

**Guía de estudio y manejo de casos y sus contactos para
enfermedad similar a influenza, incluyendo el diagnóstico,
manejo clínico y terapéutico.
Versión abril 26 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

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 los 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 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 adulto como pediátrico
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. Introducción

Los virus de la influenza corresponden a virus RNA de cadena sencilla, de distribución mundial, que son capaces de afectar diferentes clases de especies de animales, incluyendo al hombre. Hay 3 virus influenza: A, B y C. De ellos, el más importante por su circulación y patogenicidad es el A. Los virus se pueden clasificar dependiendo de cambios en la secuencia de aminoácidos de dos proteínas fundamentales para el virus, la hemaglutinina (H) y la neuroaminidasa (N). Estas proteínas son importantes para la adherencia del virus a los tejidos. Estas proteínas tienen una gran posibilidad de variabilidad genética, que se traduce en diferentes serotipos (H1N1, H2N1, H3N2, etc). Algunos de estos serotipos circulan entre los humanos con una variabilidad geográfica y temporal. Estos serotipos son reconocidos y, a partir de ellos, se formula una vacuna estacional que tiene posibilidades de inducir una respuesta inmunológica en los individuos vacunados para prevenir la infección estacional.

Por otro lado algunos virus tienen una circulación más amplia entre las aves, ocasionando la influenza aviar. El riesgo para los humanos, sucede cuando virus altamente prevalentes entre las aves tienen el riesgo de transmitirse a los humanos y, eventualmente, de transmitirse entre los humanos. En estos casos, una especie viral nueva introducida en los humanos se comporta con una alta patogenicidad y virulencia, lo que se refleja en una alta tasa de complicaciones, como neumonía y sobreinfecciones bacterianas, y una alta tasa de mortalidad. Esto es precisamente lo que se cree que ocurrió a principios del siglo XX con la pandemia de influenza, conocida como la gripa española. Entre 1918 y los años posteriores, oleadas de virus sacudieron muchas partes del mundo, configurando la pandemia, con una mortalidad elevada en niños, ancianos e incluso personas jóvenes.

El 23 de abril de 2009, México informó de la aparición de un virus nuevo (no identificado previamente) circulando en 3 regiones de este país y que había ocasionado cerca de 850 casos, con una mortalidad de 59 casos a 26 de abril de 2009 y, de los cuales, 20 habían sido confirmados como un virus H1N1 con segmentos genéticos de virus de influenza porcina y aviar. Los sitios donde se han identificado estos pacientes incluyen el Distrito Federal (Ciudad de México), San Luis de Potosí y Mexicali (Baja California). En los Estados Unidos se han documentado 20 casos con este virus nuevo, sin nexo epidemiológico en los condados de San Diego e Imperial (en California), en Guadalupe (Texas) y en Nueva York y Ohio.

La OMS ha establecido 6 fases de la pandemia que se describen a continuación:

| Fase | Característica |
|----------------|--|
| Interpandémica | |
| 1 | No hay detección de nuevos subtipos de influenza en humanos. |

| | |
|-----------------------------|--|
| 2 | Subtipos de virus influenza en animales que poseen riesgo sustancial. |
| Periodo de alerta pandémica | |
| 3 | Infecciones en humanos por un nuevo subtipo, pero no hay transmisión entre humanos por contacto estrecho. |
| 4 | Pequeños grupos con transmisión entre humanos limitada y diseminación altamente localizada, sugiriendo que el virus no está bien adaptado a seres humanos. |
| 5 | Grandes grupos de transmisión entre humanos, que aún permanecen localizados, sugiriendo que el virus mejora su adaptación a los humanos. |
| Pandemia | |
| 6 | Transmisión incrementada y sostenida en la población general. |

Teniendo en cuenta los datos disponibles en el momento, la alerta declarada se encuentra en fase 3. Como se mencionó previamente las siguientes recomendaciones deben ponerse en práctica en caso de que la OMS declare una pandemia en fase 5 ó 6.

6. 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.

6.1. Definición de caso

¿Cuáles son las características clínicas (síntomas y signos) que podrían definir enfermedad similar a influenza?

¿Cuáles son los criterios epidemiológicos (geográficos o de exposición) para sospechar enfermedad similar a influenza?

Se define como caso sospechoso:

1. Infección respiratoria aguda: Aparición reciente de al menos dos de los siguientes:

- Rinorrea o congestión nasal
- Dolor faríngeo
- Tos
- Fiebre (temperatura mayor a 38°C)

2. Enfermedad similar a influenza:

- Fiebre (temperatura mayor a 38°C) más tos o dolor faríngeo

Más uno o más de los siguientes criterios epidemiológico:

- Provenir de México
- Provenir de los condados de San Diego o Imperial en California, del condado de Guadalupe, Texas, el estado de Nueva York y el estado de Ohio.
- Contacto en los últimos 10 días con personas con síntomas respiratorios más fiebre, sospecha de neumonía, o fallecimiento por enfermedad febril aguda, que provenían de los condados de San Diego o Imperial en California o del condado de Guadalupe, Texas.

6.2. 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
- 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.
- 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.
- Se extenderá una incapacidad si laboran o estudian.

· Ante la presencia de síntomas respiratorios durante los próximos 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
- Espujo purulento asociado a alguno de los síntomas anteriores

6.2.5. DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

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

En adultos:

- 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:

- Evolución desfavorable en el primer nivel
- Dificultad respiratoria dada por:
 - retracciones supraclavicular, o intercostales, uso de músculos accesorios,
 - cianosis
 - saturación O₂ menor de 90% con FI O₂ de 21% en adultos o saturación de O₂ menor de 88% con FI O₂ de 21% en niños.
- Presencia de sepsis severa, definida por dos ó más de los siguientes:
 - taquicardia (frecuencia cardíaca mayor a 90 latidos por minuto)
 - taquipnea (frecuencia respiratoria mayor a 20 respiraciones por minuto)
 - leucocitosis (más de 12.000 leucocitos por μ l) o leucopenia (menos de 4.000 leucocitos por μ l)
 - fiebre (temperatura mayor a 38°C) o hipotermia (temperatura inferior a 36°C)

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.

Criterios de hospitalización en pacientes pediátricos:

- Caso sospechoso más una o más de las siguientes:
- Dificultad respiratoria (taquipnea según la edad, y retracciones).
- Vómito incoercible o incapacidad para alimentarse.
- Deshidratación.
- Alteraciones neurológicas (letargia, confusión, o coma, convulsiones, fontanela abombada, rigidez de nuca).
- Apariencia tóxica.
- Palidez y mala perfusión distal.

Todo paciente hospitalizado DEBE ESTAR en aislamiento de gotas y de contacto.

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:

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).

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, estertores localizados con compromiso radiográfico lobar o multilobar y en niños retracciones).
- Pacientes con mejoría de episodio febril respiratorio inicial que presentan complicación (nuevo episodio de síntomas y hallazgos sugestivos de neumonía).
- En adultos y niños menores de 2 años 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 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) |