



**SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

*La pandemia del siglo XXI*

# Gripe A/H1N1

Especial  
**SEMERGEN**



**GRUPO DE TRABAJO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS**





## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN 1 diciembre 2009

### **Definición de caso sospechoso de gripe A**

Se considera sospechosa de padecer gripe A, a toda persona con **clínica compatible** con gripe y pertenencia a algún **grupo de riesgo**:

### **Clínica susceptible de gripe**

Teniendo en cuenta los datos más recientes sobre la evolución de la gripe y el último informe de 20 de noviembre de la OMS, es susceptible de gripe A todo paciente que presente uno o más de los siguientes signos y síntomas.

**Nuevo**  
1/12/09

Fiebre de más de 38°C, o bien febrícula, pero ambas de **comienzo brusco**, junto a los siguientes síntomas:

- Signos y síntomas de infección respiratoria aguda, como: tos y/o disnea, o bien rinorrea, estornudos, odinofagia, obstrucción nasal...
- Postración y quebrantamiento general, con mialgias, cefalea y malestar generalizado
- Menos frecuentemente: Náuseas, vómitos o diarrea, con o sin dolor abdominal (fundamentalmente en niños).
- En lactantes y recién nacidos son más frecuentes los signos inespecíficos: como apnea, o taquipnea, cianosis, somnolencia, letargo, mala tolerancia al alimento y signos de deshidratación. Al ser tan inespecíficos, el diagnóstico no puede basarse solo en ellos, por lo que se debe investigar la presencia de gripe A en su entorno.



**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN**  
**1 diciembre 2009**

**Definición de contacto**

Hoy día es sospechosa de padecer gripe A cualquier persona que presente sintomatología compatible con la gripe, independientemente de que pertenezca o no a los grupos de riesgo establecidos.

**Actuación a seguir:**

| CLÍNICA DE GRIPE | GRUPO DE RIESGO | CONTACTO CON GRIPE A | ACTUACIÓN   |
|------------------|-----------------|----------------------|---|
| SI               | NO              | NO                   | Tratamiento habitual de gripe (sintomático) + MAR (*) |
| NO               | SI              | SI                   | Oseltamivir 75 mg/24 h (10 días)                      |
| SI               | SI              | NO                   | Oseltamivir 75 mg/12 h (5 días) + MAR (*)             |

(\*) MAR: Medidas de aislamiento respiratorio



## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN 1 diciembre 2009

### ***Grupos de mayor riesgo de complicaciones.***

A tener en cuenta para instaurar tratamiento de antivirales:

#### **Grupos que siguen manteniendo la indicación:**

- Mujeres embarazadas
- Personas de cualquier edad con una condición clínica especial que le predisponga a tener una gripe complicada:
  - Enfermedades crónicas cardiovasculares -excepto la hipertensión-) pulmonares (incluyendo EPOC, fibrosis quística y asma); enfermedades metabólicas (incluyendo diabetes mellitus en tratamiento farmacológico, y obesidad mórbida); insuficiencia renal crónica; hemoglobinopatías y anemias; enfermedad hepática crónica; enfermedades neuromusculares graves o inmunosupresión, incluida la originada por la infección de VIH o por fármacos o en los receptores de trasplantes.
  - Niños/as y adolescentes, menores de 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe.

#### **Grupos con indicación incierta de tratamiento antiviral**

- **Adultos de 65 años o más** (Algunas CCAA, como Madrid y Andalucía están considerando riesgo/beneficio para incluirlos como grupo de riesgo para el tratamiento con antivirales). Dada que la incidencia de gripe A en este grupo poblacional es baja, no consideramos justificada su inclusión para el tratamiento.
- **Esplenectomizados.** No se ha demostrado una mayor complicación de la gripe A en este grupo de riesgo, sin embargo dada su déficit inmunológico sí debe considerarse grupo de riesgo para la vacuna de la gripe A.



## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN 1 diciembre 2009

### ***Criterios de derivación hospitalaria.***

- Por regla general, sobre la mitad de pacientes hospitalizados han tenido al menos uno o varios factores de riesgo. Sin embargo, sobre 1/3 de pacientes con la enfermedad muy severa ingresados en UCI eran personas antes sanas

Ante los siguientes signos y síntomas, se debe remitir el paciente al hospital para su valoración:

**Nuevo**  
1/12/09

- Signos o síntomas sospechosos de neumonía: auscultación patológica, agravamiento de la disnea, reagudización de la sintomatología, dolor torácico, esputo sanguinolento taquipnea o dificultad para respirar...
- Signos o síntomas de reinfección bacteriana o mala evolución: (fiebre alta persistente o reaparición de la misma, u otros síntomas más allá de 3 días).
- Síndrome gripal con disfunción orgánica (disminución pO<sub>2</sub>, o hipoxia detectada mediante pulsioximetría, signos de insuficiencia renal: elevación creatinina ...)
- Elevación de encimas hepáticas, mialgias severas generalizadas o signos de rabiomilisis
- Deshidratación severa, con manifestación clínica, como actividad disminuida, vértigo, disminución de la diuresis y letargo
- Descompensación de enfermedad previa: diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca...
- Signos de agravamiento: bradi o taquicardia, hipotensión arterial (TAS inferior a 90 mm Hg), confusión mental, obnubilación o signos de deterioro del SNC (encefalopatía o encefalitis)
- Niños < 3 meses.
- Imposibilidad de administración o ingesta de antivirales.
- Embarazadas



## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN 1 diciembre 2009

### ***Notificación epidemiológica.***

Aunque existe una Red de Vigilancia Específica: la Red de Médicos Centinelas, el médico de Atención Primaria debe notificar los siguientes casos:

- Caso sospechoso que requiera ingreso hospitalario (aunque el hospital debería igualmente notificarlo)
- Embarazadas e inmunodeprimidos, que requerirán estudio virológico.
- Si existen más de dos casos con vínculo epidemiológico entre ellos, se deberá notificar lo antes posible a Salud Pública
- En los casos sospechosos que no requieran derivación hospitalaria no está obligado el estudio virológico.

### ***Organización asistencial de la AP ante la pandemia de gripe A:***

SEMERGEN quiere destacar que la evidencia en una pandemia como la actual no puede establecerse con los criterios habituales en cuanto a evidencia científica, por lo que la experiencia que se vaya obteniendo en cuanto a la evolución de la misma, debe constituir parte importante en la toma de decisiones tanto clínicas, como epidemiológicas.

En este sentido se deben ir estableciendo cambios y adaptaciones constantes en los criterios y distintos protocolos de la gripe A por parte de los Servicios de Salud e Instituciones correspondientes, que deben realizarse siempre con el consenso y colaboración de las Sociedades Científicas, en este caso y en el ámbito que nos corresponde, de Atención Primaria.



## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN 1 diciembre 2009

En cualquier caso, SEMERGEN quiere aportar las siguientes recomendaciones:

### **Procedimiento asistencial:**

Ante los diferentes protocolos y algoritmos asistenciales que en muchos Servicios de Salud se están manejando, SEMERGEN considera que:

- El triaje inicial ante la sospecha de un caso de gripe A será realizado por personal sanitario, médico o no, siempre y cuando consista en una encuesta dirigida, ya sea telefónica o presencial. Así debe quedar claro en dichos protocolos.
- La valoración clínica presencial en consulta o en domicilio, debe hacerse por un profesional sanitario "MEDICO", quien tras la exploración clínica y la anamnesis, podrá establecer el procedimiento de actuación ante un paciente. Igualmente será profesional Médico el que "PRESCRIBIRÁ" el tratamiento pertinente.

### **Consejos organizativos:**

- El establecimiento de pautas basadas en el porcentaje del incremento de la demanda presenta una serie de dificultades operativas y estructurales, como las siguientes:
  - o Establecer cuándo se produce el incremento de la demanda.
  - o Tener disponibilidad de recursos humanos y materiales a tiempo real.
- La adecuación de los recursos debe realizarse de una manera racionalizada, no solo teniendo en cuenta el incremento de la demanda, sino la disponibilidad de recursos humanos y materiales.



## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN 1 diciembre 2009

### **Tratamiento antiviral en la gripe A**

- Se dispone en el mercado de cuatro **fármacos antivirales**, dos del grupo de las adamantinas (Amantadina y Rimantidina) y otros dos del grupo de inhibidores de la neuroaminidasa (Zanamivir y Oseltamivir), estos dos últimos son los que han demostrado mayor eficacia frente a virus de la gripe tipo A.
- La vía de administración en el caso del **Oseltamivir** es la oral (presentación en forma de cápsulas o de suspensión oral), y en el caso del **Zanamivir** es la inhalatoria (presentación en polvo para inhalación con dispositivo específico), a dosis de 2 inhalaciones de 5 mg, 2 veces/día. La biodisponibilidad del **Oseltamivir** (Tamiflú®) es superior a la del **Zanamivir** (Relenza®) que sólo es del 2%.
- El **Oseltamivir** se puede utilizar incluso en niños menores de 3 meses, por el contrario el **Zanamivir** solo está contemplado su uso para mayores de cinco años.
- Los efectos secundarios del **Oseltamivir** son más comunes (5-10%) y suelen ser: náuseas, vómitos y cefaleas. Sin embargo, son muy raros con el **Zanamivir** y en este caso suele ser más frecuente otros como el broncoespasmo en pacientes asmáticos.

### **Dosis de Oseltamivir en niños**

#### **Niños de 1-12 años:**

- ≤ 15 Kg 30 mg, 2 veces/día
- >15kg a 23 Kg 45 mg, 2 veces/día
- >23 Kg a 40 Kg 60 mg, 2 veces/día
- >40 Kg 75 mg, 2 veces/día

#### **Niños menores de 1 año (2 - 3 mg/kg/12h):**

- < 3 meses 12 mg, 2 veces/día
- 3 - 5 meses 20 mg, 2 veces/día
- 6 - 11 meses 25 mg, 2 veces/día.



## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN 1 diciembre 2009

### **Ajuste de dosis en Insuficiencia Renal.**

En el caso del **Oseltamivir**, ante un paciente con Insuficiencia Renal, sería necesario un ajuste de las dosis, con las siguientes indicaciones:

- Pacientes con **aclaramiento de creatinina > de 30 ml/m**: dosis de 75 mg/12 horas.
- Pacientes con **aclaramiento de creatinina >10 e inferior a 30 ml/m**: 75 mg/24 horas, o 30mg de suspensión dos veces al día.
- Pacientes con **aclaramiento de creatinina inferior a 10 mg/m y pacientes en diálisis** : no se recomienda el tratamiento.

### **Tratamiento antiviral en pacientes con signos de progresión de la enfermedad.**

**Nuevo**  
1/12/09

La OMS en su último informe de 20 de noviembre enfatiza sobre el uso de antivirales en tres aspectos: su uso precoz, en grupos de riesgo y en enfermedad progresiva, debiendo estar basada en un marco ético decidido dentro de cada país. En su último informe señala además como susceptibles de tratamiento antiviral además a los siguientes grupos:

- **Signos de progresión de la enfermedad**, incluidos niños menores de 2 años y embarazadas. En estos casos y aunque los antivirales han demostrado su mayor eficacia en tratamientos precoces, deben introducirse ante los signos de sospecha de progresión de la enfermedad, si no se había comenzado antes su uso.
- En pacientes con enfermedad severa o progresiva que no responden a las dosis de antivirales normales, se deben emplear **dosis más altas de oseltamivir y duración más larga**: en



### PROTOCOLO DE ACTUACIÓN 1 diciembre 2009

adultos, una dosis de 150 mg, dos veces al día, con precaución en pacientes con problemas renales. En embarazadas tampoco se ha comprobado la seguridad de dosis superiores a 75 mg/ 2 veces al día. También se aconseja asociar oseltamivir a antibioticoterapia ante la sospecha de neumonía bacteriana secundaria.

- Si el oseltamivir no está disponible o no posible su uso, o si el virus es resistente a oseltamivir, en pacientes que tienen la enfermedad severa o progresión clínica, deberían ser tratados con zanamivir.
- En los pacientes que tienen enfermedad persistente severa a pesar del tratamiento oseltamivir, hay pocos tratamientos autorizados alternativos a los antivirales. En estas situaciones, se ha considerado la administración intravenosa de medicinas alternativas como zanamivir, peramivir, ribavirin, u otros tratamientos experimentales.
- El empleo de tales tratamientos debería realizarse sólo en el contexto de datos clínicos y virológicos anticipados y con respeto a las precauciones siguientes:
  - Ribavirin no debería ser administrado en monoterapia;
  - Ribavirin no debería ser administrado a mujeres embarazadas;
  - Zanamivir preparado como un polvo para la inhalación, no debería ser administrado en nebulización, debido a la presencia de lactosa, que puede comprometer la función ventilatoria.

