

Brote de gripe A H1N1 en la base española de Camp «Arena» (Herat, Afganistán) durante julio y agosto de 2009. Parte II: Medidas clínicas y preventivas

Maimir Jané F.¹, Sánchez Gil MA.², García Ortiz JM.³, García de Gadiana RL.⁴, Torner Alonso A.⁵

Sanid. mil. 2011; 67 (1): 31-35; ISSN: 1887-8571

RESUMEN:

La Base de Camp «Arena» en Herat (Afganistán) presentó durante los pasados meses de julio y agosto de 2009 un total de 121 casos de gripe A H1N1, 22 de ellos casos confirmados y el resto diagnosticados por «vínculo epidemiológico». Presentamos en el presente artículo las medidas clínicas y preventivas que fueron tomadas en la Base, en el intento de controlar el número de casos y asegurar la operatividad de la Base y el cumplimiento de la misión encomendada al contingente. Se revisan las características de la Base, las medidas tomadas con los pacientes, las medidas tomadas con los contactos, reflejando las dos distintas organizaciones que se realizaron al inicio del brote y posteriormente, las medidas generales tomadas en la Base y las medidas especiales características por tratarse de una unidad militar en una Zona de Operaciones. Finalmente realizamos una reflexión sobre algunas de las medidas tomadas.

PALABRAS CLAVE: Gripe A H1N1, Afganistán, Fuerzas Armadas.

Outbreak of Influenza A H1N1 in Spanish base Camp «Arena» (Herat, Afghanistan) during July and August 2009. Part II: Clinical and preventive measures.

SUMMARY:

The Base Camp «Arena» in Herat (Afghanistan) presented during the months of July and August 2009 a total of 121 cases of Flu A H1N1 (22 confirmed cases and the rest were diagnosed by epidemiological link). We present in this article the clinical and preventive measures taken at the base in an attempt to control the number of cases and ensure the operability of the base and fulfilling the mission entrusted to the quota. We review the characteristics of the Base, measures taken with patients, the measures taken with the contacts reflecting the two different organizations taken initially and during the second period that conducted at the outset of the outbreak, the general measures taken on the base and special measures because it features of a military unit in an area of operations. Finally we perform a reflection of some taken actions.

KEY WORDS: Influenza A H1N1, Afghanistan, Armed Forces.

INTRODUCCIÓN

El día 11 de julio de 2009 fueron remitidos al Role 2 español desplegado en la Base de Camp «Arena» en Herat (Afganistán) cinco pacientes con sintomatología de fiebre, tos, artromialgias y mal estado general¹. Estudiados los casos se decidió tomar en consideración la posibilidad de una enfermedad infectocontagiosa con brote epidémico agudo y tomar las medidas de tratamiento e higiénico-sanitarias de interés general a fin de evitar su propagación^{2,3}.

El grupo de médicos destinados en el Role 2 fue el encargado de diseñar y ejecutar las medidas preventivas motivo del presente artículo. El último caso diagnosticado por vínculo epidemiológico

durante este brote se presentó el 30 de julio de 2009. En total, se ingresaron 121 casos, sobre una población de 1024 personas en la base española, más el personal contratado civil con actividad laboral en la Base. Se aplicó a toda la población las medidas preventivas que se relacionarán. Se organizó en grupo de casos, grupo de contactos y grupo sanos sin contacto. El grupo de contactos siguió las medidas de aislamiento llegando a ser este grupo en algunos momentos de 175 personas. Se declaró el brote controlado el 6 de agosto y finalizado el 13 de agosto.

En este artículo reflejamos las actividades del personal sanitario del Role 2 encaminadas a asesorar al Mando así como las medidas preventivas adoptadas para el control del brote. Queremos destacar que ninguno de los médicos destinados en esta rotación en el Role 2 (Julio-Agosto 2009) era especialista en Medicina Preventiva y que el asesoramiento al Mando corrió a cargo de especialistas en Neumología, Medicina Intensiva y médicos de vuelo, con el apoyo de otras especialidades (Farmacia, Análisis Clínicos y Veterinaria).

No es nuestro objetivo establecer pautas de actuación ni detallar medidas preventivas con gran fundamento científico. Solo queremos reflejar nuestra actuación, en un entorno extremadamente singular como es una base militar en medio de Asia, con una determinada misión encomendada dentro de un contingente multinacional, y con la responsabilidad de mantener la operatividad de las Unidades desplegadas y la seguridad del personal. Esperemos que esto sirva para

¹ Cte. Médico. Hospital Central de la Defensa. Unidad de Cuidados Intensivos. Madrid. España.

² Cte. Médico. Escuela Militar de Sanidad. Departamento de Medicina. Madrid. España.

³ Cte. Médico. Hospital General de la Defensa San Carlos. Servicio de Neumología. San Fernando, Cádiz. España.

⁴ Cte. Farmacéutico. Clínica Militar. Servicio de Análisis Clínicos. Cartagena. Murcia. España.

⁵ Tcol. Médico. Base Aérea de Torrejón. Torrejón de Ardoz. Madrid. España.

Dirección para correspondencia: Félix Maimir Jané. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Central de la Defensa. Glorieta del Ejército s/n. 28047 Madrid. España. felixmair@wanadoo.es

Recibido: 27 de noviembre de 2009

Aceptado: 21 de septiembre de 2010



Figura 1. Vista aérea de la Base de Camp «Arena», aeropuerto de Herat (Afganistán). Tomada de Google Earth, modificada.

reflexionar sobre lo hecho y mejorar futuras actuaciones, que con alta probabilidad se producirán en el futuro.

La Base Camp «Arena» se encuentra en el aeropuerto de Herat, en el Oeste de Afganistán. La Base está compuesta básicamente por dos cuerpos: Base España y Base Italia. La primera es un cuadrado de 250 metros de lado, que estaba ocupada en Julio de 2009 por 1.024 personas, más el personal contratado por la Unión Temporal de Empresas (UTE), que proporciona diversos servicios al personal de la Base (cocina, lavandería, peluquería, gimnasio, etc), en un número variable pero que no excede el número de 30 personas (Figura 1). Base España colinda con la Base italiana, ésta mide 400 x 200 metros y en ella desarrollan su misión aproximadamente 1.500 efectivos (italianos, albaneses, estadounidenses, lituanos y eslovenos), además del personal civil que da servicios a dicha Base, de diversas nacionalidades, incluyendo personal afgano.

Causa del brote epidémico

La causa del brote fue la nueva gripe A H1N1, confirmada en 22 de las 25 muestras (exudado nasofaríngeo) correspondientes a 25 enfermos seleccionados entre los primeros ingresos, remitidas al Instituto Carlos III de Madrid, mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), de acuerdo a los protocolos establecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁴.

En un primer momento, se diagnosticó un síndrome febril acompañado de faringitis, tos, mal estado general, y mialgias, de inicio súbito y de carácter epidémico. Se presentaron en el primer día 8 casos (cinco por la mañana y tres por la tarde), y en el segundo día 5 casos nuevos, llegando a los 34 pacientes en los primeros cuatro días.

Tabla 1. Medidas de aislamiento establecidas en la Base «Camp Arena» en Herat, Afganistán.

Medidas de aislamiento de contacto	<ul style="list-style-type: none"> – Lavado de manos frecuente – No compartir vasos ni cubiertos – Limpieza de superficies y objetos
Medidas de aislamiento respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> – Al toser taparse la boca – Usar pañuelos de papel y tirarlos a la basura – Evitar tocarse la nariz, boca u ojos
El personal que por su puesto táctico realice sus actividades en la base italiana.	<ul style="list-style-type: none"> – Extremar las medidas de aislamiento de contacto – Extremar las medidas de aislamiento respiratorio usando mascarilla en su puesto de trabajo para evitar el contagio respiratorio y manteniendo una distancia entre puestos de trabajo superior a 1,5 metros

Medidas tomadas con los pacientes y su valoración

A cualquier paciente que consultaba por cuadro compatible con síndrome gripal se le colocaba una mascarilla, y se le trasladaba a uno de los boxes de la unidad de triage, separándolos del resto de pacientes de consulta. El personal sanitario que le atendía se colocaba mascarilla y guantes.

El protocolo aplicado a todos los pacientes fue el de filiación, toma de constantes y realización de historia clínica. Ante el diagnóstico de sospecha de nueva gripe A H1N1 se realizaba una extracción sanguínea para hemograma, con ampliación de la analítica y realización de cualquier otra exploración complementaria, según criterio del médico responsable. En 53 pacientes se realizó test para el despistaje de la Gripe A/B utilizando el test inmunocromatográfico BINAX Now Influenza A&B y el exudado nasofaríngeo como muestra (Ver parte I).

Tras completar el ingreso, se acomodaba al enfermo en una unidad de hospitalización específica para pacientes con Gripe A. Se instruía al paciente sobre las medidas higiénicas de aislamiento respiratorio y de contacto que debía mantener el paciente durante todo su ingreso (Tabla 1).

El área de triage, donde se realizaba la valoración de los pacientes con sospecha de nueva gripe A H1N1, tras la valoración de 3 ó 4 pacientes, se ventilaba, se limpiaban las superficies de las camillas y adyacentes, se aplicaba un spray de desinfección ambiental proporcionado por el Servicio de Veterinaria, y se mantenía cerrada y aislada durante 15 minutos. Este proceso se repetía tantas veces como era necesario durante todo el día.

Los pacientes se mantenían ingresados durante 7 días desde el inicio de los síntomas. En ningún caso fue necesario ampliar el periodo de hospitalización por presentar fiebre más allá de este periodo. El pico de ingresos fue de 48 pacientes, en unas instalaciones sanitarias con 14 camas de hospitalización.

La falta de espacio físico en el Role 2 obligó a habilitar otras instalaciones como unidades de hospitalización: sala de televisión (12 camas), sala de in-processing (12 camas) y sala VIP (20 camas). Se colocaron literas de 3 alturas, asignando la inferior y media a pacientes y la superior a su material. En los últimos días se desplegaron dos tiendas de campaña con capacidad para seis personas cada una, en la parte anterior del Role 2. Fue necesario el montaje de un nuevo contenedor tipo «corimec» de ablución en el área anterior del Role 2, para cubrir las necesidades del personal ingresado. Se dio prioridad al Role 2 en la lavandería, con la entrega diaria de 40 juegos de cama y toallas. En el caso de pacientes con fiebre, que en algunos casos duró hasta cinco días, se les cambiaban diariamente las sábanas.

Se requirió del apoyo de algunas Unidades desplegadas en la Base para establecer un servicio de reparto de comidas, que recogía la comida de la cocina, y la entregaba en el Role 2, ayudando en su reparto.

Se servía en platos preparados en la cocina la comida y cena, y se servía directamente el desayuno en el Role. El personal encargado del reparto de comidas llevaba guantes y mascarilla durante el mismo.

Se nombró por parte de las unidades un servicio de visita hospital. Por parte del Role 2 se solicitó y habilitó líneas telefónicas con España en todas las nuevas unidades de hospitalización, para facilitar el contacto de los pacientes ingresados con sus familiares.

Una vez el paciente era dado de alta pasaba a control del Role 1 de la Unidad de origen, y en su defecto en el propio Role 2. Los pacientes eran controlados durante 48-72 horas hasta su alta médica e incorporación al servicio.

En caso de complicaciones, los pacientes eran remitidos nuevamente al Role 2 para su valoración y tratamiento si procedía. Se presentaron complicaciones en 13 pacientes, siendo la más grave un cuadro de neumonía.

Medidas tomadas con los contactos

En un primer momento se estableció como origen del brote el Batallón de Apoyo Electoral (APOEL). Se recabó información epidemiológica del grupo inicial de afectados, habiendo viajado todos ellos en su incorporación a Zona de Operaciones en el vuelo del 7 de julio de Madrid a Manás (Kirguistán). Además todos ellos realizaron el vuelo de Manás a Herat el 9 de julio, en el mismo Hércules C-130.

En los dos primeros días, de los 13 pacientes, 12 estaban destinados en APOEL y uno en ALCOR (Unidad del avión T-21 de apoyo al despliegue). Todos viajaron en el mismo vuelo del día 7 de julio, ocupando las filas entre la 33 y 45 y el destinado en ALCOR ocupó la fila 7.

El personal que se incorporó de Madrid a Manás el 7 de julio fue distribuido en los vuelos del 8 y 9 de julio a Herat y Quala-i-Naw. De los primeros 13 pacientes, 11 fueron incorporados a Herat en el vuelo del 9 de julio, habiendo pasado juntos 24 horas en la Base de Manás a la espera del vuelo. En la Base española de Quala-i-Naw no se presentó ningún caso durante los meses de julio y agosto.

El primer caso se diagnosticó el 11 de julio, a los cuatro días de la salida de España, y a las 48 horas de la llegada a Herat. Por tiempo de incubación, el contagio del primer paciente parece lógico que fue en España, y el contagio del resto de pacientes en este primer grupo en el avión. Esto se debe a que en los días previos a la incorporación a Zona de Operaciones la Unidad de APOEL estuvo de permiso, no estando el personal agrupado en Territorio Nacional, reuniéndose para su incorporación a Zona de Operaciones en las horas previas a su salida.

Con esta información, en una primera fase, se acordó realizar las siguientes acciones con los contactos (Figura 2). En primer lugar, se decidió que el personal perteneciente a la Unidad de APOEL y que viajó en el vuelo del día 7 de julio, se constituyese como grupo de contacto, realizando actividades separadas del resto de las Unidades:

Respecto al uso de zonas comunes (Internet, locutorios, comedor, etc) se habilitó un horario de utilización diferente; en el caso de la zona de ocio junto a la cafetería se habilitó una zona acotada. Las instalaciones utilizadas por este personal, tras su uso, eran desinfectadas con líquidos de limpieza habituales para superficies inertes. En los comedores, se habilitó la última media hora del horario de comidas, desalojando el comedor previamente, y procediendo igualmente a la limpieza del mismo tal y como se realiza habitualmente tras su uso. Esta distribución de horarios permitió que el resto del personal alojado en la Base hiciera uso de las mismas dependencias,

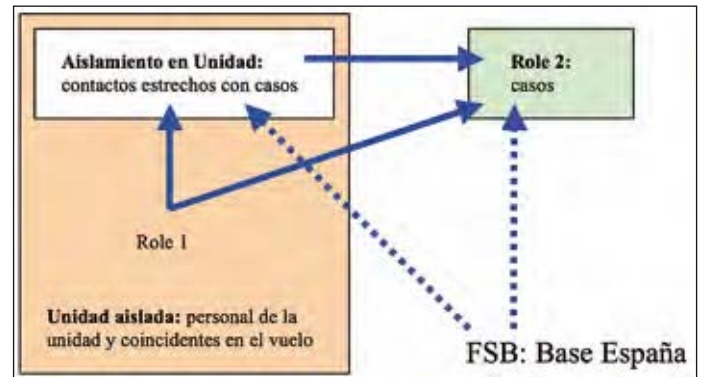


Figura 2. Esquema de distribución de grupos poblacionales aplicados al personal en el primer periodo del brote de gripe H1N1.

pero sin coincidencia horaria con el personal perteneciente al grupo de contactos. Esta distribución de compartimentación horaria se mantuvo hasta el final del brote.

Respecto al alojamiento, el personal con contacto estrecho, es decir, aquellos que dormían en la misma camareta con un caso (paciente ingresado en el Role 2), fueron alojados en dormitorios, agrupándolos inicialmente. A ese grupo se fueron incluyendo el personal de contacto estrecho (dormitorio común) de los nuevos pacientes aparecidos en los días siguientes. Todo este personal fue controlado por el Role 1 QRF (Quick Reaction Force)/APOEL con 3 tomas diarias de temperatura y valoración clínica. La información nominal de los contactos que compartían dormitorio fue facilitada en todo momento por Unidad de Mess and Billeting de la FSB (Forward Support Base).

Pero con la evolución del brote, la agrupación de los contactos estrechos en dormitorios comunes, presentó algunas dificultades. El mantenimiento del aislamiento por 7 días, se vio dificultada por la aparición de nuevos casos durante cinco días consecutivos, algunos procedentes de este grupo de aislados. Esto provocaba que cada día se reiniciara la cuenta de días de aislamiento, haciendo que personal que llevaba seis días en el grupo de aislados, debiera reiniciar su aislamiento al haber estado en contacto estrecho con un caso de nueva aparición. Por ello, a los 7 días de inicio del brote, se decidió redefinir las condiciones de vida y trabajo de este grupo.

En una segunda fase se distribuyó al personal de la FSB en tres grupos (Figura 3): grupo A, constituido por los casos diagnosticados, grupo B de contactos y grupo C formados por no enfermos y no con-

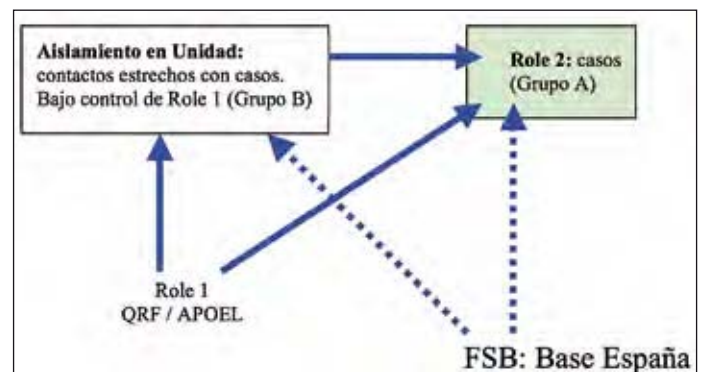


Figura 3. Esquema de distribución de grupos poblacionales aplicados al personal con gripe y sus contactos, en el segundo periodo del brote de gripe H1N1.

tactos. Los individuos encuadrados en el grupo A se ingresaban el Role 2. El grupo B seguía el horario especial y uso de dependencias acotadas a este grupo, pero no pasaban a dormitorios especiales, sino que se mantenían en dormitorio habitual, realizando la cuarentena en el mismo. Los individuos del grupo C mantenían su actividad habitual.

Medidas generales en la Base de Camp «Arena»

Las medidas generales tomadas en la Base fueron:

- *Información general* a todo el personal e instrucción sanitaria sobre las medidas higiénico-sanitarias de aislamiento respiratorio y de contacto. El personal sanitario de los Roles 1 y Role 2 realizó sesiones informativas a las distintas Unidades desplegadas en la Base.
- *Reuniones de coordinación* convocadas por el Jefe de la FSB, con participación de los Jefes de las Unidades con más afectados, FSB Deputy, Jefe Role 2 y médicos del Role 2, Jefes Role 1, Jefe Mess and Billeting, y personal de otras Unidades según la situación epidemiológica.
- *Información continua* a autoridades nacionales e ISAF.
- *Publicación de las normas de actuación* a través de la intranet de la Base y tablones.
- *Organización* de los distintos grupos.
- *Instrucciones a las distintas Unidades* para prestar los apoyos necesarios para la coordinación de las actuaciones en el brote.

Una vez superada la fase inicial, el 16 de julio, no habiendo alcanzado el pico de afectados, se ampliaron las medidas con la restricción de movimientos del personal. No se permitió que ningún español sin actividad en la Base italiana saliera del recinto de la Base española. Se prohibió la entrada a la Base española al personal no español sin destino en la misma. En definitiva, se aisló la Base española del resto del contingente multinacional, excepto el personal con actividad concreta en la Base italiana, y siguiendo las medidas de aislamiento de contacto y respiratorio que se reflejan en la Tabla 1 (Figura 4). Ello implicó una disminución importante en las capacidades de ocio del personal español: no uso de los dos PX,s de la Base italiana, no uso de las dos cafeterías y tres restaurantes de la base italiana, ni acceso al mercadillo afgano los domingos. Estas medidas se mantuvieron hasta que se declaró finalizado el brote por parte del Jefe de la FSB, bajo asesoramiento del Role 2⁵.



Figura 4. Briefing en la Base de «Camp Arena» en Herat, en Base Italia durante el brote de Gripe H1N1.

Medidas especiales

Existen algunas medidas que precisan especial consideración. Una Unidad militar desplegada a 6.500 km de España tiene una serie de personal clave en su funcionamiento y seguridad. Por ejemplo, los controladores aéreos del aeropuerto de Herat que son españoles, o el personal del Tactical Operation Centre. Los controladores aéreos dormían en el mismo dormitorio para facilitar su alojamiento (horarios 7/24). Se optó por separar a este personal, a fin de evitar que pudieran verse afectados al mismo tiempo, lo que habría implicado el cierre del aeropuerto de Herat, uno de los más importantes de Afganistán.

Se realizó una lista de personal clave en la Base y se procedió a separarlo intentando evitar el contacto frecuente entre ellos.

Se limitó el movimiento del personal español entre la Base de Herat y el resto de bases de Afganistán, y se insistió en las medidas de aislamiento respiratorio y de contacto al personal de las tripulaciones que realizaban desplazamientos entre las bases.

Otro personal especial, es el personal civil de la Unión Temporal de Empresas (UTE) que presta servicios en la Base y que mantiene un contacto, aunque esporádico, con toda la base: cocineros, personal que atiende la biblioteca, internet, cafetería, peluquería, etc. Este personal fue instruido, y siguió todas las medidas preventivas. En este grupo se presentaron algunos casos, que recibieron el mismo tratamiento que los casos del contingente español.

Finalmente, hacer mención a la existencia de personal que presentó clínica, y que no acudía a los Servicios Médicos de la Base. Los bautizados como «los emboscados». Se detectó que una vez se informó que el ingreso en el Role 2 se mantenía por siete días desde el inicio de los síntomas, hubo personal que permaneció en su dormitorio tomando antitérmicos sin acudir al Role 2. La concienciación general de la situación y la advertencia clara de la obligación de acudir al Role 2 permitió detectar y controlar este fenómeno.

DISCUSIÓN

Existen múltiples puntos sobre los que podríamos discutir, una vez finalizado este brote. Todas las medidas tomadas, y reflejadas en este artículo, fueron realizadas por personal no especialista en Medicina Preventiva. Pero no es objetivo de este artículo el discutir lo hecho, sino reflejar las medidas tomadas y sacar enseñanzas.

Normalmente es el médico menos experimentado el que es destinado a un Role 1 de primera línea, por razón de escalafón (que asocia edad e inexperiencia); y habitualmente será un médico no especialista en Medicina Preventiva el que deba enfrentarse a un brote epidémico de nueva aparición. Eso es lo que nos sucedió, y esto es lo que hicimos. Pero somos conscientes de que existen cosas que pueden mejorarse, y también hemos reflexionado al respecto.

– En primer lugar, ¿es necesario el ingreso hospitalario en los despliegues internacionales de los pacientes diagnosticados de nueva gripe H1N1? El criterio «civil» de «remisión a domicilio durante 7 días» huelga decir que, dadas las condiciones de vida de cualquier despliegue militar, no es apropiado. El paciente, en este caso soldado, vive en un contenedor tipo «corimec» de 2 x 6 metros con 1 a 3 compañeros más. No existe posibilidad de aislamiento en un dormitorio ni de entrega de comida en su contenedor ni de acceso a aseos separados para enfermos. La opción fue la de agrupar, ingresar en

Brote de gripe A H1N1 en la base española de Camp «Arena» (Herat, Afganistán) durante julio y agosto...

el Role 2, a los pacientes para poder asegurar su atención. A nadie se le escapará que con una ocupación del 342% las capacidades de personal del Role 2 estuvieron completamente desbordadas, y que fue la entrega del personal, especialmente auxiliar, el que permitió cumplir con la misión asignada.

– En segundo lugar, debemos realizar un control sobre estos pacientes. Las complicaciones en nuestro caso llegaron a ser del 12,24% (13 sobre 106 pacientes). ¿Es lógico «dejar» a un soldado con fiebre de 39° C en su dormitorio, debiendo autoatenderse durante la mayor parte del día, en una base militar en que las temperaturas oscilan entre 47°C en verano y –20°C en invierno?

– En tercer lugar, creemos que es necesario disponer de un protocolo de actuación para el invierno del 2009-2010 y 2010-2011 para nuestras Unidades en el exterior, siendo conscientes que en cada reemplazo o relevo puede producirse un brote al que debemos darle la atención adecuada y capaz de garantizar la operatividad de nuestras tropas.

– Por último, recordar que la función de la Sanidad Militar en Operaciones es la pronta recuperación de los efectivos para cumplir la misión encomendada. En este caso además, asegurar el mantenimiento de un número de efectivos suficiente para asegurar la seguridad del contingente y la misión, mediante las medidas preventivas, evitando picos agudos en el número de enfermos.

Notas finales

Destacar el importante trabajo que desempeñó el personal del Role 1 QRF/APOEL. Se encargó de una de las unidades de hospitalización, del control tras el alta hospitalaria de parte de los pacientes

y del control de la cuarentena de los contactos. Sin el apoyo de este personal al Role 2 la misión hubiera sido casi imposible.

Destacar la importante labor desarrollada por todo el personal del Role 2, haciendo especial mención al personal auxiliar y enfermeros. El 13,3% del personal del Role 2 sufrió la nueva gripe, y en ningún momento se disminuyó el nivel de atención a los pacientes, a pesar de los compañeros enfermos.

Finalmente, destacar nuevamente al personal del Role 2 en su conjunto, que a pesar de tener una ocupación superior al 300% siguió dando un servicio excepcional al resto de actividades en la FSB, principalmente a los MEDEVAC y evacuaciones de heridos de combate, que por desgracia fueron numerosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Información para los servicios de vigilancia epidemiológica de las CCAA. «Definición de casos humanos por nuevo virus de la gripe A/H1N1». Información actualizada de 07 julio 2009. Ministerio de Sanidad y Política social. En: www.mspes.es.
2. «Interin guidance for Clinicians on identifying and caring for patients with Swine-origin Influenza A (H1N1) virus infection». Centers for Disease Control and Prevention. En: www.cdc.gov/h1n1flu/identifyingpatients.htm. Consultado el 11 de julio de 2009.
3. «Interin guidance for novel H1N1 Flu (Swine Flu): Taking care of a sick person in your home». Centers for Disease Control and Prevention. En www.cdc.gov/h1n1flu/guidance_homecare.htm. Consultado en 11 de julio de 2009.
4. Informe de actualización nacional. «Situación de la gripe por nuevo virus A (H1N1) en España». Actualización 06-07-09. Ministerio de Sanidad y Política Social. En www.mspes.es.
5. HQ ISAF influenza A (H1N1) Contingency Plan, de 5 de mayo de 2009. NATO/ISAF Restricted.