



Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



□ **RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES SOBRE EL MANEJO
DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE INFECCIÓN POR EL
VIRUS DE LA INFLUENZA TIPO A (H1N1) Y
LA ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA**





Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES SOBRE EL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INFLUENZA TIPO A (H1N1) Y LA ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

**Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
(semFYC)**

Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas

31 de Agosto 2009



INTRODUCCION

- Los datos disponibles en la actualidad sobre la evolución de la infección por el virus AH1N1 en las diferentes regiones del mundo, indican que la enfermedad produce una morbimortalidad del mismo orden de magnitud o discretamente inferior a la gripe estacional.
- En este momento la infección por la gripe AH1N1 se puede considerar una enfermedad muy contagiosa, similar a la estacional, pero de carácter leve.
- Teniendo en cuenta estas circunstancias y para realizar de una forma más eficiente el manejo clínico de los casos de gripe en los centros de salud se realizan las siguientes recomendaciones.

SUMARIO

1. Criterios de atención en los centros
 - 1.1. Síndrome de infección respiratoria que precisa consulta
 - 1.2. Necesidad de valoración clínica
 - 1.3. Tipo de valoración clínica
 - 1.4. Seguimiento clínico de los pacientes con sospecha de infección por virus AH1N1
2. Uso de pruebas diagnósticas
3. Criterios de derivación
 - 4.1. Grupos de riesgo
 - 4.2. Criterios de derivación para la atención hospitalaria
4. Manejo terapéutico y preventivo
 - 5.1. Fármacos antivirales
 - 5.2. Vacunaciones
5. Atención en los centros de salud: Propuestas organizativas
6. Conclusiones
7. Bibliografía
8. Grupo Redactor del documento



1.- CRITERIOS DE ATENCIÓN EN CENTROS

1.1 Síndrome de infección respiratoria aguda que precisa consulta

¿Son suficientemente sensibles y específicos los criterios clínicos utilizados en la actualidad para la definición de caso sospechoso de infección por el virus AH1N1?

- La definición actual de caso sospechoso en nuestro medio incluye a cualquier persona con fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, en ausencia de otra causa conocida y al menos dos signos o síntomas de infección respiratoria aguda: tos, rinorrea, dolor de garganta, dificultad respiratoria, cefalea, mialgia o malestar general. Se refuerza la sospecha si existe como antecedente el contacto estrecho con un caso de gripe. Pueden ir acompañados de diarrea y vómitos. La presencia de neumonía es criterio de caso sospechoso.
- Los datos disponibles en pacientes infectados por el virus AH1N1 sin complicaciones, indican que estos enfermos tienen síntomas similares a los de la gripe estacional, con pocas excepciones [N Engl J Med 2009; 360:2605; Euro Surveill 2009; 22(1): 1-3]. Los síntomas más frecuentes son fiebre, tos, cefalea, dolor de garganta, cansancio y debilidad general, congestión y/o secreción nasal, escalofríos y mialgias, presentes en un 80% o más de los pacientes. Una cuarta parte de los casos han cursado con vómitos y/o diarrea. La combinación de fiebre y tos de inicio agudo, tiene un mayor valor predictivo para la infección por el virus influenza en mayores de 60 años [JAMA 2005; 293:987-97]. La seguridad diagnóstica aumenta en los periodos epidémicos.

Recomendación:

Hasta disponer de más información procedente de nuevos estudios descriptivos sobre los casos de infección por HA1N1, el diagnóstico de caso sospechoso exige la **instauración aguda (menos de 24 horas) de fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ y tos acompañados o no de otro síntomas relacionado más frecuentemente con la infección por el virus influenza (cefalea, dolor de garganta, cansancio y debilidad general, congestión y/o secreción nasal, escalofríos y dolores musculares)**

1.2 Necesidad de valoración clínica

¿Qué pacientes requieren una valoración clínica en consulta?

- Los datos disponibles hasta el momento sobre la evolución de la infección por el virus AH1N1 indican que la tasa de ingresos y la letalidad media es del mismo orden de magnitud o discretamente inferior a la gripe estacional [Euro Surveill 2009; 14(33): 1-3; J Infect Dis 2000; 181:831-8374].



- Al igual que ocurre en la gripe estacional, las mayores tasas de incidencia de infección se ha producido en menores de 15 años y adultos jóvenes entre 20-40 [MMWR 2009 / 58(33); 913-918; Euro Surveill 2009; 14(34)].
- Pero la evidencia actual señala algunas diferencias entre los patrones de enfermedad reportados durante la pandemia y los que se observan durante las epidemias estacionales de influenza. Principalmente en la edad de los grupos de afectados por la pandemia que son generalmente más jóvenes (menores de 55 años).
- Al ser los adultos jóvenes los más frecuentemente infectados, también han sido el grupo de edad que han experimentado los cuadros más graves y mortales de la enfermedad. Hasta la fecha, los casos más graves y las muertes han ocurrido en los adultos menores de 50 años. No obstante no parece existir en cifras absolutas un número mayor de afectados por esta gripe en estos grupos de edad en relación con la gripe estacional. Los casos fatales en personas de mayor edad han sido relativamente raros. En la gripe estacional, alrededor del 90% de los casos graves y mortales se producen en personas de 65 años de edad o más. Las tasa de hospitalización en > 60 años por gripe AH1N1 han sido del 5% frente al 50% en gripe estacional. [CDC. ACIP Meeting July 29, 2009. Fiore A. Novel influenza A (H1N1) Epidemiology update].
- Las complicaciones graves y letales se han producido principalmente en pacientes con factores o condiciones de riesgo. Estos incluyen las enfermedades respiratorias, especialmente asma, enfermedades cardiovasculares, diabetes, inmunosupresión, embarazo y obesidad.
- Con menor frecuencia de están comunicando casos de enfermedad severa en jóvenes aparentemente sanos por neumonía primaria por el virus pandémico.
- En la mayoría de los pacientes sin factores de riesgo, la infección ha seguido un curso autolimitado con resolución espontánea completa aproximadamente en una semana.

Recomendación

- **La valoración clínica presencial quedaría limitada a los pacientes con signos o síntomas de enfermedad grave y aquellas personas con alto riesgo de sufrir complicaciones por la influenza.**
- **Durante el seguimiento de la enfermedad es necesaria la valoración clínica presencial de los pacientes que no comienzan a controlar la fiebre a partir del 4º día, con un empeoramiento progresivo desde el inicio o en período de convalecencia.**



1.3 Tipo de valoración clínica

¿Qué valoración clínica debe realizarse a los pacientes con sospecha de gripe AH1N1?

- Para valorar la severidad clínica de la infección, se precisa conocer las constantes vitales del paciente.
- La fiebre alta, por sí sola, no es un criterio de gravedad ni de aparición de complicaciones, pero es un dato objetivo necesario para el diagnóstico de caso probable. Además si se mantiene de forma sostenida durante cuatro o más días o reaparece en el periodo de convalecencia, requiere una valoración clínica para descartar una complicación neumónica.

Recomendación

Los pacientes con sospecha de infección por H1N1 valorados clínicamente por un profesional sanitario deberán tener registrados al menos la temperatura axilar o rectal, pulso, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. Se recomienda medición de la saturación de oxígeno en la sangre mediante **pulsioximetría y la **auscultación pulmonar en pacientes con signos o síntomas de dificultad respiratoria u otros signos de gravedad.****

1.4 Seguimiento clínico de los pacientes con sospecha de infección por el virus AH1N1?

¿Qué seguimiento debe realizarse a los pacientes infectados por el virus AH1N1 que permanecen en domicilio?

- La evolución de la mayoría de los pacientes sin signos de gravedad al inicio es a la resolución espontánea con o sin tratamiento antiviral. En el caso de la gripe estacional la fiebre comienza remitir entre el 2º-3º día del inicio y desaparece por completo antes del 7º día.
- En la gripe estacional la presencia de un empeoramiento clínico con signos de compromiso respiratorio en las primeras 48 horas (tos con expectoración hemoptoica en ocasiones, cianosis, taquipnea, obnubilación) son datos de sospecha de la neumonía gripal.
- En la gripe estacional la neumonía bacteriana secundaria a la infección se caracteriza por un empeoramiento de los signos clínicos respiratorios y aumento o reaparición de la fiebre en el periodo de convalecencia precoz (5º-6º día)
- Los datos disponibles de los casos de infección por AH1N1 que han desarrollado una infección severa se corresponden generalmente con el patrón de aparición en el periodo de convalecencia precoz [N Engl J Med; 361: 680-9].



- El seguimiento clínico puede hacerse telefónicamente mediante una anamnesis para descartar síntomas que indiquen severidad del proceso y en los casos en que exista sospecha de empeoramiento, mediante consulta presencial en el centro de salud o en el domicilio del paciente.

Recomendación

- **A todos los pacientes se les debe aconsejar sobre la consulta inmediata a un profesional sanitario si a lo largo de la evolución de la enfermedad aparecen síntomas de severidad (confusión o mareo repentino, disminución de la consciencia, dificultad respiratoria, dolor torácico intenso, palpitaciones frecuentes y mantenidas, incapacidad para orinar en 24 horas, vómitos frecuentes y constantes, empeoramiento brusco de la enfermedad a partir del 5º día o empeoramiento progresivo desde el inicio del mismo).**
- **A los pacientes no incluidos en los grupos de alto riesgo, no se aconseja un seguimiento clínico periódico. Se debe indicar la necesidad de contactar con los profesionales sanitarios ante la aparición de síntomas de severidad.**
- **A los pacientes incluidos en los grupos de alto riesgo, se les debe indicar la necesidad de contactar con los profesionales sanitarios ante la aparición de síntomas de severidad y asegurar siempre que sea posible la existencia de un cuidador identificado y estable del paciente. Se aconseja un seguimiento telefónico precoz 2º y 3º día y un control al final del período de curación estimado al 7º día.**



2.- USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

¿Cuándo están indicadas las pruebas diagnósticas para identificar el Virus AH1N1?

- Cuando la incidencia de casos en la comunidad es elevada, no es necesario realizar pruebas diagnósticas específicas para identificar el virus. A medida que aumenta la prevalencia de la infección, aumenta el valor predictivo de los síntomas y signos clínicos para el diagnóstico de infección por el virus influenza [JAMA 2005; 293:987-97].

Recomendación

En el momento actual de evolución de la pandemia de gripe, la obtención de muestras clínicas debe limitarse a los casos graves de infección por el virus A (H1N1) :

- **Personas que presentan un cuadro clínico compatible con infección por gripe AH1N1 severa que va a requerir ingreso hospitalario.**
- **A todos los pacientes con sospecha de neumonía por influenza A (H1N1) que requieran ingreso hospitalario.**



3.- CRITERIOS DE DERIVACIÓN

3.1 Grupos de riesgo

¿Qué grupos de pacientes se consideran de alto riesgo de presentar complicaciones por la infección del virus AH1N1?

- Hasta el momento se ha constatado la presencia de un enfermedad de base en el 90% de los fallecidos por la infección el virus AH1N1 (73% de los niños menores de 9 años, 78% de los adultos entre 20-29 años y menos del 92% de los mayores de 50 años) [Euro Surveill. 2009; 14 (33)]. El 60% de las personas mayores de 60 presentaba una enfermedad crónica cardíaca o respiratoria. En mayores de 20 años la diabetes y la obesidad ($IMC \geq 30$) fueron los factores de riesgo identificadas con mayor frecuencia. La inmunosupresión y la insuficiencia hepática y renal crónicas también son otros factores de riesgo relacionados con la mortalidad.
- El embarazo es un factor de riesgo de complicaciones relacionadas con el virus de la gripe estacional y pandemias. En la infección por el virus AH1N1 el riesgo de hospitalización es entre 4 y 5 veces mayor que las gestantes no infectadas. No obstante la tasa de hospitalización es baja 0,32/100 000 [Lancet. 2009; 374(9688):451-8; MMWR 2009 May 15; 58:497]. En la gripe estacional, el ingreso hospitalario es un efecto adverso grave que ocurre en 250 casos por cada 100.000 embarazos. Esta cifra es entre 5 y 10 veces mayor que las tasas observadas en adultos entre 18 y 64 años [Am J Epidemiol. 1998; 148(11):1094-1102]. No se ha demostrado que la gripe estacional produzca malformaciones fetales [Hakosalo J. Lancet 1971; 2:1346-79].
- Los datos de series de casos disponibles en la actualidad de infección por el virus AH1N1 indican que el riesgo de infección no es mayor que el de otras mujeres del mismo grupo de edad, aunque si es mayor el riesgo de hospitalización [Lancet. 2009; 374(9688):451-8].
- Los casos de infección severa y letal por el virus de gripe AH1N1 se han caracterizado por el predominio en varones y la prevalencia de obesidad (en particular la grave y mórbida) [MMWR Rep. 2009; 58(27):749-52, Euro Surveill. 2009; 14 (33)].
- Si se aplican los datos de la gripe estacional y los de las pandemias anteriores, el riesgo más elevado de complicaciones se produce en niños menores de 5 años de edad. Las complicaciones graves por la influenza estacional son más frecuentes en menores de 2 años de edad [N Engl J Med 2006; 355:31-40; N Engl J Med 2000; 342:232-9].



Recomendación:

Por lo tanto, en la actualidad, hasta disponer de más datos, se deben considerar como grupos de alto riesgo a los mismos grupos de personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones por la influenza estacional:

- **Adultos \geq 65 años**
- **Personas de cualquier edad con una condición clínica especial que le predisponga a tener una gripe complicada:**
 - **Enfermedad crónica:** enfermedades crónicas cardiovasculares (excepto la hipertensión) o pulmonares (incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma que requiere tratamiento); enfermedades metabólicas (incluyendo DM); insuficiencia renal; insuficiencia hepática crónica; hemoglobinopatías y anemias; asplenia; enfermedades neuromusculares graves e inmunosupresión (incluida la originada por la infección de VIH, por fármacos o en los receptores de trasplantes).
 - **Niños y adolescentes, menores de 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico**
 - **Mujeres embarazadas**
 - **El papel de la obesidad debe ser analizado con mayor profundidad, para conocer si es un factor de riesgo específico o su mayor grado de complicaciones esté relacionado con las complicaciones de la propia enfermedad**
- **Queda pendiente de definir el grupo de edad con mayor riesgo de complicaciones en niños.**

3.2 Criterios de derivación para la atención hospitalaria

¿Qué pacientes con sospecha de infección el virus AH1N1 deben ser remitidos al hospital?

- Requerirán una valoración hospitalaria los pacientes con sospecha de infección por el virus H1N1 los enfermos:
 1. Que sufran un empeoramiento o reagudización de una enfermedad crónica o grave subyacente.



2. Que presenten signos o síntomas clínicos indicativos de gravedad, normalmente relacionados con la presencia de una complicación.

- La neumonía es la complicación relacionada con la infección por el virus de la gripe que produce mayor número de ingresos [N Engl J Med; 361: 680-9. MMWR;58(27):749-52, N Engl J Med;361(7): 674-9]
- No hay ninguna herramienta específica validada para evaluar la severidad de la neumonía relacionada con la gripe. Existen escalas pronósticas elaboradas para predecir el riesgo de mortalidad en los pacientes diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad: la escala Pneumonia Severity Index (PSI), desarrollada en EEUU [N Engl J Med 1997; 336: 243-250] y la escala CURB-65, desarrollada en Europa [Thorax. 2003; 58:377-382]. Estas escalas se correlacionan también significativamente con otros aspectos importantes como son la duración de la hospitalización, la decisión de ingreso, la readmisión en 30 días, y la necesidad de ingresar en UCI y/o de ventilación mecánica.
- No obstante ninguna de las 2 escalas presenta valores predictivos incuestionables para definir el riesgo de muerte y son orientativas y útiles para decidir en casos de alto riesgo. En situaciones de menor gravedad debe prevalecer el juicio clínico y la individualización en cada paciente en función de otros factores.
- En adultos, las formas más frecuentes de presentación de enfermedad grave por la infección gripal está relacionados con la descompensación cardiaca, la insuficiencia respiratoria o el shock (con o sin sepsis).

Recomendaciones

- **La decisión de derivar a un paciente con sospecha de infección por el virus AH1N1 debe realizarse tras la valoración de severidad clínica atendiendo a los signos clínicos y condiciones de gravedad o inestabilidad hemodinámica o de descompensación de enfermedades crónicas subyacentes. Las escalas pronósticas elaboradas para predecir el riesgo de mortalidad en los pacientes diagnosticados de neumonía, pueden ser de utilidad en pacientes con sospecha de esta complicación.**
- **Se aconseja remitir para una valoración hospitalaria a los adultos con:**
 - **Frecuencia respiratoria > 30 rpm**
 - **Saturación de O₂ ≤92%**
 - **Frecuencia cardiaca >125 lpm**
 - **TAS <90 mmHg o TAD < 60 mmHg**



- Patrón respiratorio anormal por estar exhausto
- CRB-65: ≥ 2 puntos
- Alteración en nivel de conciencia, desorientación, agitación o convulsiones
- Persistencia o aumento de la fiebre a partir del 4º día del inicio del proceso
- Reparición de la fiebre a partir del 7º día
- Paciente con sospecha de neumonía por influenza A (H1N1) que pertenezca a algún grupo de riesgo (persistencia de la fiebre a partir del cuarto día ó empeoramiento clínico en el período de convalecencia)
- Radiografía de tórax compatibles con neumonía viral primaria (infiltrado intersticial bilateral), derrame pleural extenso, condensación neumónica multilobar o cavitación
- Cualquier otro signo alarmante en su evolución a juicio del médico que le atiende
- Se aconseja remitir para una valoración hospitalaria a los niños con
 - Signos de dificultad respiratoria (tiraje intercostal)
 - Frecuencia respiratoria > 50 rpm (< 1 año) y ≥ 40 /min (> 1 año)
 - Saturación de $O_2 \leq 92\%$
 - Patrón respiratorio anormal por estar exhausto o episodios de apnea
 - Evidencia de deshidratación o shock clínico
 - Alteración de conciencia: notable irritabilidad o agitación, decaimiento o convulsiones
 - Cualquier signo alarmante en su evolución a juicio del médico que le atiende
- Los criterios señalados en ningún caso han de sustituir la decisión de un profesional experimentado sobre la necesidad o no de derivar a un paciente determinado.



4.- MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO

4.1 Utilización de los fármacos antivirales en el tratamiento y profilaxis de los pacientes infectados por el virus de la influenza H1N1

- Existen pruebas de la eficacia de los inhibidores de la neuraminidasas (oseltamivir y zanamivir) en el tratamiento de la gripe estacional, provenientes de ensayos clínicos controlados frente a placebo. Proporcionan beneficios sobre todo a pacientes con diagnóstico de gripe estacional confirmada en laboratorio, pacientes mayores y pacientes pertenecientes a los llamados grupos de riesgo. No existen ensayos comparativos que nos proporcionen pruebas de la existencia de mayor eficacia de un fármaco sobre otro.
- **Oseltamivir.** Se han evaluado en revisión sistemática de 60 ensayos clínicos, encontrándose que reduce la duración de los síntomas gripales- en periodos de seguimiento entre 10-28 días- en 0,68 días (IC95% 0,41-0,95) en población general. En comparación con los pacientes con gripe confirmada la media de reducción de días fue de 0,95 (IC95% 0,50-1,39). También se observó una reducción en el tiempo de incorporación a la actividad normal de 1,32 días (IC95% 0,91-1,73) en población general y de 1,51 días (IC 95% 1,0-2,2) en pacientes con gripe confirmada. Los pacientes mayores experimentan mejorías más importantes que los niños.
- En esta misma revisión se señala que aunque los datos no tienen la calidad adecuada para su análisis completo, oseltamivir produce una reducción del tiempo de duración de la fiebre y reducción del uso de antibióticos para tratar sobreinfecciones en pacientes con gripe confirmada, pero no en los pacientes que presentaban diagnóstico clínico de gripe.
- **Zanamivir:** Se evaluaron 13 ensayos clínicos del fármaco frente a placebo, en periodos de seguimiento de 5 a 29 días. *Redujo la duración de los síntomas* en pacientes con diagnóstico clínico una media de 0,71 días (IC95% 0,41-1,01) y una media de 1,07 días (IC 95% 0,74-1,39) en pacientes con gripe confirmada. En cuatro ensayos clínicos se encontró una reducción de la duración de la fiebre con un rango entre 0-0,5 días. También se redujo la tasa de complicaciones, incluyendo en uso de antibióticos.
- La revisión sistemática no encontró ensayos comparativos entre los dos fármacos. Análisis indirectos no muestran diferencias significativas entre los fármacos.
- Los autores de la revisión concluyen que el tratamiento de población de riesgo con antivirales es coste-efectiva [Review of NICE technology appraisal guidance 58 (2009). Burch J. Health Technol Assess 2009]
- **Eficacia de la profilaxis con antivirales.** Hay pruebas de la eficacia de oseltamivir y zanamivir frente a placebo en la prevención de la gripe estacional, si bien no hay ninguna prueba de la eficacia en los pacientes pertenecientes a los llamados grupos de



riesgo, por lo que no se aconseja su uso generalizado como tratamiento preventivo, además de que puede contribuir a un desarrollo más rápido de resistencias frente a estos fármacos [NICE 2 Technological Appraisal Guidance N° 158, (2008). Matheson, NJ, Cochrane Review (2007)]

Recomendaciones de uso

- **La decisión sobre el tratamiento en la infección por el virus AH1N1, en un paciente determinado debe basarse en su estado clínico. En este sentido se debería tratar con antivirales:**
 - **A pacientes con criterios de gravedad clínica previamente sanos.**
 - **A los pacientes con síntomas clínicos que pertenezcan a los llamados grupos de alto riesgo de complicaciones, en especial a pacientes embarazadas y pacientes con obesidad mórbida, independientemente del nivel de gravedad que presente. Esta recomendación debe extenderse a todos los grupos de edad, incluidos niños menores de 1 año.**
 - **El tratamiento se debe instaurar de forma precoz, preferiblemente antes de 48 horas de comienzo del cuadro.**
- **Los pacientes que no pertenezcan a los grupos de riesgo y presenten cuadro clínico sin datos de gravedad, no deben recibir tratamiento con antivirales, siendo suficiente el tratamiento sintomático.**
- **No se aconseja el uso de la profilaxis con antivirales como tratamiento preventivo.**

4.2 Vacunaciones para la vacunación de la gripe estacional y pandémica

¿Qué pacientes deberán ser vacunados frente a la gripe estacional y gripe pandémica?

- El uso de la vacuna va encaminado a reducir el impacto de la infección y por lo tanto su indicación se realiza en función de los mismos criterios utilizados para la gripe estacional, indicando la vacunación de aquellos grupos con mayor riesgo de complicaciones, grupos que prestan servicios esenciales y cuidadores de las personas pertenecientes a grupos de riesgo.
- En el caso de la vacuna pandémica deberá adecuarse esta indicación al mayor riesgo observado en función de la edad y por supuesto su uso está totalmente condicionado a la disponibilidad de dosis.
- Por otra parte, aunque es de esperar un predominio de la circulación del virus H1N1 pandémico, el resto de cepas (H3N2 y B) es posible que continúen circulando.



- 1. En la indicación de la vacunación con la vacuna frente a la gripe estacional, deben seguirse los mismos protocolos en los años previos.**
- 2. La vacunación con la vacuna pandémica debe realizarse de forma escalonada para los siguientes grupos [HSC/EWRS Statement on Influenza A(H1N1) 2009:]**
 - **Todas las personas ≥ 6 meses de edad con procesos crónicos subyacentes que se han asociado con un mayor riesgo complicaciones, priorizando aquellos con una mayor afectación o inestables.**
 - **Embarazadas.**
 - **Niños y niñas de 6 a 24 meses de edad.**
 - **Cuidadores/convivientes de niños de menos de seis meses de edad.**
 - **Profesionales sanitarios que prestan atención directa a los pacientes**
 - **Posteriormente deberá continuarse la vacunación de aquellas personas no vacunadas anteriormente y en los que la vacunación pueden considerarse necesaria por ser cuidadores o convivientes de personas de riesgo, edad avanzada, pudiendo utilizar el criterio de 65 o más años de edad o prestar otros servicios esenciales a la comunidad (seguridad y otros).**



3.- ATENCION EN LOS CENTROS DE SALUD: PROPUESTAS ORGANIZATIVAS

3.1 Organización de triage en los centros

- Es previsible que la actual pandemia por gripe AH1N1 aumentará de la demanda de atención por la población en los servicios sanitarios. Es necesaria una adecuada planificación, al objeto de poder ofrecer una respuesta adecuada y evitar el colapso de las consultas.
- Una de las funciones claves de la Atención Primaria es la de reorientar el flujo de pacientes tanto internamente, en nuestro ámbito de atención, como en su adecuada derivación al hospital. Por tanto debemos establecer **sistemas de triage presenciales y no presenciales** que permitan clasificar adecuadamente a los pacientes.
- El sistema de triage o de clasificación de incluir al menos 3 niveles de valoración (Figura 1):
 1. Detectar caso sospechoso de gripe AH1N1
 2. Evaluar el caso grave o severo
 3. Detectar grupo de alto riesgo de de complicaciones
- El sistema debe finalizar con el envío de un recurso sanitario para traslado hospitalario o la necesidad de una evaluación médica clínica presencial (domicilio o centros asistenciales).
- Para realizar un uso más eficiente de los recursos asistenciales en el triage planteado deben **implicarse profesionales no sanitarios** (unidades administrativas) **y profesionales de enfermería** correctamente entrenados (ver algoritmo).
- Es preciso **potenciar la atención clínica telefónica**. En la mayoría de los pacientes la enfermedad va a seguir un curso leve y autolimitado. La atención telefónica por personal sanitario, evitaría los desplazamientos innecesarios en los pacientes sin criterios de gravedad o factores de riesgo a los centros asistenciales o de los profesionales a los domicilios de los pacientes.
- El triage y consejo telefónico debe orientarse hacia la vigilancia y los autocuidados responsables en patologías autolimitadas de resolución espontánea. Reforzar consejos de higiene respiratoria, lavado de manos y medidas higiénicas.
- La necesidad de valoración clínica presencial quedaría limitada a los pacientes con signos o síntomas de enfermedad grave, aquellas personas con alto riesgo de sufrir complicaciones por la influenza o los pacientes que muestran un empeoramiento durante el seguimiento clínico.



Info semFYC

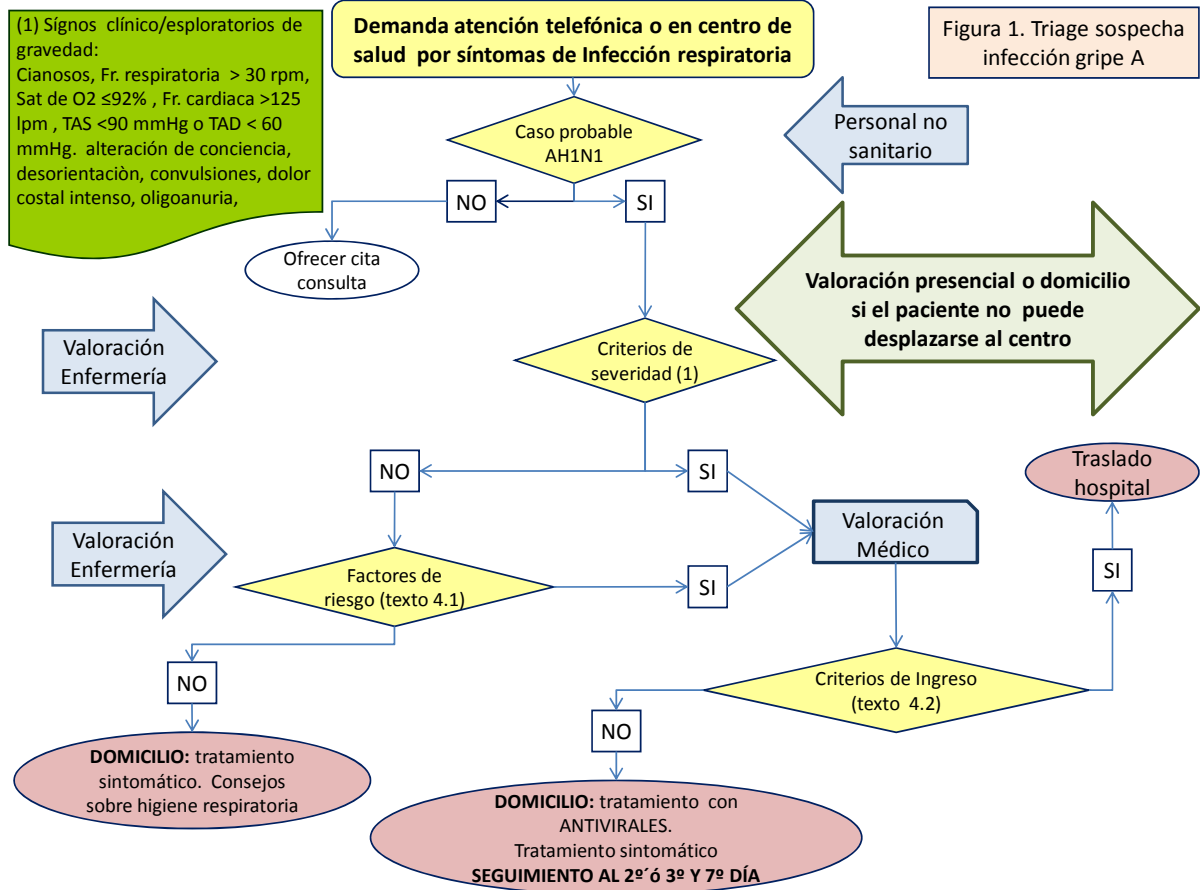
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



- El seguimiento clínico debe realizarse teniendo en cuenta la previsible evolución de la enfermedad, evitando la realización de controles clínicos innecesarios.

Recomendación

- **Potenciar la atención clínica telefónica.**
- **Establecer en todos los centros de salud sistemas de triage presenciales y no presenciales con la participación del conjunto de profesionales.**
- **El triage y consejo telefónico debe orientarse a la vigilancia y autocuidados responsables.**
- **La necesidad de valoración clínica presencial quedaría limitada a los pacientes con signos o síntomas de enfermedad grave, aquellas personas con alto riesgo de sufrir complicaciones por la influenza o los pacientes que muestran un empeoramiento durante el seguimiento clínico.**
- **El seguimiento clínico debe realizarse teniendo en cuenta la previsible evolución de la enfermedad.**



3.2 Necesidad de material para aislamiento respiratorio

- El riesgo de infección, por el virus de la influenza tipo AH1N1 y otras epidemias de virus respiratorios, puede disminuirse mediante una combinación de medidas consistentes en el empleo de barreras contra la transmisión respiratoria, el aislamiento y las medidas higiénicas.
- Las siguientes intervenciones deben implementarse, preferentemente de manera combinada [Jefferson T, Cochrane Library, 2008]:
 - Lavado frecuente de manos con agua y jabón con o sin usar un desinfectante a base de alcohol cuando no se disponga de agua y jabón.
 - Medidas de barrera como guantes, batas, y mascarillas.



- Aislamiento de los casos probables. El énfasis debe estar puesto en la reducción de la transmisión de los niños pequeños.
- Todos los pacientes atendidos en un centro sanitario con sospecha de infección AH1N1 deberán utilizar una mascarilla quirúrgica durante la permanencia en el centro.
- En las salas de espera de los centros se dispondrá de material necesario para facilitar la higiene respiratoria (pañuelo de papel de un solo uso, papelera, lavabo con jabón y/o solución hidroalcohólica).
- En todos los centros sanitarios los trabajadores sanitarios y no sanitarios que atiendan directamente a los pacientes deberán seguir las recomendaciones para la protección respiratorias frente a las secreciones de los pacientes sospechosos de infección respiratoria aguda:
 - Protección respiratoria: se recomienda la utilización de mascarilla quirúrgica en todos los profesionales del centro durante la atención a los pacientes sospechosos. Los protectores respiratorios FFP3 ó FFP2 sólo deben utilizarse para la realización de procedimientos que generen aerosoles, generalmente a nivel hospitalario.
 - Los profesionales sanitarios deberán usar bata de manga larga y guantes limpios no estériles.
 - Realizar un lavado de manos, siguiendo la técnica recomendada por la OMS, después de atender a los pacientes.
 - Si no se ha hecho antes, se aconseja desinfectar las manos con solución hidroalcohólica (ó jabón antimicrobiano), antes del contacto directo con los pacientes.
 - Cuando las manos estén contaminadas con material o manchadas con secreciones, se lavarán con agua y jabón no antiséptico y posterior aplicación tras secar las manos de una solución hidroalcohólica (o con agua y jabón antiséptico).
 - Las consultas dispondrán del material suficiente para la higiene de manos de los profesionales: lavabos , si fuese posible con mandos de codo o de pie, dispensador de jabón no antimicrobiano, toallas de papel desechables y dispensadores de solución hidroalcohólica.



Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

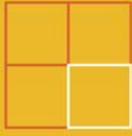


Recomendación

- **La combinación de medidas consistentes en el empleo de barreras contra la transmisión respiratoria, el aislamiento y las medidas higiénicas son eficaces para disminuir el riesgo de infección, por el virus de la influenza A**
- **Todos los pacientes atendidos en un centro sanitario con sospecha de infección AH1N1 deberán utilizar una mascarilla quirúrgica.**
- **En todos los centros sanitarios los trabajadores sanitarios y no sanitarios que atiendan directamente a los pacientes deberán seguir las recomendaciones para la protección respiratorias frente a las secreciones de los pacientes.**
- **Los protectores respiratorios FFP3 ó FFP2 sólo deben utilizarse para la realización de procedimientos que generen aerosoles, generalmente a nivel hospitalario.**
- **Los profesionales sanitarios deberán usar bata de manga larga y guantes limpios no estériles y lavarse correctamente las manos tras atender a los pacientes con sospecha de infección.**
- **Las consultas dispondrán del material suficiente para la higiene de manos de los profesionales.**

3.3 Necesidad de establecer zonas diferenciadas de atención en los centros

- En el centro sanitario es recomendable establecer, siempre que sea posible, zonas físicamente diferenciadas para realizar el triage.
- Necesidades se reorganizar la asistencia:
 - **Aumento de la demanda menor del 20%** (basándose en datos históricos): no existen evidencias científicas ni argumentos logísticos para realizar una actuación distinta a la usual de cada Centro.
 - **Aumenta la demanda entre un 20 y un 30%:**
 - Aumentar los recursos de personal sanitario y no sanitario
 - Aumentar en la misma proporción las previsiones de material fungible y de transporte sanitario



- Establecer zonas diferenciadas dentro de los centros para la atención a todos los casos sospechosos de gripe, con mascarillas en sala de espera y mascarilla y guantes en consulta.
 - Establecer agendas diferenciadas y suspender temporalmente todos los programas, consultas y actuaciones sanitarias demorables.
 - Establecer un tramo (según necesidades e incidencia) de las agendas de citación para seguimiento telefónico y de los pacientes remitidos para valoración desde el sistema de clasificación o triage.
- **Se estima que un 20-30% de las personas en edad laboral pueden estar de baja por esta enfermedad.**
 - Es preciso articular medidas que permitan simplificar al máximo el trámite administrativo de baja laboral y que pueda resolverse en las unidades administrativas del centro con el objetivo de no colapsar las consultas médicas con trámites burocráticos (parte único de baja, justificación de los tres primeros días por parte del trabajador...)

Recomendación

- **Ante el aumento previsible de bajas laborales, es preciso articular medidas que simplifiquen los trámites administrativos y su resolución fuera de las consultas médicas** (parte único de baja, justificación de los tres primeros días por parte del trabajador...)
- **Ante un incremento de la demanda un 20 y un 30% en los centros son necesarias unas medidas organizativas en los centros, para hacer más eficiente la atención clínica:**
 - **Aumentar los recursos de personal sanitario y no sanitario.**
 - **Establecer zonas diferenciadas dentro de los centros para la atención a todos los casos sospechosos de gripe, con mascarillas en sala de espera y mascarilla y guantes en consulta.**
 - **Establecer agendas diferenciadas y suspender temporalmente todos los programas y actuaciones sanitarias demorables.**



CONCLUSIONES:

1. La gripe AH1N1 es una infección muy contagiosa, similar a la gripe estacional, pero de carácter leve, con una severidad del mismo orden de magnitud o discretamente inferior a la gripe estacional
2. El diagnóstico de caso sospechoso exige la instauración aguda de fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ y tos acompañados o no de otros síntomas relacionado más frecuentemente con la infección gripal.
3. La necesidad de valoración clínica presencial quedaría limitada a los pacientes con signos o síntomas de enfermedad grave, aquellas personas con alto riesgo de sufrir complicaciones por la influenza o los pacientes que muestran un empeoramiento durante el seguimiento clínico.
4. Los pacientes con sospecha de infección por H1N1 valorados clínicamente por un profesional sanitario deberán tener registrados al menos la temperatura axilar o rectal, pulso, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. Se recomienda medición de la saturación de oxígeno en sangre mediante pulsioximetría y la auscultación pulmonar en pacientes con signos o síntomas de dificultad respiratoria u otros signos de gravedad.
5. En el momento actual de evolución de la pandemia de gripe, la obtención de muestras clínicas debe limitarse a los casos graves de infección por el virus A (H1N1) que requieren hospitalización.
6. El seguimiento clínico debe realizarse teniendo en cuenta la previsible evolución de la enfermedad, evitando la realización de controles clínicos innecesarios.
7. Requerirán una valoración hospitalaria los pacientes con sospecha de infección por el virus H1N1 que sufran un empeoramiento o reagudización de una enfermedad crónica o grave subyacente y aquellos que presentes signos o síntomas clínicos indicativos de gravedad, normalmente relacionados con la presencia de una complicación.
8. La decisión sobre el tratamiento en la infección por el virus AH1N1 en un paciente determinado debe basarse en su estado clínico. En este sentido se debería tratar con antivirales a los pacientes con criterios de gravedad clínica previamente sanos y a los que pertenezcan a los llamados grupos de alto riesgo de complicaciones.
9. No se aconseja el uso de la profilaxis con antivirales como tratamiento preventivo.
10. La indicación de la vacunación con la vacuna frente a la gripe estacional, no debe modificarse en relación a los años previos.
11. La vacuna frente al nuevo virus AH1N1 deberá indicarse en los mismos grupos de



riesgo que la estacional. Posteriormente deberá continuarse la vacunación de aquellas personas no vacunadas anteriormente y en los que la vacunación pueden considerarse necesaria por ser cuidadores o convivientes de personas de riesgo.

12. Los servicios sanitarios deben estar preparados para dar respuesta al previsible incremento de la demanda asistencial que se va a producir.
13. Dadas las características de la enfermedad y al igual que en otras epidemias, los servicios de Atención Primaria (AP) deberán asumir el papel principal de coordinación de la asistencia a estos pacientes. Es imprescindible establecer medidas organizativas y asistenciales acompañadas del incremento de los recursos materiales y humanos que sean necesarios para poder asumir este aumento de la demanda asistencial.
14. Es preciso potenciar la atención clínica telefónica. En la mayoría de los pacientes la enfermedad va a seguir un curso leve y autolimitado. La atención telefónica por personal sanitario, evitaría los desplazamientos innecesarios en los pacientes sin criterios de gravedad o factores de riesgo a los centros asistenciales o de los profesionales a los domicilios de los pacientes.
15. El triage y consejo telefónico debe ir orientado a la vigilancia y autocuidado responsable.
16. Una de las funciones claves de la AP es la de reorientar el flujo de pacientes tanto internamente como en su adecuada derivación al hospital. Deben establecerse sistemas de triage no presenciales y presenciales que permitan clasificar adecuadamente a los pacientes en los que participe el conjunto de los profesionales del centro de salud.
17. El riesgo de infección, por el virus de la influenza tipo AH1N1 y otras epidemias de virus respiratorios, puede disminuirse mediante una combinación de medidas consistentes en el empleo de barreras contra la transmisión respiratoria, el aislamiento y las medidas higiénicas.
18. Ante un incremento de la demanda un 20 y un 30% en los CS son necesarias unas medidas organizativas en los centros, para hacer más eficiente la atención clínica:
 - a. Aumentar los recursos de personal sanitario y no sanitario
 - b. Establecer zonas diferenciadas dentro de los centros para la atención a todos los casos sospechosos de gripe, con mascarillas en sala de espera y mascarillas y guantes en consulta.
 - c. Establecer agendas diferenciadas y suspender temporalmente todos los programas, consultas y actuaciones sanitarias demorables.



Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



19. Ante el aumento previsible de las bajas laborales, es preciso articular medidas que simplifiquen el trámite administrativo y su resolución fuera de las consultas médicas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Emergence of a Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus in Humans. N Engl J Med 2009; 360:2605-2615
2. Boivin G, Hardy I, Tellier G and Maziade J. Predicting influenza infection during epidemics with use of a clinical case definition. Clin Inf Dis. 2000; 31:1166-9.
3. Izurieta HS, Thompson WW, Kramarz P et al. Influenza and the rates of hospitalization for respiratory disease among infants and young children. N Engl J Med. 2000; 342:232-9.
4. Call SA, Vollenweider MA, Hornung CA, Simel DL, McKinney WP. Does this patient have influenza? JAMA. 2005;293:987-97
5. Vaillant L, La Ruche G, Tarantola A, Barboza P, for the epidemic intelligence team at InVS. Epidemiology of fatal cases associated with pandemic H1N1. Euro Surveill 2009; 14(33): 1-3
6. Gilsdorf A, Poggensee G, on behalf of the working group pandemic influenza A (H1N1). Influenza A (H1N1) v in Germany: the first 10,000 cases. Euro Surveill 2009; 14(34)]
7. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalizations. J Infect Dis. 2000;181:831-7
8. 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Infections- Chicago, Illinois, April-July 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 58(33); 913-918;
9. Mangtani P, Mak TK, Pfeifer D. Pandemic H1N1 infection in pregnant women in the USA. Lancet. 2009; 374(9688):451-8
10. Hospitalized Patients with Novel Influenza A (H1N1) Virus Infection -California, April-May, 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 58:497
11. Neuzil KM, Reed GW, Mitchel EF, Simonsen L, Griffin MR. Impact of influenza on acute cardiopulmonary hospitalizations in pregnant women. Am J Epidemiol 1998; 148:1094-1102
12. Hakosalo J, Saxen L. Influenza epidemic and congenital defects. Lancet 1971; 2:1346-79
13. Perez R; de la Rosa D; Ponce S; Hernandez M; Quinones F; Bautista E; et INER Working Group on Influenza. Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico. N Engl J Med;361: 680-9
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Intensive-care patients with severe novel influenza A (H1N1) virus infection - Michigan, June 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep;58(27):749-52



15. Chowell G; Bertozzi SM; Colchero MA; Lopez-Gatell H; Alpuche-Aranda C; Hernandez M; Miller MA. Severe respiratory disease concurrent with the circulation of H1N1 influenza. *N Engl J Med*; 361(7): 674-9.
16. Garske, T., Legrand, J., Donnelly, C. A, Ward, H., Cauchemez, S., Fraser, C., Ferguson, N. M, Ghani, A. C (2009). Assessing the severity of the novel influenza A/H1N1 pandemic. *BMJ* 339: b2840-b2840
17. Fine M J, Auble T E, Yealy D M, Hanusa B H, Weissfeld L A, Singer D E, et al. *N Engl J Med* 1997; 336: 243-250
18. Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Hewak B, Prabhala A, Nair S, Rivetti A. Intervenciones para frenar o reducir la propagación de virus respiratorios (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
19. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; 58: 377-382. *Thorax*. 2003; 58:377-382
20. Commissioned to inform review of NICE Technology Appraisal Guidance 58: Amantadine, oseltamivir and zanamivir for the treatment of influenza. London: National Institute for Clinical Excellence; 2009. (2009).
21. Burch J, Corbett M, Stock C, Nicholson K, Elliot AJ, Duffy S, Westwood M, Palmer S, Stewart L. Prescription of anti-influenza drugs for healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2009; 9: DOI: 10.1016/S1473-3099(09)70199-9 NICE 2 Technological Appraisal Guidance N° 158, (2008).
22. Burch J, Paulden M, Conti S, Stock C, Corbett M, Welton NJ, et al. Antiviral drugs for the treatment of influenza: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2009
23. Matheson NJ, Harnden AR, Perera R, Sheikh A, Symmonds-Abrahams M. Inhibidores de la neuraminidasa para la prevención y el tratamiento de la gripe en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
24. EU Health Security Committee (HSC) / Early Warning and Response System (EWRS). Statement on Influenza A (H1N1) 2009: target and priority groups for vaccination. URL: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0908_GUI_Pandemic_Influenza_Vaccines_during_the_H1N1_2009_Pandemic.pdf



Info semFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



GRUPO REDACTOR

Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la semFYC

Han elaborado este documento:

- Juan de Dios Alcántara (Sevilla). Integrante Junta Directiva semFYC
- José M^a Molero García (Madrid). **Coordinador del Documento.**
- M^a Lluïsa Morató Agustí (Barcelona)
- Joan Puig Barberà (Castellón). Integrante Junta Directiva semFYC.
- Jesús Redondo Sánchez (GdT de infecciosas de SoMaMFyC)

Con la colaboración de:

- Javier Arranz Izquierdo (Palma de Mallorca)
- M^a Luisa Cigüenza Fuster (Palma de Mallorca)
- Marina Cid Sueiro (Vigo)
- Josep M^a Cots Yago (Barcelona) **Coordinador del GdT**
- Guillermo García Velasco (Asturias)
- Manuel Gómez García (Madrid)
- M^a Isabel Gutiérrez
- Maria Eulalia Lucio-Villegas Menéndez (Sevilla)
- M^a José Monedero Mira (Castellón) **Secretaria del GdT**
- Jesús Ortega Martínez (La Rioja)
- Coro Sánchez Hernández (Pontevedra)

y Marisa Valiente (Vicesecretaria Junta Permanente semFYC)