

Guía de estudio y manejo de casos y sus contactos para enfermedad similar a influenza, incluyendo el diagnóstico, manejo clínico y terapéutico

Adaptación a influenza por virus nuevo A H1N1

Guide of study and managing of cases and contacts for similar disease to influenza, including the diagnosis, clinical and therapeutic managing

Adjustment to influenza for new virus A H1N1

Ministerio de la Protección Social, Bogotá, D.C., versión del 16 de julio de 2009

Gustavo Aristizábal¹, Carlos Awad², Martha Isabel Álvarez³, Ana Cristina Mariño⁴, Jorge Alberto Cortés⁵, Carlos Álvarez⁶

Objetivos generales de la guía

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

Aspectos cubiertos por la guía

Definición de casos de enfermedad similar a influenza; estrategias de prevención para la comunidad, los trabajadores de la salud y las instituciones; manejo clínico que incluye indicaciones de manejo ambulatorio, recomendaciones de cuidado en casa, indicaciones de manejo hospitalario en primero, segundo y tercer nivel de atención, criterios para ingreso a la unidad de cuidados intensivos; manejo de los contactos.

Grupos de aplicación

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

-
- 1 Médico pediatra, neumólogo, epidemiólogo, Secretaría Distrital de Salud; profesor, Universidad el Bosque, Bogotá, D.C., Colombia
 - 2 Médico internista, neumólogo, Hospital de Santa Clara; profesor, Universidad el Bosque, Bogotá, D.C., Colombia
 - 3 Médica pediatra, infectóloga, Fundación Cardio-Infantil, Bogotá, D.C., Colombia
 - 4 Médica pediatra, coordinadora de Infectología Pediátrica, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia
 - 5 Médico internista, infectólogo; profesor, Universidad Nacional de Colombia; presidente, Capítulo Central, Asociación Colombiana de Infectología, Bogotá, D.C., Colombia
 - 6 Médico especialista en infectología, magíster en Epidemiología Clínica; profesor, Pontificia Universidad Javeriana; director, Departamento de Enfermedades Infecciosas, Colsánitas, Bogotá, D.C., Colombia

Usuarios de la guía

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

Definición de caso del virus pandémico A H1N1/09

Tabla 1. Definiciones de casos de infección por virus pandémico A H1N1/09

Caso sospechoso de infección por virus pandémico A H1N1/09	Persona de cualquier grupo de edad que presente signos y síntomas de infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas leves o enfermedad similar a influenza, de inicio súbito, con fiebre mayor de 38°C y tos, y otros síntomas de las vías respiratorias superiores, de no más de siete días de evolución.
Caso probable de infección por virus pandémico A H1N1/09	Persona con infección respiratoria aguda inusitada con manifestaciones graves. Toda muerte por infección respiratoria aguda en la que se desconoce la etiología.
Caso confirmado de infección por virus pandémico A H1N1/09	Persona clasificada como caso sospechoso o probable, vivo o muerto, en quien se identifica virus pandémico A H1N1/09 por el laboratorio mediante prueba de rRT-PCR (PCR en tiempo real), secuenciación genética o cultivo viral. Persona que muere por causa de una infección respiratoria aguda grave de etiología desconocida con contacto estrecho con caso confirmado de infección por virus pandémico A H1N1/09.

Definición de caso de infección respiratoria aguda grave de tipo inusitado

Es todo caso que se hospitalice por infección respiratoria aguda, que satisfaga cualquiera de las siguientes condiciones:

- persona previamente sana en el rango de 5 a 65 años de edad,
- trabajador de la salud,

- perteneciente a un conglomerado,
- percibido por el profesional de la salud como un caso inusitado o inusual, o
- muerto por infección respiratoria aguda de causa desconocida.

Manejo clínico

¿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, no asistir a sitios de concentración masiva de población, si no es indispensable.

Para los trabajadores de la salud. Lavado de manos antes y después de entrar en contacto con todo paciente o con superficies tocadas por el paciente. Usar guantes para el examen físico o en cualquier contacto directo con pacientes sospechosos, probables o confirmados. Usar mascarilla quirúrgica para el contacto a menos de 2 m del paciente.

Para el personal que realice procedimientos como intubación orotraqueal, broncoscopia, toma de muestra de aspirado nasofaríngeo o hisopado faríngeo, o procedimientos que generen una alta posibilidad de generar tos, en un caso probable o confirmado, 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.

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 y gorros desechables.

Uso de mascarilla quirúrgica para el manejo de pacientes con cualquier síntoma respiratorio a menos de 2 m de distancia (aislamiento por gotas).

Para los servicios asistenciales. 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. Designación de grupos de personal de salud para el manejo de casos sospechosos. Los casos sospechosos deben usar pañuelo de tela o tapabocas o mascarilla durante su estancia en el hospital. Limitar las visitas de los familiares y la circulación de personal en las áreas con pacientes sospechosos, probables o confirmados.

Tabla 2. 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 de 1m)	Procedimientos que generan aerosoles
Higiene de manos	Sí	Sí	Sí
Guantes	No	Sí	Sí
Delantal plástico	No	Sí	No
Bata	No	No	Sí
Máscara quirúrgica	Sí	Sí	No
Respirador	No	No	Sí
Protección ocular	No	Evaluación de riesgo	Sí

Manejo de las personas expuestas sin síntomas (contactos asintomáticos)

¿Cómo se definen epidemiológicamente los contactos asintomáticos de pacientes con enfermedad similar a influenza? Contactos de alto riesgo: familiares de casos sospechosos, probables o confirmados; trabajadores de la salud en contacto con pacientes sospechosos, probables o confirmados sin protección.

Contactos de bajo riesgo: trabajadores de la salud que no están en contacto estrecho (menor de 2 m). Estos individuos no presentan síntomas.

¿Cuál es el manejo de los contactos? Deben vigilarse (la familia, el mismo individuo) por 7 días, con énfasis en la toma de la temperatura dos veces al día y en los síntomas respiratorios y 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 recomienda evitar la presencia en sus lugares de trabajo, escuelas, centros académicos u otro tipo de lugar público; deben utilizar medidas de protección personal durante los siguientes 7 días. Ante la presencia de síntomas respiratorios durante los siguientes 7 días, se debe 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 los contactos asintomáticos.

Pacientes que no requieren atención médica o que pueden manejarse ambulatoriamente

Pacientes con rinorrea, dolor faríngeo, fiebre que cede fácilmente al acetaminofén y no permanece por más 2 días, tos, cefalea, dolores musculares, malestar general que no comprometen su estado general. No presentan dificultad respiratoria. No hay alteración del estado de conciencia. Toleran la vía oral.

Manejo de este tipo de pacientes. Acetaminofén para tratar mialgias y artralgias. Líquidos apropiados y abundantes: en niños se deben dar fraccionados. Reposo y permanencia en casa, que, para el trabajador, debe definirse según el criterio clínico del médico tratante, conforme a la seriedad de los síntomas. No fumar y evitar exponerse al humo. No usar aspirina en menores de 18 años. Incapacidad para laborar o estudiar (aislamiento social) por

3 a 5 días que, en el caso del trabajador, implica la evaluación médica de la respectiva EPS. Idealmente, a nivel de consulta prioritaria más que en consulta de urgencias, para precisar la justificación de la misma, el tiempo requerido y al máximo posible si es debido o no a una infección por virus A H1N1. No usar antitusivos, antibióticos ni medicamentos que no sean prescritos por médicos. Estar atentos a síntomas o signos que requieren atención médica y en casos que consulten con estas características, dejar lo más claro posible tanto en forma verbal como por escrito (volante o folleto con signos de alarma), los indicadores para volver a consultar. Esto, además, debe consignarse como proceso realizado en la historia clínica.

¿Quiénes requieren atención médica? Aquellas personas que presentan: fiebre alta difícil de controlar con acetaminofén, persistencia de la fiebre más de 3 días o reaparición de la fiebre después de la defervescencia inicial; empeoramiento de la tos, el dolor de garganta o el malestar general; deshidratación; disnea; dolor torácico; vómito persistente; deterioro neurológico; esputo 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 a quien le 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 requiere 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, se debe evaluar la opción de adaptar una estrategia equivalente de acuerdo con las características de cada institución.

Definición de los niveles de atención

En adultos

¿Cuáles son los criterios de observación en cualquier nivel y de hospitalización en el primer nivel? Pacientes que requieren atención médica y que hayan consultado previamente por el mismo cuadro clínico, en quienes se identifique deterioro de sus signos y síntomas. Diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, con cualquier grado de dificultad respiratoria. Disnea leve que logra saturación mayor de 90% a 2 L/minuto. Toleran bien la vía oral. Motivos socioeconómicos o geográficos que imposibiliten su seguimiento.

Manejo en primer nivel. Medidas para evitar la transmisión. Hidratación (oral o solución salina normal si no tolera la vía oral). Oxígeno por cánula nasal hasta 2 L/minuto. Acetaminofén. Control de los signos vitales cada 4 horas. Remitir en caso de evolución desfavorable. Egreso hospitalario con tolerancia de la vía oral, desaparición de la fiebre, ausencia de disnea y saturación mayor de 85% al aire ambiente.

¿Cuáles son los criterios de hospitalización en el segundo nivel? Pacientes que requieren atención médica y presentan evolución desfavorable en el primer nivel, dificultad respiratoria dada por retracciones supraclaviculares o intercostales, uso de músculos accesorios, cianosis, saturación de O₂ menor de 90% con oxígeno por cánula nasal a un flujo de 2 litros por minuto, en adultos. Presencia de sepsis grave, definida por dos o más de los siguientes signos: taquicardia (frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos por minuto), taquipnea (frecuencia respiratoria mayor de 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 de 38°C) o hipotermia (temperatura inferior a 36°C). Disfunción de un órgano que puede corresponder a uno de los siguientes: hipotensión, alteraciones neurológicas (obnubilación, confusión, etc.), falla

renal (oliguria o elevación de la creatinina), falla cardiovascular. Radiografía de tórax que muestre lesión lobar. Paciente con enfermedad concomitante de base (EPOC, diabetes, falla cardíaca, cardiopatía).

Manejo en el segundo nivel. Medidas para evitar la transmisión. Solución salina normal según las necesidades por nivel de deshidratación. Oxígeno por cánula nasal o Ventury de acuerdo con la saturación. Acetaminofén. Control de los signos vitales cada 4 horas. Tomar muestra para virus de la influenza en casos sospechosos. 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 de 85% al aire ambiente.

¿Cuáles son los criterios de hospitalización en la tercer nivel o en la unidad de cuidados intensivos? Los criterios de hospitalización en tercer nivel o unidad de cuidados intensivos, incluyen alguno de los siguientes o de acuerdo con la consideración del equipo de la unidad de cuidados intensivos: falla multiorgánica, inminencia o falla respiratoria, deterioro neurológico progresivo.

En niños

¿Cuáles son los criterios de hospitalización en el primer nivel?

Paciente que no reúne los criterios del segundo ni del tercer nivel, pero que presenta 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 el primer nivel. Medidas para evitar la transmisión. Hidratación (oral o solución salina normal, si no tolera la vía oral). Oxígeno por cánula nasal hasta 1 L/minuto. Beta-2 inhalados en IDM, con cámara de inhalación, en esquema de exacerbación si hay componente

broncoobstructivo. Acetaminofén. Antibióticos, si tiene la indicación para su uso. Control de signos vitales cada 4 horas. Remitir en caso de evolución desfavorable. Egreso hospitalario con tolerancia de la vía oral, desaparición de la fiebre, ausencia de disnea y saturación mayor de 88% al aire ambiente.

¿Cuáles son los criterios de hospitalización en el segundo nivel? Niño entre 3 y 12 meses con cuadro de componente broncoobstructivo o neumonía. 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 mayor de 90%. De reunir criterios de manejo en Salas ERA, aquél que teniendo estas condiciones no responda rápidamente al manejo definido para las mismas.

Manejo en el segundo nivel. Medidas para evitar la transmisión. Solución salina normal según las necesidades por nivel de deshidratación, vía oral según la tolerancia. Oxígeno por cánula nasal o Ventury de acuerdo con la saturación. Beta 2 inhalados en IDM, con cámara de inhalación, en esquema de exacerbación si hay componente broncoobstructivo. Acetaminofén. Control de signos vitales cada 4 horas o tomar muestra para virus de la influenza en casos sospechoso. Tomar hemograma, radiografía del tórax. Antibióticos, si tiene indicación para su uso. Remitir en caso de evolución desfavorable. Egreso hospitalario con tolerancia de la vía oral, desaparición de la fiebre, ausencia de disnea y saturación mayor de 88% al aire ambiente.

¿Cuáles son los criterios de hospitalización en el tercer nivel? Cualquier niño que presente alguno de los siguientes indicadores de gravedad, debe ser remitido a una institución de tercer nivel: 1. idealmente, todo menor de tres meses con necesidad de oxígeno, o niño de cualquier edad con necesidades de

oxígeno con cámara cefálica, a más de 35% de FIO2 (fracción inspirada de oxígeno). De reunir criterios de manejo en Salas ERA, aquél que teniendo estas condiciones no responda rápidamente al manejo definido para las mismas; 2. imposibilidad para beber líquidos; 3. vómito persistente; 4. estridor en reposo; 5. letárgico o inconsciente; 6. paciente con cuadro clínico de sepsis o aspecto tóxico; 7. paciente con enfermedad pulmonar crónica de base o cardiopatía; 8. niño menor de seis meses de edad cronológica con antecedentes de prematuridad extrema, y 9. episodios de apnea durante la enfermedad actual.

Manejo en el tercer nivel. Según las características de cada caso en particular, en protocolos acordados a las condiciones de la situación presentada para los casos que ameriten manejo de tercer nivel con cuidados intensivos o sin ellos.

Manejo antiviral (oseltamivir)

Tabla 3. Indicaciones para el manejo terapéutico con oseltamivir

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 población indígena o desplazados, en confinamiento en condiciones higiénico-sanitarias inadecuadas.
Caso sospechoso sin signos de dificultad respiratoria, pero que tiene cuadro clínico y paraclínico de neumonía, si el profesional que lo valora considera que tiene alguna característica que pueda orientar hacia la posibilidad de ser causada por virus pandémico A H1N1/09
Paciente con progresión rápida de su enfermedad
Paciente con diagnóstico clínico y radiográfico de neumonía que requiera hospitalización
Mujer gestante en segundo y tercer trimestre, con síntomas de influenza
Paciente sospechoso, probable o confirmado, con enfermedad que se acompañe de inmunosupresión
Cualquier caso probable o confirmado, lo que necesariamente incluye todo caso hospitalizado por cuadro de infección respiratoria aguda con fiebre y, en particular, si corresponde a las características anotadas para infección respiratoria aguda grave de tipo inusitado

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 infor-

mación que permite su utilización después de dicho periodo de inicio de síntomas, pero con menor eficiencia terapéutica. En los casos de la unidad de cuidados intensivos, 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 las entidades internacionales de salud.

Profilaxis

Pacientes inmunosuprimidos con contactos, convivientes de casos probables o confirmados, evidenciado con base en copia de la historia clínica.

Otras medidas farmacológicas

¿Qué medicamentos no se deben administrar? El siguiente medicamento está contraindicado: aspirina en menores de 18 años.

Manejo de antibióticos. El manejo antibiótico recomendado se realizará en los siguientes pacientes adultos o pediátricos que presenten: diagnóstico de síndrome de neumonía (taquicardia, taquipnea, estertores localizados, y en niños, retracciones, con compromiso radiográfico lobar o multilobar). Pacientes con mejoría del episodio febril respiratorio inicial que presenten complicación (nuevo episodio de síntomas y hallazgos sugestivos de neumonía). En adultos y niños que no hayan recibido previamente antibióticos, se administrará ampicilina/sulbactam. Se administrará tratamiento dirigido, de acuerdo con la identificación microbiológica. En pacientes con uso previo de antibióticos, el uso se hará de acuerdo con la epidemiología local de las infecciones respiratorias hospitalarias. Se hará tratamiento dirigido, de acuerdo con la identificación microbiológica. A juicio del médico, se debe estar atento a la necesidad de requerir en un caso dado, antibióticos de mayor nivel de complejidad, idealmente con apoyo de valoración por infectología y neumología.

Tabla 4. Dosificaciones.

	Adultos	Procedimientos que generan aerosoles
Acetaminofén	500 mg cada 6 horas (máximo, 4 g al día)	Sólo con fiebre (temperatura mayor de 38,3°C), 10 a 15 mg/kg por dosis hasta cada 6 horas
Oseltamivir (terapéutico)	75 mg, 2 veces al día por 5 días	Menores de 13 años: • 30 mg, 2 veces al día para <15 kg • 45 mg, 2 veces al día para >15 kg a 23 kg • 60 mg, 2 veces al día para >23 kg a 40 kg • 75 mg, 2 veces al día para >40 kg Menores de 1 año: • 12 mg, 2 veces al día para <3 meses • 20 mg, 2 veces al día para los de 3 a 5 meses • 25 mg, 2 veces al día para los de 6 a 11 meses
Oseltamivir (profiláctico)	75 mg, una vez al día por 7 días	Menores de 13 años • 30 mg, una vez al día para <15 kg • 45 mg, una vez al día para >15 kg a 23 kg • 60 mg, una vez al día para >23 kg a 40 kg • 75 mg, una vez al día para >40 kg
Ampicilina/sulbactam	1,5 g, intravenosos, cada 6 horas	200-300 mg/kg al día en 4 dosis (cada 6 horas)

Gráfica 1. Dosificaciones.

