

RECOMENDACIONES GENERALES PARA ABORDAR EL MANEJO CLÍNICO DE CASOS POR INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INFLUENZA A H1N1

General Recommendations for Clinical Management of Influenza A(H1N1) Infection Cases

Organización Panamericana de la Salud
Oficina de la Sub-Directora. Área de Sistemas y Servicios de Salud*

En atención a la emergencia que está ocasionando la aparición de casos de *Influenza* por el virus A H1N1 y que ha desencadenado la respuesta de los establecimientos de salud en varios países del mundo, es necesario que las Autoridades Sanitarias de los países de la región y en particular los establecimientos de salud, adopten y difundan dentro del personal médico pautas básicas para el manejo de los casos que pudieran presentarse. Las recomendaciones que se dan a continuación señalan en especial aspectos inherentes al abordaje del caso con algunas referencias sobre aspectos terapéuticos. Tópicos más específicos deberán ser incorporados y definidos por los grupos clínicos en estrecha coordinación con la Autoridad Sanitaria, de acuerdo a los protocolos existentes en su medio.

1. Criterios Clínicos que generan sospecha de infección por virus *Influenza* A H1N1 (ver Cuadro 1, IRAG y ETI)

- fiebre mayor o igual a 38 °C
- rinorrea
- tos
- odinofagia

También se puede presentar:

- cefalea intensa, disnea, mialgias, artralgias, náusea, vómitos y diarrea.

2. Criterios Epidemiológicos:

- toda persona que resida, proceda o haya viajado en los últimos **siete** días a una zona o país donde existan casos confirmados de *Influenza* A H1N1;
- toda persona que haya estado en contacto cercano con un caso probable o confirmado (o fallecido) por *Influenza* tipo A H1N1. Se define como contacto cercano a aquella persona que ha estado a menos de 6 pies (1,80 m) de distancia de una persona enferma que tiene un caso confirmado de infección por el virus de la *influenza* A.

3. Criterios de laboratorio:

- PCR en tiempo real
- Cultivo viral

4. Transmisión y evolución:

- Se transmite fácilmente de persona a persona al hablar, por estornudos o tos y puede ser confundida con los cuadros gripales graves distintos a la *Influenza* que son causados por diferentes virus.

Cuadro 1. Enfermedad tipo *Influenza* (ETI)- Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

Definición de ETI: Aparición súbita de fiebre superior a 38°C, **más** tos o dolor de garganta y ausencia de otras causas.

Definición de IRAG (Para individuos de cinco y más años): Aparición súbita de fiebre superior a 38°C, más tos o dolor de garganta y disnea o dificultad para respirar.

Definición de IRAG (Para niños menores de 5 años): la definición se ha adoptado del programa de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI):

- Cualquier niño menor de 5 años en el que se sospeche clínicamente la **presencia de neumonía o neumonía grave o muy grave y requiera hospitalización.**

Todo niño con sospecha de **neumonía** presenta:

- Fiebre (temperatura >38 C) **más,**
- Tos o dificultad respiratoria.

Se considera **dificultad respiratoria:**

- En menores de 2 meses de edad: más de 60 respiraciones por minuto;
- De 2 a 11 meses de edad: más de 50 respiraciones por minuto;
- De 12 meses a 5 años: más de 40 respiraciones por minuto

Todo niño con **neumonía grave** presenta:

- Fiebre (temperatura >38 C) **más,**
- Tos o dificultad respiratoria **más,**
- tiraje subcostal y/o estridor en reposo, **o**
- cualquiera de los siguientes signos generales de peligro (enfermedad grave):
- no puede beber,
- todo lo vomita,
- letárgico o inconsciente,
- convulsiones

La sospecha de IRAG se fundamenta en síntomas y señales clínicas y no es necesaria la RX de tórax para considerar un caso sospechoso.

- El período de incubación generalmente es de 1 a 4 días, con un promedio de 2 días.
- Los adultos pueden contagiar el virus desde un día previo al comienzo de los síntomas y hasta 7 días después.
- Los niños pueden transmitirlo durante un período de hasta 14 días, posterior al inicio de los síntomas.
- **Evolución:** La mayoría de las personas que contraen la *Influenza* presentan una mejoría el lapso de una a dos semanas. Sin embargo se ha observado que algunos casos evolucionan con empeoramiento clínico, con infecciones agregadas del tracto respiratorio bajo (neumonías), con cuadros de gravedad y en ocasiones desenlace fatal, más frecuente en personas con enfermedades crónicas subyacentes, embarazadas e inmunosuprimidos.

5. Para construir el caso y su manejo, tener en cuenta:

Cada país deberá construir/ajustar su definición de caso sospechoso o probable, a partir de los criterios anteriormente señalados. Estas definiciones deberán irse ajustando en el tiempo, de acuerdo a las características y evolución de la *Influenza* tipo A H1N1, en función

* Documento Técnico 2, Reproducido con permiso.

de las condiciones y recursos de los sistemas y servicios de salud.

Para caso Sospechoso: Tener en cuenta los criterios clínicos y al menos un criterio epidemiológico.

Para caso Probable: Tener en cuenta los criterios clínicos, al menos un criterio epidemiológico y una prueba de positiva por *Influenza A* no sub-tipificable por PCR en tiempo real.

Para caso Comprobado: Cuando exista confirmación de laboratorio.

6. Triage:

Es el primer paso del abordaje. Se trata de un proceso sistemático que permite la clasificación de un paciente con base en su estado y relacionarlo con el tipo de atención inmediata que debe recibir. Todos los pacientes sometidos a triage son objeto de algún tipo de atención, aun sea diferida.

Los objetivos del TRIAGE son:

- Reducir el riesgo de transmisión o contagio
- Determinar tipo y severidad de la enfermedad (diagnostico diferencial).
- Priorizar la atención y definir o asignarle el destino inmediato del paciente (aislamiento, manejo ambulatorio, otros departamentos o el domicilio).
- Disposición adecuada de pacientes según el nivel de atención requerido, para evitar la sobrecarga innecesaria en los Establecimientos de Salud y el uso inadecuado de recursos humanos y técnicos.
- Recopilar información que facilite la identificación u localización posterior del paciente.

Características del espacio físico destinado para TRIAGE:

- Identificar y adaptar un área física exclusiva para realizar la clasificación y atención ambulatoria de personas con sintomatología respiratoria. Debe tener restricciones de uso y tránsito y estar separada de ambientes hospitalarios y/o de consulta externa.
- Establecimientos de primer nivel de atención ambulatoria sin camas (Centros de salud, clínicas menores, otros), deberán identificar y acondicionar un espacio o consultorio para la atención de sintomáticos respiratorios, o implementar en el espacio actual las medidas de protección personal y aquellas dirigidas a la reducción de la transmisión aquí enunciadas.
- Considerar la alternativa de que personal de apoyo logístico y/o administrativo (vigilancia, recepción, otro), apoye el direccionamiento de las personas que demandan consulta por sintomatología respiratoria hacia esta área acondicionada. Complementar con señalización y mensajes claros que orienten y conduzcan a los usuarios. Establecimientos pequeños de atención ambulatoria (centros de salud, clínicas menores), colocar recomendaciones para usuarios en lugar visible e implementar medidas de bioseguridad, tales como entrega de mascarillas tipo quirúrgico rígidas a personas que acuden a consulta y comparten sala de espera.
- Los casos sospechosos y sus acompañantes (preferiblemente ninguno o máximo uno por cada caso), deberán ser derivados a la sala de espera del área destinada para TRIAGE. Es conveniente que esta sala, ante el elevado número de casos esperados, sea amplia, ventilada y con servicios de aseo propios.

- Los casos que sean descartados como sospechosos deberán ser redireccionados al servicio pertinente (urgencias, consulta externa, etc.): Se recomienda que se le entregue a estos pacientes un documento que indique que fue sometido a TRIAGE y señale la calificación de DESCARTADO.
- Los consultorios destinados al TRIAGE deberán contar con facilidades para el interrogatorio y examen físico, la higiene de manos y manejo de desechos.
- El área destinada a Observación de casos sospechosos deberá contar con oxígeno, facilidades para toma de muestras bajo medidas de bioseguridad, procedimientos y estabilización de pacientes.
- Todo el personal destinado al área de TRIAGE debe disponer y utilizar elementos de protección personal básicos, tales como: mascarilla tipo quirúrgico para la totalidad del personal y pacientes (y acompañante) que ingresan a esta área; guantes desechables para el personal asistencial y cualquier otro que en un momento dado deba entrar en contacto cercano con el paciente (toma de muestras, aseo, camilleros, otros).

7. Organización de equipos de atención domiciliar/extramural:

- Algunos países han organizado la atención de primer nivel conformando “equipos de atención” que asumen la vigilancia y atención de un grupo determinado de familias que comparten un espacio comunitario. Ejemplos de ellos son los EBAS de Costa Rica, Las UNAP de la Republica Dominicana, “Salud a su casa” en Bogotá, entre otros. Usualmente estos equipos están integrados al menos por un médico general y una auxiliar de enfermería, y revisten especial valor estratégico para la atención domiciliar de casos sospechosos, probable y/o confirmados, junto con sus contactos potenciales. Coordinan acciones sirviendo de enlace con servicios de atención de mayor complejidad (hospitales).
- La atención extramural es clave para mantener disponibilidad de camas en niveles de mayor complejidad y además contribuye a reducir el riesgo de propagación. En muchos países y territorios se están organizando servicios destinados orientar a la comunidad para atender dudas y consultas mediante líneas telefónicas o “call centers”, los cuales es necesario articular a los servicios de salud. Para facilitar estas articulaciones, se incluyen las siguientes recomendaciones:
- Conformar los equipos de atención domiciliar/extramural. Idealmente por medico general y enfermera/auxiliar de enfermería.
- Organizar territorialmente la distribución de responsabilidades de los equipos y articulados con hospital de referencia. Compartir estas informaciones con responsables de “call centers” o líneas telefónicas de consulta, de manera tal que quienes reciben la llamada sepan a donde redireccionar al ciudadano que llama, de acuerdo a necesidades, o bien, activar al equipo de atención domiciliar/extramural para que asista a la dirección indicada.
- Capacitación rápida de estos equipos para el adecuado diagnostico y manejo de casos sospechosos, y garantizar la articulación/comunicación de estos servicios extramurales con los demás establecimientos de la red de atención, de acuerdo a

las características que sean definidas en cada territorio. Incluir medidas de aislamiento, conducta inmediata a seguir en cada caso, exámenes complementarios, otros.

- Dotar a cada equipo de mascarillas de tipo quirúrgico (preferiblemente rígidas), guantes desechables (no estériles), batas, gafas, alcohol en gel, equipo básico de examen clínico (termómetros, fonendoscopio, tensiómetro, equipo de diagnóstico con otoscopio y laringoscopio, oxímetro de pulso, otros de acuerdo a capacidad y necesidades), papelería de registro y formularios con formatos de llenado rápido que faciliten la anamnesis, lista de chequeo para direccionar el examen clínico en busca de signos y síntomas que permitan clasificar rápidamente el caso. Búsqueda de factores de riesgo asociados (ver listado en grupos de riesgo); que contribuya a la toma de decisiones al momento de la visita (inicio de tratamiento, pruebas y exámenes complementarios, remisión a centro de atención hospitalario).

Apoyo logístico para los equipos de atención domiciliar/extramural:

- Dotar a estos equipos de teléfono móvil y/o radio, para que puedan entrar en contacto directo y en forma ágil con el hospital o centro de referencia, evacuar dudas, comunicar casos o situaciones especiales, coordinar eventuales traslados de pacientes, recibir llamadas del “call center” o del centro de “despacho” de atención telefónica habilitado para el público.
- Transporte para movilizar los equipos.
- Disponibilidad de ambulancias equipadas para traslado de casos que por su condición ameritan manejo intrahospitalario.
- Facilidades para toma y transporte de muestras.
- Stock de tratamiento antiviral para inicio inmediato.
- Stock de mascarillas y guantes para dejar en el domicilio visitado cuando amerite implantar medidas de aislamiento.
- Material impreso con recomendaciones a la familia (medidas de aislamiento y protección personal, uso de medicamentos, riesgos de automedicación, signos de alerta e instrucciones para consultar de nuevo en caso necesario).
- Recomendaciones para toma y manejo de muestras.
- El equipo de atención domiciliar debe estar en capacidad de evaluar condiciones especiales referentes al caso (personas con discapacidad o pacientes geriátricos con pobre soporte familiar, turistas, enfermos mentales, entre otros) o sus contactos, que representen mayor riesgo en su evolución clínica, en la posibilidad de contagio a otros y dificultades en el seguimiento por múltiples razones (mala accesibilidad, inseguridad, falta de comunicación, etc.).

8. Recomendaciones de manejo:

Recomendaciones para el manejo ambulatorio

- Analgésicos/antipiréticos (no administrar ácido acetilsalicílico, especialmente en niños)
- Líquidos apropiados y abundantes: en niños se deben dar fraccionados.
- Reposo y permanencia en casa.
- Medidas de control de infecciones

- Seguimiento de evolución clínica por equipo extramural o vía telefónica, chequeando síntomas de alerta.

Recomendaciones para el manejo hospitalario

- Analgésicos/antipiréticos (evitar ácido acetilsalicílico) Oxigenoterapia
- Hidratación (vía oral o parenteral)
- Monitoreo
- Tratamiento farmacológico complementario según clínica de paciente
- Medidas de control de infecciones
- Seguimiento de evolución clínica por equipo extramural o vía telefónica, chequeando síntomas de alerta.
- Egreso hospitalario con tolerancia de la vía oral, desaparición de la fiebre, ausencia de disnea y saturación de oxígeno mayor a 85% al aire ambiente.

Recomendaciones durante el traslado de un caso confirmado o probable:

- Colocar mascarilla quirúrgica rígida al enfermo
- El personal debe utilizar mascarilla quirúrgica rígida y guantes desechables (no estériles) durante el traslado del paciente.
- El personal debe realizar lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol gel, antes de colocarse la mascarilla y los guantes y también cuando sean retirados.

Recomendaciones especiales para el manejo domiciliar:

- Asegurarse de que existen condiciones para aislamiento en domicilio y bioseguridad; además de verificar que se cumplan.
- Disponer de equipos de atención extramural, debidamente capacitados y dotados.
- Asegurar comunicación permanente y fluida entre equipo de salud y el caso (y su familia).
- Aislar al enfermo en su domicilio durante 7 días, después de la aparición de los primeros síntomas o hasta 24 horas después de la remisión de los datos clínicos.
- Separar al enfermo de las demás personas en una habitación individual, si la hay. Si la persona enferma necesita desplazarse a otra parte de la casa, debe usar una mascarilla de tipo quirúrgico.
- Se le debe instar al enfermo a que se lave las manos con frecuencia y que siga las prácticas de higiene respiratoria.
- Los vasos y otros utensilios para comer que utilice el paciente se deben lavar bien con agua y jabón antes de que los use alguien más. No compartir vasos, platos y cubiertos, así como alimentos y bebidas y utensilios de aseo personal
- Utilizar mascarilla quirúrgica rígida.
- El paciente debe usar en forma permanente mascarilla tipo quirúrgica en presencia de otras personas (que cohabiten) hasta la resolución de la sintomatología del paciente con infección respiratoria aguda.
- Desechar el equipo de protección personal utilizado (mascarilla) ante el deterioro de la misma (humedad, rotura, suciedad) en una bolsa de plástico y mantenerla cerrada.
- Realizar lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol-gel inmediatamente después de cada contacto.

Recomendaciones para la entrevista de un caso confirmado o probable:

- Mantener una distancia mayor de 1.80 metros de la persona enferma si no se cuenta con barreras de protección.
- Utilizar mascarilla tipo quirúrgica.
- Desechar el equipo de protección personal utilizado (mascarilla) en una bolsa de plástico para residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- Realizar lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol gel.

Recomendaciones al familiar o cuidador de un caso probable o confirmado (en el domicilio):

- Utilizar mascarilla tipo quirúrgica.
- No saludar invariablemente de mano, de beso o de abrazo.
- No acudir a sitios concurridos y si es indispensable hacerlo, acudir portando en todo momento mascarilla tipo quirúrgica.
- Toser o estornudar en un pañuelo desechable que deberá ser eliminado inmediatamente en una bolsa de plástico y mantenerla cerrada. En caso de carecer de pañuelo desechable debe toser o estornudar sobre la cara interna de su antebrazo.
- Usar de forma permanente mascarilla hasta la resolución de la sintomatología del paciente con infección respiratoria aguda.
- Desechar el equipo de protección personal utilizado (mascarilla) ante el deterioro de la misma (humedad, rotura, suciedad) en una bolsa de plástico y mantenerla cerrada.
- Realizar lavado minucioso de manos con jabón y agua o desinfección con alcohol-gel inmediatamente después de cada contacto.
- Lavar los platos, vasos y cubiertos del paciente con abundante agua y jabón cada vez que sean usados por él o por cualquier otra persona. No se requiere separar los utensilios del paciente si el lavado es adecuado.

9. Protocolo de manejo antiviral (oseltamivir, zanamivir):

Las indicaciones de estos antivirales están descritas y aceptadas para tratamiento y profilaxis, pero su uso estará determinado por las directrices que haya definido la autoridad sanitaria en términos de metas y grupos prioritarios según la disponibilidad real estimada del medicamento. Las indicaciones para uso de antivirales incluyen cualquiera de los siguientes, según criterios médicos (Cuadro 2):

Protocolo para TRATAMIENTO: *Indicado en casos sospechosos, probables o confirmados, cuando:*

- Paciente con progresión rápida de su enfermedad.
- Paciente con criterio de hospitalización en UCI
- Paciente con diagnóstico clínico y radiográfico de neumonía que requiera hospitalización en segundo o tercer nivel.
- Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o patología pulmonar previa que requiera hospitalización en segundo o tercer nivel.

Cuadro 2. Posología de antivirales para influenza.

| Antiviral | Dosis adultos | Dosis niños |
|-------------|--|---|
| Oseltamivir | 75mg cada 12 hrs por 5 días | Para el tratamiento en menores de 1 año el CDC ha recomendado el uso de oseltamivir cuando el beneficio es mayor que el riesgo. Las dosis sugeridas son: <ul style="list-style-type: none"> • < 3 meses 12 mg dos veces al día por 5 días • de 3 a 5 meses 20 mg dos veces al día por 5 días • de 6 a 11 meses 25 mg dos veces al día por 5 días Para niños mayores de 1 año las dosis son las siguientes, durante cinco días: <ul style="list-style-type: none"> • Para aquellos con peso menor de 15 kg es de 30 mg dos veces al día. • Para aquellos que pesan entre 15 kg hasta 23 kg, la dosis es de 45 mg dos veces al día. • Para niños que pesan más de 23 kg hasta 40 kg, la dosis es de 60 mg dos veces al día. Para niños que pesan más de 40 kg, la dosis es de 75 mg dos veces al día. |
| Zanamivir | 2 inhalaciones de 5 mg cada una. Dos veces al día durante siete días | 2 inhalaciones de 5mg (10mg total) dos veces al día (edad, 7 años o mayor) |

Efectos adversos asociados al oseltamivir: síntomas gastrointestinales, bronquitis y tos, disnea y fatiga, síntomas neurológicos como cefalea insomnio y vértigo. Se han reportado como poco frecuentes: exantema cutáneo, reacciones alérgicas y trastornos del sistema hepatobiliar. Las convulsiones y los trastornos neuropsiquiátricos se ven principalmente en niños y adolescentes.

Efectos adversos asociados al Zanamivir. son poco frecuentes e incluyen broncoespasmo y fenómenos alérgicos.

- Cardiopatía congénita compleja que requiera hospitalización en 2° ó 3° nivel.
- Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que requiera hospitalización
- Trabajador de salud con enfermedad similar a Influenza con exposición a casos probables o confirmados.
- Gestante en segundo y tercer trimestre.
- Falla cardíaca o patología cardíaca previa que requiera hospitalización en segundo o tercer nivel.
- Terapia inmunosupresora, transplante o VIH/SIDA.
- Pacientes con otras enfermedades crónicas subyacentes que presenten progresión al deterioro.
- Pacientes con circunstancias sociales, personales, o familiares en quienes la enfermedad implica un riesgo alto para el paciente o su entorno (Ejemplos: pacientes en albergues e instituciones de bienestar, beneficiarios de alojamientos temporales, comunidades cerradas).

El tratamiento debe iniciarse en las primeras 48 horas de aparición de los síntomas (idealmente antes de las 36 hrs en niños menores de 12 años) 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 en particular. El Cuadro No. 3 muestra una sinopsis del manejo de cada tipo de caso.

RECONOCIMIENTO. Al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Institución que condujo la elaboración de la Guía de Práctica Clínica Preliminar para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Influenza tipo AH1N1, cuyos contenidos centrales han sido incorporados en las presentes recomendaciones. Para consultas sobre dicha guía, dirigir su correspondencia a la División de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 2ª, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 52 86 29 95.

Cuadro 3. Sinopsis del abordaje clínico del caso de influenza A.

| Caso | Destino | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|
| | Manejo ambulatorio | | Manejo intrahospitalario | |
| Sospechoso/ Probable | Paciente estable , sin complicaciones pulmonares ni enfermedad crónica agregada, no incluido en grupos de riesgo. ¹ | Recomendaciones generales, uso de maskarilla y aislamiento domiciliario, tratamiento sintomático. Seguimiento clínico por equipo profesional extramural. Reconsultar si presenta Síntomas ² de alerta. Realizar pruebas para diagnóstico etiológico de acuerdo a fase pandémica y protocolo. <i>Considerar inicio de tratamiento antiviral de acuerdo a protocolo.</i> | Paciente con compromiso pulmonar y/o enfermedad crónica descompensada. Sin posibilidad de seguimiento clínico por equipo extramural. Medidas de aislamiento, compensar enfermedad crónica y tratamiento de complicación pulmonar. <i>Considerar inicio de tratamiento antiviral de acuerdo a protocolo.</i> | |
| Confirmado | Paciente estable , sin complicaciones pulmonares ni enfermedad crónica agregada, no incluido en grupos de riesgo. | Recomendaciones generales, uso de maskarilla y aislamiento domiciliario, tratamiento sintomático. Seguimiento clínico por equipo profesional extramural. <i>Considerar tratamiento antiviral de acuerdo a protocolo.</i> | Paciente con compromiso pulmonar y/o enfermedad crónica descompensada. Sin posibilidad de seguimiento clínico por equipo extramural. | Medidas de aislamiento, compensar enfermedad crónica y tratamiento de complicación pulmonar. <i>Considerar tratamiento antiviral de acuerdo a protocolo.</i> |

¹Pacientes en grupos de riesgo que tienen alto riesgo de presentar Influenza grave y complicada: inmunosuprimidos, fibrosis quística, displasia broncopulmonar, cardiopatía congénita compleja, neumopatía crónica, insuficiencia renal crónica.

²Recurrir al médico si hay: deshidratación (niños), aparece dificultad respiratoria, dolor torácico, esputo purulento, vómito persistente, deterioro neurológico, aparición de alguno de los criterios de hospitalización anotados.

SECRETARÍA DE ASUNTOS EDUCATIVOS Y CULTURALES
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Convocan a:

Asamblea Anual del 2009

Viernes 25 de septiembre, desde las 8:00 a.m.
Club Social del Colegio Médico de Honduras

Se hará calendarización de las actividades académicas del 2010.