados, Brote y Epidemia como referencia, con base en los conceptos del CDC de Atlanta:

- Endemia hace referencia a la frecuencia conocida de un daño particular en un área y en un tiempo dados, con base en el registro de los eventos ocurridos, generalmente presentados por periodos epidemiológicos en gráficas denominadas Índices Endémicos.

- Conglomerados (agrupamiento) hace referencia a una agregación de casos de un daño particular en un área y en un tiempo dados sin que el número de casos sea mayor que el esperado.
- Brote hace referencia a la ocurrencia de un número de casos de un daño particular en un área y en un tiempo dados, mayor que el número de casos esperados, generalmente relacionados y circunscritos en tiempo y espacio.
- Epidemia hace referencia a la ocurrencia de un número de casos de un daño particular en un área y en un tiempo dados, mayor que el número de casos esperados, generalmente de amplia difusión en el territorio.
- Cuando una epidemia se disemina en varios países y afecta a un gran número de personas, se convierte en una pandemia.

Los brotes o epidemias producto de la presencia principalmente de enfermedades transmisibles, han sido tradicionalmente los eventos de mayor manejo y de los cuales se han desarrollado múltiples propuestas para su prevención y control así como protocolos de atención a partir de los cuales se han identificado los elementos básicos e indispensables para un adecuado estudio.

Todo posible brote de Influenza o de Influenza AH1N1 debe considerarse una urgencia colectiva e investigarse porque:

La necesidad de establecer medidas de prevención y control con respecto de Influenza en la comunidad a la cual prestamos nuestros servicios va de la mano de las características del evento, que tiene gran capacidad de rápida difusión, que puede causar daño severo en los grupos extremos del ciclo vital y en personas con enfermedades crónicas, en la cual podemos tener dificultades en la aplicación de

las medidas específicas de prevención y de control y que es un evento objeto de vigilancia especial por el país y por OPS/OMS.

La investigación de casos, brotes y epidemias de Influenza representa oportunidades de aprendizaje sobre la dinámica del proceso salud enfermedad en Influenza en nuestro medio, en el cual es muy importante adquirir conocimiento adicional propio sobre la historia natural de la enfermedad, caracterizar poblaciones de alto riesgo, identificar factores de riesgo específicos, identificar el impacto de las medidas de control disponibles, la utilidad de los tratamientos, la utilidad de nuevas técnicas de laboratorio, la efectividad de las vacunas en uso en nuestro medio, la utilidad de las definiciones de caso establecidas y otros.

La investigación de casos y brotes de Influenza, representa la mejor oportunidad de capacitación en servicio de los profesionales que tienen a su cargo las actividades de prevención, de atención y de control, en todos los niveles de atención del Sistema de Salud, quienes en general no tienen la formación académica adecuada para enfrentar este problema de salud en beneficio de nuestras comunidades; los epidemiólogos, los salubristas y los más capacitados tienen la responsabilidad de entrenar a los demás funcionarios para disminuir la probabilidad de daño en nuestras comunidades.

En ocasiones, la investigación de casos, brotes y epidemias de Influenza va a expresar el interés del público que con o sin información válida (como ocurre con los otros eventos prioritarios) exige se le atienda un brote, que con frecuencia lo que busca es la atención remediar de la oportunidad de atención que tienen los vinculados al Sistema de Salud, lo cual exige de los profesionales de salud y de los demás trabajadores mucho tacto para no deteriorar más la imagen de ineficiencia e indolencia de los servicios de salud, que puede incidir en la percepción del servicio que brindamos a nuestras comunidades.

Otras veces, la investigación de casos, brotes y epidemias de Influenza va a expresar el interés de las autoridades que con o sin información válida (como ocurre frecuentemente con los otros eventos prioritarios) exige se investigue un brote en el cual se busca identificar culpables de acciones que pueden ser punibles o no, lo cual exige de los profesionales de salud y de los demás trabajadores mucho tacto para no deteriorar más la imagen de ineficiencia e indolencia de los servicios de salud, que puede incidir en la percepción del servicio que brindamos a nuestras comunidades, que puede generar una imagen de irresponsabilidad y de hacer daño en vez de beneficio; ante esta situación, es necesario que los investigadores de brotes identifiquen relaciones causales cuando es posible, pero que jamás caigan en el juego de señalar culpables, que no es parte de las funciones y actividades asignadas a los funcionarios de salud de ningún nivel de atención.

Constituyen la mejor oportunidad para mejorar la estructura y los procesos de las actividades de preparación para la pandemia.

En la investigación de un brote de enfermedad similar a Influenza, una respuesta inmediata es esencial; para el logro de la respuesta requerida en las comunidades que presentan un posible brote o epidemia de una enfermedad similar a Influenza es necesario contar con el trabajo riguroso de funcionarios de salud en todos los niveles de atención, quienes tienen como responsabilidad identificar, registrar y notificar los casos, los brotes o las epidemias.

El ingreso al sistema es la notificación, que es el procedimiento por el cual cualquier miembro de la comunidad, de las organizaciones comunitarias, de los prestadores de servicios, de los Centros de Salud Públicos y Privados, comunican oficialmente a la autoridad sanitaria correspondiente, la presencia de un factor de riesgo o de una enfermedad, potencial o presente y que debe ser atendida con diligencia y responsabilidad.

La notificación permite la captación de los casos y la recopilación de datos y de información que genera acciones de intervención frente a los problemas detectados; alerta sobre la ocurrencia de los problemas en salud pública; generalmente, es el inicio de una investigación epidemiológica.

El propósito de la notificación es informar oficialmente a las personas apropiadas, para generar actividades de prevención, de control y de información al respecto en los diferentes niveles de atención. Sus objetivos son detectar en forma rápida situaciones de riesgo que alteren o puedan alterar la salud de la comunidad, mantener actualizado el comportamiento de los eventos vigilados, orientar y apoyar las medidas de control necesarias ante la presencia de riesgos o de factores de riesgo, describir la naturaleza del caso, del brote o de la epidemia de Influenza, identificándolo en las fuentes de los datos.

Las fuentes para la recolección de los datos en el caso de Influenza o enfermedad similar a Influenza son:

Fichas Clínicas epidemiológicas de los casos.

Registro individual de prestación de servicios de consulta externa, de urgencias y de egresos hospitalarios.

Historias clínicas.

Reportes de laboratorio y de patología.

Informe sobre circulación de virus en el país.

Certificados de defunción.

Reportes de investigación de casos y de brotes.

Reportes de promotores de salud y líderes comunitarios.

Reporte de los problemas de salud sentidos por la comunidad en general.

El comienzo: En cualquier institución de salud, la fase preliminar de toda posible investigación de brotes se inicia con la notificación del evento al profesional disponible semanal en la institución o a cualquier otra dependencia de esta; la notificación debe describir si es un caso sospechoso de Influenza, identificar las

fuentes de los datos, la fecha de inicio, la naturaleza y la necesidad de la respuesta inmediata; estos datos son registrados y organizados en un informe preliminar inmediato que se remite al referente de epidemiología o de Vigilancia en Salud Pública, quien se encarga de obtener los datos y la información disponible en el sitio de origen, lo cual es valorado en conjunto con epidemiología del nivel provincial o regional, donde se define la necesidad de apoyar o no la investigación del caso, brote o epidemia; si la decisión es apoyar la investigación del brote, asigna el integrante técnico responsable y entrega los datos y la información disponible a este; con base en estos datos iniciales, el miembro técnico responsable define los objetivos de la investigación epidemiológica, establece y distribuye las tareas e identifica las características de los posibles participantes y escribe el informe preliminar de notificación.

Si la decisión es no apoyar la investigación del brote, el coordinador de epidemiología o de Vigilancia en Salud Pública consigna las razones para no hacerlo en ese momento, hace el seguimiento del caso o posible brote y cierra el expediente, que se archiva. El propósito del informe de notificación institucional es informar oficialmente a los integrantes técnicos de la Dirección Provincial, sobre un posible brote o epidemia de Influenza, o de Influenza AH1N1, que frecuentemente dispara las actividades tendientes a realizar la investigación. Se escribe por el miembro responsable antes del inicio de la investigación, dado que puede comprometer recursos si se genera una autorización para iniciar la investigación.

Con base en los datos obtenidos y consignados en el informe preliminar, una vez se define que es necesario investigar un posible brote, lo ideal es tener como orientación los pasos definidos para la investigación de brotes y epidemias. Los diez pasos para la investigación de brotes y epidemias son:

1. Preparar el trabajo de campo.
2. Establecer la existencia del brote.

3. Verificar el diagnóstico.
4. Definir e identificar los casos:
 - ❖ Establecer la definición de casos.
 - ❖ Identificar y contar el número de casos.
5. Realizar la descripción epidemiológica del brote.
6. Plantear hipótesis.
7. Confirmar las hipótesis planteadas.
8. Si es necesario, reconsiderar y mejorar las hipótesis planteadas (estudios epidemiológicos adicionales, otro tipo de estudios de laboratorio o ambientales).
9. Desarrollar las medidas de prevención y control del caso.
10. Comunicación de los hallazgos.

Los diez pasos descritos se plantean en orden conceptual. En la práctica, sin embargo, se ejecutan varios pasos al mismo tiempo o según las circunstancias del brote en orden diferente. Por ejemplo, es necesario implementar las medidas de control tan pronto como la fuente y el modo de transmisión sean conocidos, precoz o tardíamente en cada investigación en particular.

4.6.- ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En estos dos documentos tanto de la guía como del protocolo se recomiendan los mejores procedimientos que tanto la OMS, OPS, y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador recomiendan para que el personal asignado a la atención de este tipo de emergencias sanitarias, tenga en cuenta para posibles epidemias o rebrotes de este tipo de influenza, el personal entrevistado reconoce que estas recomendaciones son bastante amplias y que son necesarias conocerlas para su aplicación, se conoció también de que ciertos factores muchas veces pasan por alto debido fundamentalmente a la gran concurrencia de pacientes que exigen atenciones inmediatas, por ello que es fundamental seguir las normas de la guía que ante todo permiten planificar los procesos a seguirse tanto en lo operativo, operativo-administrativo y logística ya que con ello se puede brindar servicios de

calidad cuando los niveles epidemiológicos son recurrentes y de afectación masiva por ello que estos modelos en su aplicación permiten que el personal este absolutamente capacitado adiestrado y con habilidades especiales para atender las demandas existentes.

Así mismo el protocolo permite anticipar acciones en caso de epidemias, pandemias o brotes, este documento es muy ilustrativo como ejercicios de investigación a los cuales se puede recurrir a fin de comprobar la existencia o no de casos que pueden ser considerados de proyección futura en cuadros epidemiológicos, y por ello que al ser analizado con el personal de enfermería estos procesos son aceptados en tanto también fortalece al sistema de salud implementado en el Hospital de Otavalo para el control de la influenza AH1N1.

4.6.1.- POSICIONAMIENTO DEL INVESTIGADOR

El autor del estudio y conforme la técnica de investigación exige, se debe mantener en una posición eminentemente profesional respecto de la investigación realizada, nuestro rol es el de observar el objeto de investigación y conforme a nuestra formación en el área de enfermería, implementar acciones tendientes a mejorar los servicios de salud para lo cual nos hemos formado en esta prestigiosa Universidad, por lo tanto hemos interpretado una realidad existente y proponemos soluciones a una problemática que está presente en el hospital San Luis de Otavalo, por lo tanto nuestro trabajo ha sido muy democrático ya que hemos recogido los criterios de todos los actores sociales involucrados en esta temática, realizamos una investigación bibliográfica especialmente de las condiciones generales y universales sobre la influenza AH1N1 sobre su normativa de organismos Internacionales y Nacionales que se debe implementar en los sistemas de salud I, de la forma como estos deben ser llevados a cabo y así como investigar si se manejan y se disponen de guías y manuales que cumplan con las exigencias de este tipo de emergencias sanitarias públicas, con lo cual hemos sustentado el objeto de la investigación y por lo cual afianzamos la propuesta de que es

fundamental implementar una guía administrativa y operativa para enfrentar casos de epidemias y pandemias de gran escala, pues al disponer de estos instrumentos de orientación, estamos preparados para futuras acciones y controlar con eficiencia los efectos de estas enfermedades masivas, proceso que ha sido reconocido por las participantes en la investigación ya que al final de la elaboración de la guía consideran como un documento valioso y orientador para un mejor servicio en el Hospital de Otavalo aplicable a fenómenos masivos que se puedan generar.

CAPITULO V

4.1 Aspectos Administrativos

4.1.1 Recursos humanos

Investigador

Jorge Luis Guaña Torres

Director de Tesis

Dr. Luis Muñoz H.

4.1.2 Recursos y Materiales

- ❖ Computador
- ❖ Hojas de papel bon
- ❖ Guías
- ❖ Copias
- ❖ Anillados
- ❖ Transporte
- ❖ Perfiles
- ❖ Carpetas. etc.

Presupuesto

Internet búsqueda de información		300
Hojas de papel bon	1500	30
Impresiones		400
Copias (información)	1000	35
Computadora para pasar información		200
Trasporte		300
anillados		35
Levantamiento de entrevistas		250
Imprevistos		400
Total		1.956

4.2 Cronograma de Actividades

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Elaboración de anteproyecto	X	X									
Revisión del anteproyecto			X								
Presentación del anteproyecto a las autoridades			X								
Corrección de anteproyecto				X							
Aprobación de anteproyecto					X						
Construcción de instrumentos						X					
Validación de instrumentos							X				
Aplicación de los instrumentos								X			
Redacción del instrumentos									X		
Elaboración del informa final de grado										X	
Presentación											X
Defensa											

CAPITULO VI

Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

- Después del análisis el personal encuestado, demuestra conocer sobre la temática

- El conocimiento del personal de enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo es bueno en cuanto a características fisiopatologías de la enfermedad, transmisión, prevención, diagnóstico, tratamiento

- El personal de enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo

- Presentan una actitud positiva ante el paciente

- Tienen prácticas adecuadas personales y en torno a la atención del paciente

6.2 Recomendaciones

Se recomienda poner en práctica la guía elaborada ya que la misma permitirá una mayor calidad en la atención a pacientes que en el futuro presenten este tipo de cuadros clínicos.

El protocolo desarrollado es recomendable de que se lo implemente de forma periódica ya que una investigación en base de este método puede permitir que se prevean posibles brotes masivos y controlar las posibles epidemias o rebrotes de pandemias suscitadas y relacionadas a la influenza.

El uso de la guía y protocolo deberá ser una norma entre el personal de esta casa de salud ya que permite mejorar, los conocimientos que tiene el personal de Enfermería acerca de medidas de prevención de contagio en manejo de pacientes con influenza, por las medidas de bioseguridad que se establecen y de normas de prevención.

Es deseable también de que el protocolo implementado se lo ponga en vigencia realizando investigaciones permanentes ya que esto puede llevar a una prevención para evitar posibles rebrotes de influenza en la zona, ya que incluso es recomendable de que en épocas de invierno se tome mayores precauciones por la posibilidad de rebrotes, y el protocolo prevé los diez pasos fundamentales para controlar este tipo de enfermedades masivas.

Todo posible brote de Influenza o de Influenza AH1N1 debe considerarse una urgencia colectiva e investigarse porque: La necesidad de establecer medidas de prevención y control con respecto de Influenza en la comunidad a la cual prestamos nuestros servicios va de la mano de las características del evento, que tiene gran capacidad de rápida difusión, que puede causar daño severo en los grupos extremos del ciclo vital y en personas con enfermedades crónicas, en la cual podemos tener dificultades en la aplicación de las medidas específicas de

prevención y de control y que es un evento objeto de vigilancia especial por el país y por OPS/OMS, por lo cual es recomendable el uso del Protocolo en el estudio desarrollado.

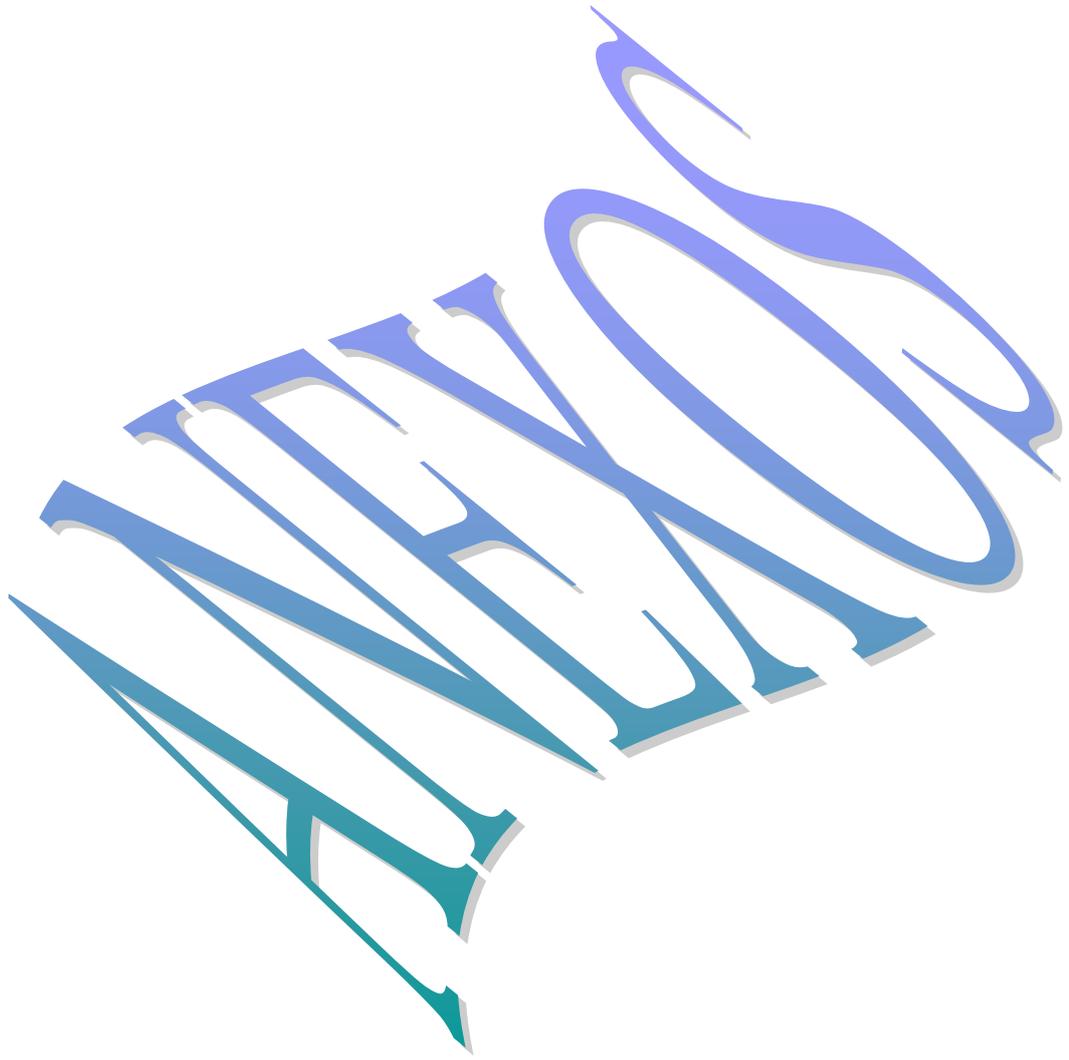
Bibliografía

- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE ECUADOR, Artículo 389, Artículo 32, y demás relacionados.- Asamblea Nacional, 2008
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – Dirección Nacional de Áreas de Salud: Manual de Organización y Funcionamiento
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – Proyecto MODERSA: Manual de Normas de Licenciamiento de los Servicios de Salud. Quito, abril, 2004.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Protección de la salud mental en situaciones de desastres y y emergencias, Manuales y Guías sobre desastres, Agosto 2002.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador. Noviembre 2001. [Fecha de acceso: mayo 2006]
- PLAN ESTRATÉGICO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Periodo 2009 – 2013, Consultoría Privada 2009
- PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009 – 2013

Lincografía

- World Health Organization. Epidemic and pandemic alert response. Disponible en:http://www.who.int/csr/don/2009_05_07/en/index.html. Con acceso: mayo 7, 2009.
- Frenk J. Mexico's fast diagnosis. Op-ed contribution. The New York Times. Abril 30, 2009. Disponible en:<http://www.nytimes.com/2009/05/01/opinion/01frenk.html?scp=1&sq=julio%20frenk&st=cse>. Con acceso: mayo 7, 2008
- World Health Organization. 2009. <http://www.who.int/en/>.
- Houck P. Border and Airport Measures. Actualización en Influenza AH1N1 Lecciones aprendidas y preparándonos para el futuro, 2009 Cancún México. <http://www.encuentroh1n1.org/index.php?ln=sp&ident=ponencias>
- <http://www.update-software.com> Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Hewak B, Prabhala A, Nair S, Rivetti A (2008). Intervenciones para frenar o reducir la propagación de virus respiratorios. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.

5.4.-



Área de Estudio
HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO









UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA

La presente entrevista va dirigida para el personal profesional Licenciadas. En Enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo la misma que tiene como objetivo levantar información acerca de los conocimientos, actitudes y práctica en la atención de pacientes con AH1N1

El éxito de la investigación depende de esta entrevista marque con una X en la respuesta correcta.

Fecha._____

Turno Mañana () Tarde ()

DATOS DE INFORMACIÓN.

Área de Trabajo:

Medicina Interna	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>	Quirófano	<input type="checkbox"/>
Emergencia	<input type="checkbox"/>	Ginecología	<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input type="checkbox"/>

1. ¿Conoce o ha escuchado hablar acerca de la Influenza AH1N1?

- **Si ()**
- **No ()**

2. ¿Cuándo se dio la alerta de una pandemia usted. Porque medios se informo acerca de la Influenza AH1N1?

- **Radio ()**
- **Televisión ()**
- **Prensa ()**
- **Conversaciones ()**

3. ¿Ha recibido capacitación acerca de la influenza AH1N1. En transcurso de este año 2010?

- Si ()
- No ()

4. ¿Cómo se considera Ud. Al momento de prestar servicios de salud a los pacientes?

Amable ()

Sociable ()

Irónico ()

5. ¿Conoce usted los subtipos y como se transmite el virus de la influenza AH1N1?

- Si ()
- No ()

6. ¿Considera importante, qué las prácticas higiénicas pueden prevenir el contagio de la influenza AH1N1?

- Si ()
- No ()

7. ¿Ha tenido algún problema al manejar medicamentos destinados para el tratamiento del AH1N1?

- Si ()
- No ()

8. ¿Maneja adecuadamente las medidas de protección para la atención de pacientes con AH1N1?

➤ **Si ()**

➤ **No ()**

9. ¿Conoce usted los efectos secundarios de los medicamentos destinados para el tratamiento del AH1N1?

➤ **Si ()**

➤ **No ()**

10. ¿Usted ha leído el protocolo de atención de pacientes con AH1N1 que emitió el Ministerio de Salud Pública del Ecuador?

➤ **Si ()**

➤ **No ()**

DECLARACION DE PROPIEDAD DE LA INVESTIGACION

El suscrito alumno - egresado de la Universidad Técnica del Norte, de la Facultad de Ciencias de la Salud , Escuela de Enfermería, previo a la obtención del Título de Licenciado en Enfermería, realice el estudio titulado: “Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería que labora en el Hospital San Luis de Otavalo sobre la atención de pacientes con AH1N1 de enero a noviembre 2010”, del mismo que declaro ser el autor, por lo tanto asumo la responsabilidad que de esta investigación se derive en todos los ámbitos que ello implica.

EL AUTOR:

JORGE LUIS GUAÑA TORRES