

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

Versión Junio 17 de 2009, adaptación a influenza por virus nuevo A H1N1

Bogota D.C.
Junio 2009

Autores:**Gustavo Aristizábal, MD**

Médico pediatra, neumólogo, epidemiólogo. Secretaría Distrital de Salud. Profesor Universidad El Bosque

Carlos Awad, MD

Médico internista, neumólogo. Hospital de Santa Clara. Profesor Universidad El Bosque

Martha Isabel Alvarez, MD, MPH

Médica pediatra, infectóloga. Fundación CardioInfantil IC

Ana Cristina Mariño, MD

Médica pediatra. Coordinadora Infectología Pediátrica Hospital Militar Central,SCP

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.

Carlos Alvarez

Medico especialista en Infectología, Magíster en Epidemiología Clínica. Profesor asistente Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana. Director Departamento de Enfermedades Infecciosas COLSANITAS

1. Objetivos generales de la guía

Brindar a los médicos generales y 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 sus contactos.

2. Aspectos cubiertos por esta guía

Los aspectos cubiertos en esta guía comprenden:

1. Definición de casos de enfermedad similar a influenza, en sus diferentes modalidades, tanto para el adulto como para el niño
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 o de pandemia. 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. Recomendaciones

Estas guías fueron modificadas de acuerdo a la información disponible a 17 de junio de 2009. Se modificaron las definiciones de caso, y algunas recomendaciones, pero será modificada según evolucione la pandemia.

5.1 Definición de caso :

5.1.1. CRITERIOS CLÍNICOS:

- **Infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas leves o enfermedad similar a influenza (ESI)**, y cuadro clínico de no más de siete (7) días de evolución, consistente en fiebre de más de 38°C y tos, acompañado o no de otros síntomas de tracto respiratorio superior, tales como faringitis, rinitis, amigdalitis, laringitis leves.
- **Infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas moderadas**, correspondientes a dificultad respiratoria por compromiso de tracto respiratorio

inferior, con o sin enfermedades concomitantes, e indicación de manejo hospitalario (IRAG).

- **Infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas severas** de dificultad respiratoria y/o sepsis con compromiso hemodinámico o de órgano blanco (IRAG).
- **Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada**, correspondiente a todo caso que el profesional de salud perciba como un caso inusitado o inusual, con manifestaciones clínicas moderadas o severas, incluyendo las muertes por infección respiratoria aguda de causa desconocida. **El carácter inusual o atípico incluye la afectación de población previamente sana en el rango de 5 a 65 años de edad, conglomerados de casos graves, e IRA G en los trabajadores de la salud (IRAG Inusitado**

5.1.2. CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Antecedente de exposición dentro de los siete (7) días precedentes a la aparición de signos y síntomas, con los siguientes grados de exposición:

- **Exposición comunitaria:** Personas con historia de procedencia de zonas afectadas con circulación confirmada de virus de Influenza A (H1N1), o personas con alta probabilidad de contacto con persona sospechosa, probable o confirmada de infección por virus de Influenza A (H1N1)
- **Exposición institucional:** Personas con antecedente ocupacional, escolar o de confinamiento, en el que hayan tenido exposición a individuos con infección por virus de Influenza A (H1N1), o personas que laboren en centros de atención en salud e intervengan en el manejo de pacientes con infección por virus de influenza A (H1N1), como equipos de respuesta inmediata o de investigación epidemiológica de campo, procesamiento de muestras de laboratorio, y realización de autopsias y necropsia, que no han cumplido las medidas de bioseguridad indicadas para prevenir la infección.
- **Contacto estrecho domiciliario o institucional:** Personas con exposición continuada, a menos de dos metros de distancia o convivencia, con individuos con manifestaciones activas de la enfermedad, clasificados como casos probables o confirmados de infección por virus de Influenza A (H1N1); o personal responsable del cuidado o manejo directo de enfermos de Influenza A H1N1, tales como médicos y enfermeras tratantes, que no han cumplido las medidas de bioseguridad indicadas para prevenir la infección.

5.1.3. CRITERIOS DE LABORATORIO

La Red de Laboratorios de Salud Pública en el nivel central, cuenta con la disponibilidad de los siguientes métodos analíticos, cuyo objetivo es la vigilancia de la circulación viral para su caracterización geográfica y temporal del virus de Influenza A (H1N1):

- Prueba de PCR en tiempo real RT-PCR positiva para Influenza A, no subtipificable.

- Prueba de PCR en tiempo real RT-PCR positiva para Influenza A (H1N1).
- Prueba de secuenciación genética del virus de Influenza A (H1N1).
- Cultivo viral.

Con base en la articulación de los anteriores criterios se establecen las siguientes definiciones de caso que se utilizarán para los propósitos del manejo individual y para la vigilancia en salud pública de la pandemia, las cuales deberán ser incorporadas y difundidas entre todos los responsables de dichos procesos en el territorio nacional:

5.1.4 DEFINICIONES DE CASOS

5.1.4.1. CASO SOSPECHOSO de Influenza A (H1N1)

- Persona de cualquier grupo de edad que presenta signos y síntomas de **Infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas leves o enfermedad similar a influenza (ESI)**, con fiebre \geq a 38 °C y tos, y otros síntomas de tracto respiratorio superior, de no más de siete (7) días de evolución, y **exposición comunitaria o institucional**.
- Persona viva con **infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas moderadas o severas** que no corresponde a Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada, **sin exposición conocida o con exposición comunitaria o institucional**.

5.1.4.2 CASO PROBABLE de Influenza A (H1N1)

- Persona con **infección respiratoria aguda con manifestaciones leves (ESI), moderadas o severas (IRAG) con contacto estrecho domiciliario o institucional**.
- Persona con **infección respiratoria aguda inusitada (IRAG inusitada)**, viva o muerta, con o sin criterios epidemiológicos de exposición.
- Persona clasificada como **caso sospechoso** de Influenza A (H1N1), y en quien se identifica por laboratorio (**PCR en tiempo real**) **influenza A no subtipificable** (no estacional).
- Toda muerte por Infección Respiratoria Aguda en la que **se desconocen etiología y grado de exposición**.

5.1.4.3. CASO CONFIRMADO de Influenza A (H1N1)

- Persona clasificada como caso **sospechoso** o **probable**, vivo o muerto, en quien se identifica virus de Influenza A (H1N1) por el laboratorio mediante **prueba de rRT-PCR** (PCR en tiempo real), **secuenciación genética** ó **cultivo viral**.
- Persona que muere por causa de una **infección respiratoria aguda** de etiología desconocida con **contacto estrecho domiciliario o institucional** con caso confirmado de Influenza A (H1N1).

Es muy probable que muchos de los pacientes de todas las categorías (leves, moderados o severos) , en especial para el grupo de menores de 5 años, tengan condiciones virales diferentes a influenza, o cuadros bacterianos claramente identificados como su causa fundamental. Es muy importante no dejar de vigilar las demás etiologías y, en particular en instituciones donde existan los recursos técnicos y humanos para plantear un adecuado diagnóstico diferencial, que les permita argumentos para considerar con fuerza suficiente otra etiología, excluir dichos casos de la clasificación como casos sospechosos o probables, y en particular discernir si amerita suministrar o no Oseltamivir. Dejando una nota clara en la Historia Clínica que respalde una determinada conducta.

5.2 Manejo clínico

Bajo la situación actual: YA HAY EVIDENCIA DE TRANSMISION SOSTENIBLE DEL VIRUS EN COLOMBIA

5.2.1.¿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, 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 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 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 o mascarilla 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

5.2.2. MANEJO DE LAS PERSONAS CON EXPOSICIÓN SIN SÍNTOMAS (CONTACTOS ASINTOMÁTICOS)

¿Cómo se definen epidemiológicamente los contactos asintomáticos de pacientes con enfermedad similar a influenza?

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, y /o 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 recomendará evitar la presencia en sus lugares de trabajo, escuelas, centro académico u otro tipo de lugar público.

· Ante la presencia de síntomas respiratorios durante los siguientes 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.

5.2.3; 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

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, que para el trabajador, deberá definirse según el criterio clínico del médico tratante, conforme a la severidad de los síntomas.
- No fumar y evitar exponerse al humo.
- NO uso de 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 mas 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.

5.2.4. ¿QUIÉNES REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA?

Aquellos personas que presentan:

- Persistencia de la fiebre mas de 3 días, o reaparición de la fiebre después de la defervescencia inicial
- Empeoramiento de la tos, el dolor de garganta, o del malestar general.
- Deshidratación
- Disnea (dificultad respiratoria)
- Dolor torácico
- Vómito persistente
- Deterioro neurológico
- Espujo 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 que 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 esta requiriendo 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 evaluar la opción de adaptar una estrategia equivalente de acuerdo a las características de cada institución.

5.2.5. DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

En adultos:

5.2.5.1.¿Cuáles son los criterios de Observación en cualquier nivel, u hospitalización en primer nivel?

- Paciente que requieren atención médica y presentan:
 - Paciente que ha consultado previamente por el mismo cuadro clínico, y se identifica deterioro de sus signos y síntomas.
 - Disnea leve que logran saturación mayor a 90% a 2lt/min.
 - 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 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.
- Egreso hospitalario con tolerancia de la vía oral, desaparición de la fiebre, ausencia de disnea y saturación mayor a 85% al aire ambiente.

5.2.5.2. ¿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 oxígeno por cánula nasal a un flujo de O₂ de 2 lit por minuto, en adultos.
 - Presencia de sepsis severa, definida por dos ó más de los siguientes:
 - a. taquicardia (frecuencia cardíaca mayor a 90 latidos por minuto)
 - b. taquipnea (frecuencia respiratoria mayor a 20 respiraciones por minuto)
 - c. leucocitosis (más de 12.000 leucocitos por μ l) o leucopenia (menos de 4.000 leucocitos por μ l)
 - d. fiebre (temperatura mayor a 38°C) o hipotermia (temperatura inferior a 36°C)
 - e. más disfunción de un órgano, que puede corresponder a uno de los siguientes:
 - i. hipotensión
 - ii. Alteraciones neurológicas (obnubilación, confusión, etc.)
 - iii. Falla renal (oliguria o elevación de creatinina)
 - iv. 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 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 a 85% al aire ambiente.

5.2.5.3. ¿Cuáles son los criterios de hospitalización en la tercer nivel/ Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)?

Criterios hospitalización en tercer nivel/UCI 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.

En Niños

¿Cuáles son los criterios de hospitalización en primer nivel?

Paciente que no reúne los criterios de segundo ni de tercer nivel, pero que presente 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 primer nivel:

- Medidas para evitar la transmisión
- Hidratación (oral o SSN si no tolera la vía oral)
- Oxígeno por cánula nasal hasta 1lt/min
- Beta 2 inhalados en IDM, con inhalocámara, en esquema de exacerbación si hay componente bronco obstructivo
- Acetaminofén (ver dosificación)
- Monitorización de signos vitales cada 4 hrs
- 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 88% al aire ambiente.

-

¿Cuáles son los criterios de hospitalización en segundo nivel?

1. Niño entre 3 y 12 meses con cuadros de componente bronco obstructivo o Neumonía.
2. 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 mayores de 90%.
3. De reunir criterios de manejo en salas ERA, aquel que teniendo estas condiciones no responda rápidamente al manejo definido para las mismas.

Manejo segundo nivel:

- Medidas para evitar la transmisión
- SSN de acuerdo a requerimiento por nivel de deshidratación, Vía oral según tolerancia
- Oxígeno por cánula nasal o ventury de acuerdo a saturación.
- Beta 2 inhalados en IDM, con inhalocámara, en esquema de exacerbación si hay componente bronco obstructivo
- Acetaminofén (ver dosificación)
- Monitorización de signos vitales cada 4 hrs
- Tomar muestra para virus influenza en casos sospechoso
- Tomar hemograma, radiografía del tórax.
- 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 88% al aire ambiente.

¿Cuáles son los criterios de hospitalización en tercer nivel?

Cualquier niño que presente alguno de los siguiente indicadores de severidad, debe ser remitido a una Institución de tercer nivel:

1. Idealmente todo menor de tres meses con requerimiento de oxígeno, o niño de cualquier edad con requerimientos de oxígeno con cámara cefálica, a más de 35% de FIO₂ (fracción inspirada de oxígeno). De reunir criterios de manejo en salas ERA, aquel que teniendo estas condiciones no responda rápidamente al manejo definido para las mismas.
2. Imposibilidad para beber líquidos.
3. Vomita todo.
4. Estridor en reposo.
5. Letárgico o inconsciente.
6. Paciente con cuadro clínico de sépsis o aspecto tóxico.

7. Paciente con enfermedad pulmonar crónica de base o cardiopatía.
8. Niño o niña menor de seis meses de edad cronológica con antecedente de prematuridad extrema.
9. Episodios de apnea durante la enfermedad actual.

Manejo tercer nivel:

De acuerdo a las características de cada caso en particular, en protocolos acordes a las condiciones de la situación presentada para los casos que ameriten tercer nivel con o sin UCI

5.3.MANEJO ANTIVIRAL (OSELTAMIVIR)

5.3.1. Manejo terapéutico

Las indicaciones para uso de antivirales en **casos sospechosos, probables o confirmados**, adultos incluyen cualquiera de los siguientes, de acuerdo a criterios médicos (ver cuadro de dosificaciones):

- Caso de infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas leves o enfermedad similar a influenza (ESI), con contacto estrecho domiciliario o institucional de acuerdo a como se definió previamente.
- Caso de Infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas moderadas, o Infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas severas o Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada, tengan o no exposición según definiciones previas.
- Paciente previamente sano con criterio de hospitalización en UCI
- Paciente con diagnóstico clínico y radiográfico de neumonía que requiera hospitalización en segundo o tercer nivel.
- Trabajador de salud con enfermedad similar a influenza con exposición a casos sospechosos, probables o confirmados.
- Gestante en 2 y 3 trimestre
- EPOC o patología pulmonar previa que requiera hospitalización cualquier nivel
- Falla cardíaca o patología cardíaca previa que requiera hospitalización en cualquier nivel
- Terapia inmunosupresora, trasplante o SIDA

Las indicaciones para uso de antivirales en **casos sospechosos, probables o confirmados** pediátricos incluyen cualquiera de los siguientes, de acuerdo a criterios médicos:

- Caso de infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas leves o enfermedad similar a influenza (ESI), con contacto estrecho domiciliario o institucional de acuerdo a como se definió previamente.

- Caso de Infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas moderadas, Infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas severas o Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada, tengan o no exposición según definiciones previas.
- Paciente con progresión rápida de su enfermedad
- Paciente previamente sano con criterio de hospitalización en UCIP
- Paciente con diagnóstico clínico y radiográfico de neumonía que requiera hospitalización en segundo o tercer nivel.
- Pacientes que tienen alto riesgo de presentar influenza severa y complicada:
 - Enfermedad pulmonar crónica que requiera hospitalización
 - Cardiopatía congénita compleja que requiera hospitalización .
 - IRC que requiera hospitalización
 - Inmunosuprimidos, transplantados e infección por VIH
- Pacientes con circunstancias sociales, personales, o familiares en quienes la enfermedad implica un riesgo alto para el paciente o su entorno (Ejemplos: pacientes en albergues e instituciones de bienestar, beneficiarios de alojamientos temporales).

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),

En los casos de UCI 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 la entidades internacionales de salud.

5.3.2. Profilaxis

Las indicaciones para uso de antivirales en :

- Trabajador de la salud con contacto, sin uso adecuado de las medidas de bioseguridad, (ver antes y cuadro de dosificación).
- Inmunosuprimidos con contactos de casos probables o confirmados, evidenciado con base en copia de Historia Clínica

5.4.OTRAS MEDIDAS FARMACOLOGICAS

5.4.1 ¿Qué medicamentos no se deben administrar?

El siguiente medicamento está contraindicado:

- Aspirina en menores de 18 años

5.4.2 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, y en niños retracciones, con compromiso radiográfico lobar o multilobar).
- Pacientes con mejoría de episodio febril respiratorio inicial que presentan 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 realizará tratamiento dirigido de acuerdo a identificación microbiológico.
- En pacientes con uso previo de antibióticos el uso se hará de acuerdo a la epidemiología local de las infecciones respiratorias nosocomiales. Se realizará tratamiento dirigido de acuerdo a identificación microbiológico.

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 (terapéutico)	75mg 2 veces al día por 5 días	Menores de 13 años: <ul style="list-style-type: none"> • 30mg 2 veces al día para <15Kg • 45mg 2 veces al día para >15-23Kg • 60mg 2 veces al día para >23Kg-40Kg • 75mg 2 veces al día para >40Kg Menores de 1 año: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12mg 2 veces al día para <3 meses ▪ 20mg 2 veces al día para 3-5 meses ▪ 25mg 2 veces al día para 6-11 meses
Oseltamivir (profiláctico)	75mg una vez al día por 7 días	Menores de 13 años: <ul style="list-style-type: none"> • 30mg una vez al día para <15Kg • 45mg una vez al día para >15-23Kg • 60mg una vez al día para >23Kg-40Kg • 75mg una vez al día para >40Kg
Ampicilina/sulbactam	1,5g IV cada 6 hrs	200-300mg/K/día dividido en 4 dosis (cada 6 hrs)