

**Guía de estudio y manejo de casos y sus contactos para enfermedad similar a influenza, incluyendo el diagnóstico, manejo clínico y terapéutico.
Versión abril 27 de 2009, adaptación a influenza porcina.**

Bogota D.C.
Abril 2009

Autores:

Gustavo Aristizábal,MD

Médico pediatra, neumólogo, epidemiólogo

Carlos Awad,MD

Médico internista, neumólogo

Hospital de Santa Clara

Martha Isabel Alvarez,MD, MPH

Médica pediatra, infectóloga

Fundación CardioInfantil IC

Ana Cristina Mariño, MD

C0ordinadora Infectología Pediátrica Hospital Militar Central,SCP

Jorge Alberto Cortés,MD

Médico internista, especialista en infectología

Profesor de Medicina, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia

Presidente Capítulo Central, Asociación Colombiana de Infectología.

1. Objetivos generales de la guía

Brindar a los médicos generales y otros trabajadores del área de la salud con las definiciones para identificar los casos de enfermedad similar a influenza, así como las pautas de manejo de estos casos y sus contactos.

Se define como enfermedad similar a influenza para estas guías a las patologías que pudieran considerarse como posibles casos de influenza en caso de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declare que la pandemia se encuentre en fase 4,5 ó 6 (ver más adelante).

2. Aspectos cubiertos por esta guía

Los aspectos cubiertos en esta guía comprenden:

1. Definición de casos de enfermedad similar a influenza tanto para el adulto como para el niño
2. Estrategias de prevención para la comunidad, los trabajadores de la salud y las instituciones
3. Manejo clínico incluyendo indicaciones de manejo ambulatorio, recomendaciones de cuidado en casa, indicaciones de manejo hospitalario en primer, segundo y tercer nivel de atención, criterios para ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo (UCI).
4. Manejo de los contactos

3. Grupos de pacientes en los cuales esta guía tiene aplicación

Esta guía podría aplicarse a cualquier paciente que acuda a urgencias o cualquier centro de salud durante el período de riesgo pandémico. Esta guía se ha diseñado para manejo de pacientes pediátricos y adultos, de ambos géneros, sin importar la comorbilidad.

4. Usuarios de la guía

Los usuarios de esta guía serán los médicos generales y médicos especialistas en consulta externa, triage, urgencias y centros hospitalarios de salud, incluyendo todos los niveles de atención (I-III nivel) y para aquellos que manejan pacientes en programas domiciliarios o centros de atención crónica y ambulatoria.

5. Recomendaciones

Estas guías fueron modificadas de acuerdo a la información disponible a 25 de abril de 2009. Se modificaron las definiciones de caso, no así las recomendaciones, ya que tenemos la percepción de éstas deben ser similares en el momento.

5.1. Definición de caso

Definición de casos sospechoso de influenza A por un nuevo subtipo.

Persona de cualquier grupo de edad que presenta infección respiratoria aguda alta o baja acompañada de fiebre \geq a 38 °C y tos, con cuadro clínico de máximo de cinco días de evolución **Y** que reporta alguno de los siguientes antecedentes:

- Historia de viaje en los 7 días previos a países donde se han confirmado casos de influenza A H1N1 por subtipo nuevo **O**
- Contacto estrecho a un metro o menos de distancia con una persona que presenta IRA y con antecedente de viaje a países donde se han confirmado casos de influenza A H1N1 por subtipo nuevo **O**
- Caso de mortalidad por infección respiratoria aguda grave inusitada.

Caso probable de influenza A por un nuevo subtipo.

Persona que satisface los criterios para un caso sospechoso de influenza A por subtipo nuevo y en quien se identifica influenza A subtipo H1 o influenza A no subtipificable.

Caso confirmado de influenza A por un nuevo subtipo

Persona que cumple con los criterios de caso sospechoso o probable en quien se identifica influenza A subtipo H1N1.

Definición de conglomerado.

Dos o más casos sospechosos que presentan nexo por convivencia, estudio o trabajo.

En la definición de caso sospechoso la fiebre debe ser cuantificada por el caso o en la prestación de servicio de salud y los países afectados serán reportados por el boletín de situación de influenza A por subtipo nuevo disponible en la página web del Ministerio de la Protección Social.

5.2. Manejo clínico

Bajo la situación actual: NO HAY EVIDENCIA DE CIRCULACION DEL VIRUS EN COLOMBIA

6.2.1.¿CÓMO EVITAR LA TRANSMISIÓN?

Para la comunidad sin exposición conocida

- Lavado de manos frecuente, especialmente después de usar pañuelos de tela o papel
- Evitar saludar de mano y de beso
- Evitar frotarse los ojos
- En lo posible, evitar asistir sitios de concentración masiva, que no sean necesarios.

Para los trabajadores de la salud

1. Lavado de manos antes y después de entrar en contacto con todo paciente o con superficies tocadas por el paciente.
2. Usar guantes para el examen físico o cualquier contacto directo con pacientes sospechosos, probables o confirmados. Usar mascarilla quirúrgica (tapabocas de tela) para el contacto a menos de un 2m del paciente.
3. Para el personal en Unidad de Cuidados Intensivos, Reanimación, Urgencias o terapia respiratoria o que realice procedimientos como intubación orotraqueal, nebulización o broncoscopia, se recomienda el uso de máscara (respirador) de alta eficiencia N95 (mayor de

95% de filtración de partículas menores a 5 µm), y aislamiento de contacto con guantes y bata para manejo de estos pacientes.

4. Para el personal que toma las muestras para identificación viral se recomienda el uso de máscara (respirador) de alta eficiencia N95 (mayor de 95% de filtración de partículas menores a 5 µm), y aislamiento de contacto con guantes, bata, lentes protectores, polainas, gorros desechables.
5. Uso de mascarilla quirúrgica (tapabocas de tela) para el manejo de pacientes con cualquier síntoma respiratorio (aislamiento por gotas).

Para los servicios asistenciales:

1. Designación de áreas de espera y de hospitalización de pacientes con enfermedad similar a influenza para que no estén en contacto directo con otros grupos de pacientes.
2. Designación de grupos de personal de salud para el manejo de casos sospechosos.
3. Los casos sospechosos deben usar pañuelo de tela o tapabocas durante su estancia en el hospital.
4. Limitar las visitas de los familiares y la circulación de personal en las áreas con pacientes sospechosos, probables o confirmados.

Tabla. Equipo de protección personal para el cuidado de pacientes con influenza pandémica.

	Entrada al área de cohorte pero sin contacto con pacientes	Contacto estrecho con el paciente (menor a un metro)	Procedimientos que generan aerosoles
Higiene de manos	Sí	Sí	Sí
Guantes	No	Sí	Sí
Delantal de plástico	No	Sí	No
Traje	No	No	Sí
Máscara quirúrgica	Sí	Sí	No
Respirador	No	No	Sí
Protección ocular	No	Evaluación de riesgo	Sí

6.2.2. MANEJO DE LAS PERSONAS CON EXPOSICIÓN SIN SÍNTOMAS (CONTACTOS ASINTOMÁTICOS)

¿Cómo se definen epidemiológicamente los contactos asintomáticos de pacientes con enfermedad similar a influenza?

Se define contacto como toda persona que ha cuidado, vivido o tenido contacto estrecho con el caso sospechoso, probable o confirmado (según definición del protocolo de vigilancia epidemiológica) o ha estado compartiendo algún riesgo laboral, o haber tenido contacto directo con sus secreciones respiratorias o fluidos corporales. Se incluye el personal de salud.

Contactos de alto riesgo: Familiares de casos sospechosos, probables o confirmados. Trabajadores de la salud con contacto de pacientes sospechosos, probables o confirmados sin protección.

Contactos de bajo riesgo: trabajadores de la salud que no están en contacto estrecho (menor a 2 metros).

Estos individuos no presentan síntomas.

¿Cuál es el manejo de contactos?

· Deben vigilarse (la familia, el mismo individuo) por 7 días enfatizando en temperatura dos veces al día y síntomas respiratorios, y /o gastrointestinales en el caso de los niños

- No amerita consulta médica.

· No es necesario aislar en un centro médico a las personas en estas condiciones. Se les recomendará evitar la presencia en sus lugares de trabajo, escuelas, centro académico u otro tipo de lugar público.

· Ante la presencia de síntomas respiratorios durante los siguientes 7 días se deberá acudir al centro asistencial más cercano y solicitar la evaluación correspondiente; es obligatorio notificar previamente al personal de salud el antecedente de exposición a personas con Influenza.

- No se requiere solicitar estudios microbiológicos a contactos asintomáticos.

6.2.3 ¿QUÉ PACIENTES NO REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA Y CÓMO SE MANEJAN EN CASA?

Pacientes con:

- rinorrea, dolor faríngeo, fiebre, tos, cefalea, dolores musculares, malestar general que no comprometen su estado general
- No presentan dificultad respiratoria
- No hay alteración del estado de conciencia
- Tolera la vía oral
- En niños menores de dos meses la presencia de fiebre obliga a consultar, así como la disminución de la ingesta.

Manejo de los pacientes que no ameritan consulta médica:

- Acetaminofén para tratar mialgias y artralgias (ver tabla dosificación)
- Líquidos apropiados y abundantes: en niños se deben dar fraccionados.
- Reposo y permanencia en casa.
- No fumar y evitar exponerse al humo.

- NO uso de aspirina en menores de 18 años.
- Incapacidad para laborar o estudiar (aislamiento social) por 7 días.
- No usar antitusivos, antibióticos ni medicamentos que no sean prescritos por médicos.
- Estar atentos a síntomas o signos que requieren atención médica.

6.2.4. ¿QUIÉNES REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA?

Aquellos personas que presentan:

- Deshidratación
- Disnea (dificultad respiratoria)
- Dolor torácico
- Vómito persistente
- Deterioro neurológico
- Reparición de la fiebre después de la defervescencia inicial
- Espudo purulento asociado a alguno de los síntomas anteriores
- Niños que presenten respiración rápida, o ruidos en el pecho al respirar, imposibilidad de beber líquidos , o niño menor de 2 meses que disminuya el apetito o presente fiebre.

NOTA : Se debe buscar manejar el mayor número posible de casos a nivel ambulatorio o domiciliario, y de requerir una atención institucional, en el caso de los niños debe intentarse manejo bajo estrategia de Salas ERA, si es un caso de leve intensidad, y esta requiriendo aportes bajos de oxígeno, con un seguimiento estricto telefónico o presencial en las siguientes 48 horas para quienes logren darse de alta, apoyado eventualmente por estrategia de oxígeno domiciliario. En el caso de los adultos evaluar la opción de adaptar una estrategia equivalente de acuerdo a las características de cada institución.

6.2.5. DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

En adultos:

6.2.5.1.¿Cuáles son los criterios de hospitalización en primer nivel?

- Paciente que requieren atención médica y presentan:
 - Disnea leve que logran saturación mayor a 90% a 2lt/min.
 - Toleran bien la vía oral
 - Evolucionan favorablemente con el manejo inicial en las primeras 24 hrs.
 - Motivos socioeconómicos o geográficos que imposibiliten su seguimiento.

Manejo en primer nivel:

- Medidas para evitar la transmisión
- Hidratación (oral o SSN si no tolera la vía oral)
- Oxígeno por cánula nasal hasta 2lt/min
- Acetaminofén (ver dosificación)
- Monitorización de signos vitales cada 4 hrs
- Remitir en caso de evolución desfavorable.
- Tomar muestra para virus influenza en casos sospechoso

6.2.5.2. ¿Cuáles son los criterios de hospitalización en segundo nivel?

Pacientes que requieren atención médica y presentan:

- o Evolución desfavorable en el primer nivel
- o Dificultad respiratoria dada por:
 - o retracciones supraclavicular, o intercostales, uso de músculos accesorios,
 - o cianosis
 - o saturación O₂ menor de 90% con oxígeno por cánula nasal a un flujo de O₂ de 2 lit por minuto, en adultos, o en niños con oxígeno por cánula nasal a un flujo de O₂ de 1 lit por minuto.
 - o Presencia de sepsis severa, definida por dos ó más de los siguientes:
 - o taquicardia (frecuencia cardíaca mayor a 90 latidos por minuto)
 - o taquipnea (frecuencia respiratoria mayor a 20 respiraciones por minuto)
 - o leucocitosis (más de 12.000 leucocitos por μ l) o leucopenia (menos de 4.000 leucocitos por μ l)
 - o fiebre (temperatura mayor a 38°C) o hipotermia (temperatura inferior a 36°C)
 - o más disfunción de un órgano, que puede corresponder a uno de los siguientes:
 - hipotensión
 - Alteraciones neurológicas (obnubilación, confusión, etc.)
 - Falla renal (oliguria o elevación de creatinina)
 - Falla cardiovascular
- Radiografía de tórax que muestre lesión lobar

- Paciente con comorbilidad de base (EPOC, diabetes, falla cardíaca, cardiopatía).

Manejo segundo nivel:

- Medidas para evitar la transmisión
- SSN de acuerdo a requerimiento por nivel de deshidratación
- Oxígeno por cánula nasal o ventury de acuerdo a saturación
- Acetaminofén (ver dosificación)
- Monitorización de signos vitales cada 4 hrs
- Tomar muestra para virus influenza en casos sospechoso
- Tomar hemograma, radiografía del tórax, pruebas de función renal
- Remitir en caso de evolución desfavorable.
- Egreso hospitalario con tolerancia de la vía oral, desaparición de la fiebre, ausencia de disnea y saturación mayor a 85% al aire ambiente.

6.2.5.3. ¿Cuáles son los criterios de hospitalización en la tercer nivel/ Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)?

Criterios hospitalización en tercer nivel/UCI para pacientes adultos y pediátricos incluye alguno de los siguientes o de acuerdo a la consideración del equipo de la UCI:

- Falla multiorgánica.
- Inminencia o falla ventilatoria.
- Paciente con deterioro neurológico progresivo.

La siguiente tabla muestra un resumen de las recomendaciones:

En Niños**¿Cuáles son los criterios de hospitalización en primer nivel?**

Paciente que no reúne los criterios de segundo ni de tercer nivel, pero que presente dificultad respiratoria de leve intensidad y requiere oxígeno por cánula nasal a máximo 1 litro por minuto, y que no logra controlarse dentro del esquema de manejo de las Salas ERA .

Manejo en primer nivel:

- Medidas para evitar la transmisión
- Hidratación (oral o SSN si no tolera la vía oral)
- Oxígeno por cánula nasal hasta 1lt/min
- Beta 2 inhalados en IDM, con inhalocámara, en esquema de exacerbación si hay componente bronco obstructivo

- Acetaminofén (ver dosificación)
- Monitorización de signos vitales cada 4 hrs
- Remitir en caso de evolución desfavorable.
- Tomar muestra para virus influenza en casos sospechoso

¿Cuáles son los criterios de hospitalización en segundo nivel?

1. Niño entre 3 y 12 meses con cuadros de componente bronco obstructivo o Neumonía.
2. Todos los niños con los diagnósticos definidos previamente, que requieran oxígeno a más de 1 litro por minuto con cánula nasal, para lograr saturación de oxígeno mayores de 90%.
3. De reunir criterios de manejo en salas ERA, aquel que teniendo estas condiciones no responda rápidamente al manejo definido para las mismas.

Manejo segundo nivel:

- o Medidas para evitar la transmisión
- o SSN de acuerdo a requerimiento por nivel de deshidratación, Vía oral según tolerancia
- o Oxígeno por cánula nasal o ventury de acuerdo a saturación.
- o Beta 2 inhalados en IDM, con inhalocámara, en esquema de exacerbación si hay componente bronco obstructivo
- o Acetaminofén (ver dosificación)
- o Monitorización de signos vitales cada 4 hrs
- o Tomar muestra para virus influenza en casos sospechoso
- o Tomar hemograma, radiografía del tórax, pruebas de función renal
- o Remitir en caso de evolución desfavorable.
- o Egreso hospitalario con tolerancia de la vía oral, desaparición de la fiebre, ausencia de disnea y saturación mayor a 85% al aire ambiente.

¿Cuáles son los criterios de hospitalización en tercer nivel?

Cualquier niño que presente alguno de los siguiente indicadores de severidad, debe ser remitido a una Institución de tercer nivel:

1. Idealmente todo menor de tres meses con requerimiento de oxígeno, o niño de cualquier edad con requerimientos de oxígeno con cámara cefálica, a más de 35% de FIO₂ (fracción inspirada de oxígeno). De reunir criterios de manejo en salas ERA, aquel que teniendo estas condiciones no responda rápidamente al manejo definido para las mismas.
2. Imposibilidad para beber líquidos.
3. Vomita todo.

4. Estridor en reposo.
5. Letárgico o inconsciente.
6. Paciente con cuadro clínico de sépsis o aspecto tóxico.
7. Paciente con enfermedad pulmonar crónica de base o cardiopatía.
8. Niño o niña menor de seis meses de edad cronológica con antecedente de prematuridad extrema.
9. Episodios de apnea durante la enfermedad actual.

Manejo tercer nivel:

De acuerdo a las características de cada caso en particular, en protocolos acordes a las condiciones de la situación presentada para los casos que ameriten tercer nivel con o sin UCI

6.3.MANEJO ANTIVIRAL (OSELTAMIVIR)

Las indicaciones para uso de antivirales en adultos incluyen cualquiera de los siguiente, de acuerdo a disponibilidad de los medicamentos y criterios médicos (ver cuadro de dosificaciones):

- Paciente previamente sano con criterio de hospitalización en UCI
- Trabajador de salud con enfermedad similar a influenza con exposición a casos sospechosos, probables o confirmados
- Gestante en 2 y 3 trimestre

Las indicaciones para uso de antivirales en niños incluyen cualquiera de los siguiente, de acuerdo a disponibilidad de los medicamentos y criterios médicos:

- Pacientes en grupos de riesgo quienes tienen alto riesgo de presentar influenza severa y complicada:
 - fibrosis quística
 - displasia broncopulmonar
 - cardiopatía congénita compleja
 - neumopatía crónica
 - IRC
 - inmunosuprimidos y SIDA)
- Pacientes en quienes se considera benéfica la disminución de los síntomas, y la reducción del periodo sintomático:
 - niños previamente sanos con enfermedad severa y criterios de hospitalización en UCIP
- Pacientes con circunstancias sociales, personales, o familiares en quienes la enfermedad implica un riesgo alto para el paciente o su entorno.

El tratamiento debe iniciarse 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 a 7 días), salvo en los casos de UCI donde debe analizarse la situación de cada caso en particular para evaluar su justificación, a la luz de los avances que se estén logrando sobre su utilidad por la entidades internacionales de salud.

6.4. OTRAS MEDIDAS FARMACOLOGICAS

6.4.1 ¿Qué medicamentos no se deben administrar?

Los siguiente medicamentos están contraindicados en algunas situaciones:

- Salicilatos (aspirina) en menores de 18 años
- Ribavirina
- Oseltamivir en los menores de un año de edad
- Rimantadina en menores de 7 años
- Zanamivir en menores de 13 años

6.4.2 Manejo antibiótico

El manejo antibiótico recomendado se realizará en los siguientes pacientes adultos o pediátricos que presentan:

- Diagnóstico sindromático de neumonía (taquicardia, taquipnea, , y en niños retraccione, estertores localizados con compromiso radiográfico lobar o multilobar).
- Pacientes con mejoría de episodio febril respiratorio inicial que presentan complicación (nuevo episodio de síntomas y hallazgos sugestivos de neumonía).
- En adultos y niños que no hayan recibido previamente antibióticos se administrará ampicilina/sulbactam. En niños mayores de 2 años que no hayan recibido previamente antibióticos se administrará ampicilina.
- En pacientes con uso previo de antibióticos el uso se hará de acuerdo a a la epidemiología local de las infecciones respiratorias nosocomiales.

Anexo Dosificaciones

	Adultos	Niños
Acetaminofén	500mg cada 6 hrs (máximo 4g/día)	Solo con fiebre (temperatura mayor a 38,3C) 10-15mg/K por dosis hasta cada 6 horas
Oseltamivir	75mg cada 12 hrs por 5 días	Menores de 13 años: <ul style="list-style-type: none"> • 30mg cada 12 hrs para <15Kg • 45mg cada 12hrs para >15-23Kg • 60mg cada 12 hrs para >23Kg-40Kg • 75mg cada 12 hrs para

		>40mg
Ampicilina/sulbactam	1,5g IV cada 6 hrs	200-300mg/K/día dividido en 4 dosis (cada 6 hrs)
Ampicilina		200-400mg/K/día dividido en 4 a 6 dosis (cada 4-6 horas)