

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASOS DE GRIPE PANDÉMICA (H1N1) 2009 EN PEDIATRÍA

(Este protocolo está sujeto a actualización según se disponga de nueva información)

DICIEMBRE 2009



EN LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO HAN PARTICIPADO:

- **Francisco Alvarado Ortega**
Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos
Hospital Universitario La Paz, Madrid
- **Javier Arístegui Fernández**
Unidad de Infectología Pediátrica
Hospital de Basurto, Bilbao
- **Fernando Baquero Artigao**
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario La Paz, Madrid
- **Elena Burón Martínez**
UCI Pediátrica y Neonatal
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- **Juan Casado Flores**
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid
- **Fernando del Castillo Martín**
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario La Paz, Madrid
- **Jaime García Aguado**
Centro de Salud Villablanca
Atención Primaria, Madrid
- **Ángel Hernández Merino**
Centro de Salud Rivota
Atención Primaria, Alcorcón - Madrid
- **Yolanda Jordán García**
Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos
Hospital San Juan de Dios, Esplugues de Llobregat, Barcelona
- **Jesús López-Herce Cid**
Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

- **Mercedes Loscertales Abril**
Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricos
Hospitales Universitarios “Virgen del Rocío”, Sevilla
- **Carles Luaces Cubells**
Hospital San Juan de Dios, Esplugues de Llobregat, Barcelona
Sección de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría
- **Federico Martín-Torres**
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- **David Moreno Pérez**
Hospital Carlos Haya, Málaga
- **Juan Ignacio Muñoz Bonet**
Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos
Hospital Clínico Universitario de Valencia
- **Felix Omeñaca**
Hospital Universitario La Paz, Madrid
- **Corsino Rey Galán**
Hospital Universitario Central de Asturias - Oviedo
- **Salvador Salcedo**
Hospital Universitario Valle de Hebrón, Barcelona

REVISORES:

- **Dr. Carlos Risco Risco**
- **Dra. Laura Sánchez-Cambronero Cejudo**
- **Dra. María Jiménez Muñoz**
- **Dra. María Victoria Martínez Díaz**

ÍNDICE

1.-	INTRODUCCIÓN.....	5
1.1.-	CONSIDERACIONES GENERALES	5
1.2.-	DEFINICIONES.....	6
2.-	ATENCIÓN PRIMARIA (AP).....	8
2.1.-	VALORACIÓN INICIAL.....	8
2.2.-	CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA AL HOSPITAL	8
2.3.-	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA	9
2.4.-	TRATAMIENTO ANTIVIRAL	9
2.5.-	SEGUIMIENTO	10
3.-	URGENCIAS HOSPITALARIAS	11
3.1.-	ACOGIDA DE PACIENTES: SISTEMÁTICA DE ACTUACIÓN Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN.....	11
3.2.-	DIAGNÓSTICO	12
3.3.-	TRATAMIENTO	13
4.-	PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN.....	13
4.1.-	PACIENTE QUE INGRESA DESDE URGENCIAS	13
4.2.-	SOSPECHA DE GRIPE NOSOCOMIAL	14
4.3.-	AISLAMIENTO DEL NIÑO HOSPITALIZADO CON GRIPE	14
5.-	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP).....	14
5.1.-	CRITERIOS DE INGRESO EN UCIP	14
5.2.-	DIAGNÓSTICO	15
5.3.-	TRATAMIENTO ANTIVIRAL	15
5.4.-	AISLAMIENTO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN.....	15
6.-	RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN EL RECIEN NACIDO	16
6.1.-	MADRE CON INFECCIÓN DURANTE EL EMBARAZO.....	16
6.2.-	INFECCIÓN PERINATAL	16
6.3.-	RECIEN NACIDO INFECTADO E INGRESADO EN NEONATOLOGIA.....	17
7.-	VACUNACIÓN EN PEDIATRÍA	18
8.-	BIBLIOGRAFÍA.....	20
9.-	ANEXOS.....	26
	ANEXO I.- CLASIFICACIÓN DEL ASMA	26
	ANEXO II.- TRATAMIENTO ANTIVIRAL.....	28
	ANEXO III.- CONSEJOS PARA LA ACTUACIÓN DOMICILIARIA EN EL PACIENTE CON INFECCIÓN POR GRIPE	28

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- CONSIDERACIONES GENERALES

Hasta la fecha el comportamiento del virus pandémico (H1N1) 2009 en el niño ha sido equiparable al de la gripe estacional, ocasionando cuadros en general leves y autolimitados a pesar de su alta contagiosidad. Por tanto es previsible que la pandemia ocasione la mayor sobrecarga asistencial en el área de atención primaria y en los servicios de urgencias.

La presente guía pretende facilitar la actuación médica ante un niño con sospecha o diagnóstico confirmado de gripe pandémica (H1N1) 2009 a lo largo de los diferentes niveles de atención pediátrica. Esta guía se ha elaborado en función de los datos obtenidos de la bibliografía, la experiencia acumulada durante el invierno en el hemisferio sur y la opinión de los expertos del grupo de revisión. Todas las recomendaciones contenidas en la presente guía tienen carácter provisional y son susceptibles de cambio en función de la evolución de la pandemia y la disponibilidad de nuevos datos objetivos. La guía debe ser adaptada a los recursos y protocolos disponibles en los diferentes puntos y centros de atención pediátrica, y en ningún caso pretende sustituir el juicio clínico del pediatra que atiende al niño.

Las ideas fundamentales que en su conjunto sustentan y rigen la guía que exponemos a continuación son:

- 1)** La sospecha o confirmación de gripe pandémica (H1N1) 2009 no modifica en líneas generales los protocolos de actuación pediátrica habituales en términos de criterios de gravedad, derivación al hospital, ingreso hospitalario o ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- 2)** En el contexto actual de pandemia, la confirmación microbiológica de virus pandémico (H1N1) 2009 no es necesaria de forma rutinaria y debería limitarse al contexto hospitalario y realizarse en pacientes con sospecha de gripe pandémica (H1N1) 2009 que requieren ingreso, o en aquellos casos en que el pediatra lo

juzgue necesario para el diagnóstico diferencial cuando la técnica se encuentre disponible.

- 3)** El oseltamivir, tratamiento antivírico disponible para uso pediátrico, tiene indicaciones concretas que se detallan en la presente guía en función de la situación del paciente y la coexistencia de condiciones de riesgo, no obstante es importante reseñar que:
- a)** Estas recomendaciones no son vinculantes y el juicio del pediatra que evalúa la relación riesgo/beneficio del paciente individual debe prevalecer.
 - b)** La efectividad demostrada del tratamiento de oseltamivir en niños se circunscribe al contexto de la gripe estacional, es limitada y está condicionada a su aplicación en las primeras 48 horas de evolución y con un cumplimiento y posología correctos.
 - c)** Los datos de seguridad y farmacocinética en menores de un año son limitados por lo que su indicación debe valorarse de forma individualizada.
 - d)** El tratamiento con oseltamivir en niños no está exento de potenciales efectos adversos que deben ser tenidos en consideración a la hora de decidir la indicación, especialmente en los niños menores de un año donde la inmadurez de la barrera hematoencefálica puede facilitar su toxicidad central.
 - e)** Otro antiviral propuesto, zanamivir, es eficaz por vía inhalatoria para el tratamiento de la gripe estacional no complicada pero no existe experiencia con su uso en la enfermedad grave y en la gripe pandémica (H1N1) 2009.

1.2.- DEFINICIONES

Cuadro clínico

El cuadro clínico producido por la gripe pandémica (H1N1) 2009 en la edad pediátrica, es indistinguible del producido por la gripe estacional e incluso del ocasionado por otros agentes infecciosos respiratorios. Esta dificultad es además mayor cuanto más pequeño es el niño. La sospecha de gripe pandémica (H1N1) 2009 se establece en función de los siguientes criterios ya que la clínica de la gripe en el niño suele tener una presentación habitualmente diferente según la edad:

- *Niños mayores (generalmente > 6 años) y adolescentes:* Tienen una clínica semejante a la del adulto. La definición actual de caso sospechoso es:

- ✓ Inicio súbito

- ✓ Y, al menos uno de estos síntomas generales:

- Fiebre superior a 38 °C o febrícula.
- Malestar general.
- Dolor de cabeza.
- Dolores musculares.

- ✓ Y, además, al menos uno de estos síntomas respiratorios:

- Tos.
- Dolor de garganta.
- Dificultad para respirar.

Puede acompañarse de vómitos y/o diarrea.

Los síntomas sistémicos son la característica clínica diferencial más importante con la infección por otros virus.

- *Niños de 2 a 6 años:* A esta edad la clínica es de fiebre y síntomas respiratorios de vías altas y bajas. Resulta indistinguible de cualquier otra viriasis respiratoria. Ocasionalmente se acompaña de una neumonía de características atípicas (uno o varios infiltrados no condensantes) o de una neumonía intersticial.
- *Niños menores de 2 años:* la clínica puede ser más inespecífica todavía, con fiebre (que puede ser la única manifestación), acompañada de irritabilidad, llanto, rechazo de la alimentación e incluso vómitos y diarrea. Una de las formas de presentación es la bronquiolitis. También es posible la presentación del cuadro con convulsiones febriles.

Grupos de riesgo de gripe complicada

A continuación se enumeran una serie de condiciones consideradas de riesgo para la evolución grave de una infección por virus pandémico (H1N1) 2009 en un niño. La mayoría de estos grupos de riesgo han sido extrapolados de los ya conocidos como de riesgo para la evolución de la gripe estacional. La toma de decisiones

diagnósticas y terapéuticas en función de la presencia de una o más de estas condiciones en un paciente con sospecha o confirmación de gripe pandémica (H1N1) 2009 debe individualizarse según el criterio del facultativo que atiende al niño.

Estos grupos de riesgo son fundamentalmente:

- I. Enfermedad respiratoria crónica: Asma moderada-grave según los criterios de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (ver anexo 1), fibrosis quística, displasia broncopulmonar, etc.
- II. Obesidad mórbida, definida por un índice de masa corporal por encima del p99.
- III. Cualquier enfermedad crónica con riesgo de descompensación en el contexto de una infección aguda: cardiopatías congénitas, diabetes y otras metabopatías, insuficiencia renal moderada-grave, hepatopatía crónica avanzada, síndrome de Down, etc.
- IV. Enfermedades neuromusculares graves, parálisis cerebral.
- V. Prematuros de menos de 32 semanas en el primer año de vida
- VI. Pacientes inmunodeprimidos, enfermedades hemato-oncológicas.
- VII. Embarazo (adolescentes).
- VIII. Tratamiento crónico con salicilatos (riesgo de síndrome de Reye).

2.- ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

2.1.- VALORACIÓN INICIAL

Se realizará:

- A)** Anamnesis: presencia de síntomas gripales, fecha de inicio, antecedentes de contacto con casos sospechosos de gripe.
- B)** Búsqueda de signos de gravedad (ver criterios de ingreso). Toma de constantes (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria). Si está disponible, se valorará la Sat. O₂ (pulsioximetría).
- C)** Valoración de las condiciones de riesgo.

2.2.- CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA AL HOSPITAL

No existen criterios específicos de derivación para pacientes con sospecha clínica de gripe pandémica (H1N1) 2009. Serán remitidos al hospital de referencia los pacientes con síntomas o signos que, por su gravedad, puedan requerir ingreso hospitalario, tales como:

- Afectación del estado general (decaimiento, postración, mal color).
- Alteración de conciencia (somnolencia, obnubilación).
- Estado séptico (mal color, relleno capilar lento, hipotensión).
- Dificultad respiratoria moderada o grave (taquipnea, retracciones costales, aleteo nasal, quejido respiratorio).
- Deshidratación moderada o grave (decaimiento, mucosas secas, pliegue cutáneo, ausencia de lágrimas, fontanela deprimida en lactantes).
- Vómitos incoercibles.
- Diarrea grave.

Los niños pertenecientes a grupos de riesgo para desarrollar formas graves de gripe o complicaciones, serán valorados de forma individualizada, en función de la situación clínica de su enfermedad de base.

2.3.- PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA

En el ámbito de la atención primaria, la mayoría de los episodios compatibles con la gripe, sean por el virus pandémico (H1N1) 2009 o por otros virus respiratorios, tienen un tratamiento y vigilancia similares.

En la fase de pandemia en que nos encontramos, no se precisan pruebas de confirmación diagnóstica para iniciar la administración de antivirales (si la situación clínica lo aconseja) en niños ambulatorios con sospecha de gripe pandémica (H1N1) 2009, salvo en situaciones clínicas excepcionales en las que se juzguen necesarias para valorar la relación riesgo/beneficio.

2.4.- TRATAMIENTO ANTIVIRAL

La administración de antivirales es un acto terapéutico individual, que debe ir asociado al correspondiente juicio clínico y valoración de la relación riesgo/beneficio.

Se puede considerar la administración de oseltamivir (ver anexo 2) a pacientes con riesgo elevado de presentar complicaciones graves, teniendo en cuenta el nivel de riesgo de la enfermedad de base y el grado de afectación del paciente. La efectividad del tratamiento es mayor si se inicia dentro de las primeras 48 horas tras el comienzo de los síntomas.

Se podría optar por no iniciar el tratamiento con oseltamivir en niños con condiciones de riesgo, cuya situación basal es estable y que tengan manifestaciones clínicas leves, vigilando estrechamente al paciente para detectar precozmente la presencia de síntomas o signos de empeoramiento que justifiquen reevaluar el tratamiento o, en su caso, la necesidad de hospitalización. No se recomienda tratar sistemáticamente a los niños que no pertenezcan a grupos de riesgo de presentar complicaciones ni tengan signos de gravedad.

Estas recomendaciones se basan en:

- ✓ La limitada eficacia de los antivirales en niños.
- ✓ La escasa información disponible sobre su seguridad.
- ✓ La gripe pandémica (H1N1) 2009 se está comportando hasta ahora como una enfermedad leve en la gran mayoría de los casos.
- ✓ Los niños pequeños tienen con frecuencia infecciones respiratorias repetidas, causadas por distintos agentes pero clínicamente indistinguibles de la gripe, por lo que podrían recibir durante el periodo pandémico varias tandas de tratamiento con oseltamivir.
- ✓ El uso indiscriminado de antivirales induce la aparición de resistencias.

2.5.- SEGUIMIENTO

En los pacientes sin signos de gravedad ni condiciones de riesgo no sería necesario realizar un seguimiento específico.

En pacientes de riesgo, se instaure o no tratamiento con antivirales, es recomendable realizar un seguimiento a los 2-3 días de su visita, preferentemente telefónico, para valorar la evolución y establecer la necesidad de una nueva consulta si no se observa la mejoría esperada. También deberán ser seguidos en atención primaria los niños atendidos y dados de alta de la urgencia hospitalaria en caso de ser necesario un control posterior.

En todo caso, la familia debe recibir información sobre las medidas de cuidado en el domicilio, los signos de alarma por los que deben consultar y las medidas preventivas para atenuar la diseminación de la enfermedad (ver anexo 3).

3.- URGENCIAS HOSPITALARIAS

3.1.- ACOGIDA DE PACIENTES: SISTEMÁTICA DE ACTUACIÓN Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Se recomienda que los niños que consulten en urgencias sean valorados inicialmente (*triage*) para establecer la prioridad asistencial acorde con el nivel de gravedad.

Se deben mantener los circuitos establecidos en cada centro sanitario en función del nivel de gravedad separando en ese momento, siempre que sea factible, en diferentes consultas o salas de espera específicas a los niños con sospecha de ser caso de gripe pandémica (H1N1) 2009.

Y siempre que sea posible se aplicarán las medidas descritas en el documento de: [“Recomendaciones para la prevención de la infección en los centros sanitarios ante casos de infección por el nuevo virus de la gripe A \(H1N1\) o de la gripe estacional.”](#)

Evaluación médica inicial en urgencias

Mantener la sistemática establecida en cada centro sanitario, que deberá incluir una anamnesis detallada, insistiendo en el caso de niños cuyo motivo de consulta sea un cuadro gripal, la existencia de condiciones de riesgo y el ambiente epidemiológico de su entorno (contacto con alguna persona con cuadro gripal etc.).

En muchos casos, más frecuentes a menor edad del niño, será imposible diferenciar clínicamente una gripe de cualquier otro proceso viral.

Si el paciente tiene signos clínicos de insuficiencia respiratoria, monitorizar la Sat. O₂ con pulsioximetría. La realización de otras pruebas complementarias, radiología de tórax, hemograma, etc. en la consulta de urgencia, debe hacerse en función de la exploración clínica y la necesidad de ayuda al diagnóstico clínico.

Criterios de alta desde urgencias:

- Si no tiene condiciones de riesgo: alta a domicilio sin seguimiento por atención primaria.
- Si tiene condiciones de riesgo: derivar a seguimiento por atención primaria.
(Ver *criterios de seguimiento* de atención primaria).

Criterios de ingreso en observación de urgencias, de ingreso en planta y de ingreso en UCIP:

Dado que no existe ningún criterio de ingreso específico para la gripe pandémica (H1N1) 2009, se tendrán en consideración los criterios de ingreso en observación de urgencias, de ingreso en planta y de ingreso en UCIP, de los protocolos definidos en cada hospital.

Los criterios anteriores han de servir para tomar decisiones sobre la conducta a seguir pero en ningún caso han de sustituir la decisión de un profesional experimentado sobre la necesidad o no de derivar a un paciente determinado.

3.2.- DIAGNÓSTICO

No se recomienda la realización de pruebas diagnósticas de gripe pandémica (H1N1) 2009 en los pacientes que consultan en urgencias y no requieren ingreso hospitalario.

La realización de pruebas diagnósticas en el niño que ingresa en el hospital puede ayudar a la toma de decisiones con respecto al aislamiento del paciente y para el establecimiento y mantenimiento del tratamiento.

Las indicaciones de realización de pruebas diagnósticas de gripe pandémica (H1N1) 2009 son, salvo criterio del médico que atiende al paciente:

- Los niños que presentan un cuadro clínico compatible con gripe pandémica (H1N1) 2009 y que requieren ingreso hospitalario por su gravedad.
- Los niños que desarrollan un cuadro clínico compatible con gripe pandémica (H1N1) 2009 durante su ingreso hospitalario por otro motivo.
- Los casos graves de neumonía de posible etiología bacteriana que ingresan en UCIP – sospecha de sobreinfección en cuadro gripal de base -.

3.3.- TRATAMIENTO

Paciente que no ingresa

- ✓ Para el tratamiento se utilizarán los mismos criterios que en atención primaria.
- ✓ Si no tiene criterios de ingreso ni condiciones de riesgo, será dado de alta a su domicilio con tratamiento sintomático. Se darán recomendaciones para evitar la transmisión de la enfermedad.
- ✓ Si no tiene criterios de ingreso y sí condiciones de riesgo, la decisión de iniciar tratamiento empírico con oseltamivir (ver anexo 2) será a criterio del médico responsable. En cada caso habrá que valorar tanto los datos clínicos, analíticos y epidemiológicos (conviviente adulto con clínica de gripe en los diez días previos), compatibles con el diagnóstico de gripe, como el riesgo de que un niño con una enfermedad crónica pueda recibir tratamiento con oseltamivir, cuya inocuidad no ha sido suficientemente demostrada, varias veces al año, por cuadros respiratorios.

Paciente que ingresa en planta

Se realizará una valoración individual del paciente con el objetivo de evaluar la necesidad de inicio de tratamiento con antivirales. Si el paciente que ingresa en planta cuenta con diagnóstico de confirmación, condiciones de riesgo o presenta un cuadro clínico de gravedad se podrá prescribir tratamiento.

Paciente que ingresa directamente en UCIP

Se tratará a todos los pacientes con sospecha de gripe pandémica (H1N1) 2009 que se deriven para su ingreso en UCIP.

4.- PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

4.1.- PACIENTE QUE INGRESA DESDE URGENCIAS

El enfermo puede venir diagnosticado de gripe pandémica (H1N1) 2009 desde el Servicio de Urgencias y con tratamiento de oseltamivir. En ese caso, se cumplirá el tratamiento según anexo 2 y se realizará el seguimiento correspondiente.

Sin embargo, puede que el enfermo ingrese pendiente de diagnóstico, en espera del resultado de la PCR. Si ésta es positiva, se podrá iniciar tratamiento con oseltamivir. Si la PCR es negativa no se iniciará tratamiento o se retirará si éste se hubiera empezado.

4.2.- SOSPECHA DE GRIPE NOSOCOMIAL

Cualquier enfermo ingresado puede presentar durante su estancia un cuadro compatible con gripe (ver clínica). En esas circunstancias se aconseja realizar PCR y valorar tratamiento según los resultados.

4.3.- AISLAMIENTO DEL NIÑO HOSPITALIZADO CON GRIPE

Ver "[Recomendaciones para la prevención de la infección en los centros sanitarios ante casos de infección por el nuevo virus de la gripe A \(H1N1\) o de la gripe estacional.](#)". Siempre que sea posible se aplicarán las medidas recomendadas en ese documento.

El aislamiento del enfermo con gripe confirmada debe valorarse individualizadamente según las circunstancias del caso y de la institución. Es aconsejable el uso de habitación individual, aunque puede compartirla con otro enfermo siempre que se garantice una separación entre ambos superior a un metro.

Se recomienda el uso de mascarilla quirúrgica, guantes y bata quirúrgica para el personal sanitario cuando exista manejo directo del enfermo. El enfermo debe usar mascarilla quirúrgica cuando salga de la habitación para realizarse pruebas (como estudio radiológico). La mascarilla de alta protección, gafas, guantes y bata especial

sólo serán utilizadas cuando se realicen exploraciones o técnicas especiales con riesgo de generar aerosoles o salpicaduras.

5.- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)

5.1.- CRITERIOS DE INGRESO EN UCIP

Todo paciente con sospecha de gripe pandémica (H1N1) 2009 e insuficiencia respiratoria aguda grave de probable etiología infecciosa (neumonía, bronquiolitis, laringitis, broncoespasmo, etc.), clínica de shock séptico, o alteración del nivel de conciencia.

5.2.- DIAGNÓSTICO

Se debe realizar a todo paciente con sospecha de gripe pandémica (H1N1) 2009 PCR en frotis nasofaríngeo o en aspirado bronquial si el paciente está intubado.

5.3.- TRATAMIENTO ANTIVIRAL

El tratamiento de estos pacientes se debe de realizar según los protocolos existentes en las diferentes unidades de cuidados intensivos pediátricos para el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda grave.

Todo paciente que ingresa en UCIP con sospecha de gripe deberá ser tratado con oseltamivir hasta conocer el resultado de la PCR. Si la PCR es negativa se suspenderá el tratamiento. No obstante, se recomienda mantener el tratamiento antiviral si existe alta sospecha clínica de gripe o hay un empeoramiento respiratorio progresivo.

Si la PCR es positiva se mantendrá el tratamiento durante 5 días. Si existe empeoramiento progresivo, se reconsiderará la prolongación del tratamiento hasta la mejoría clínica.

Si hay insuficiencia renal se ajustará la dosis según el aclaramiento de creatinina (ANEXO 2).

No se recomienda la quimioprofilaxis en contactos, ni en pacientes ingresados vecinos. Se valorará el riesgo/beneficio en casos excepcionales (inmunodeficientes, trasplantados, etc.).

5.4.- AISLAMIENTO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Si la estructura de la UCIP lo permite, se realizará aislamiento en cohortes. Si no, se mantendrá una distancia mínima de separación superior a 1 metro entre las camas de los pacientes y se valorará la colocación de mascarilla de protección respiratoria en los pacientes que lo admitan.

Se optimizarán las medidas de aislamiento y protección del personal sanitario, sobre todo en pacientes con riesgo de aerosolización (ventilación no invasiva, intubación, ventilación con bolsa autoinflable, aspiración bronquial, broncoscopia, obtención de muestras nasofaríngeas, aerosolterapia, ventilación de alta frecuencia, etc.), dado que la arquitectura de la mayoría de las UCIP no permite un aislamiento estricto de pacientes.

Si se realiza asistencia respiratoria mecánica se deberán utilizar filtros antiviral en el circuito de ventilación y en la bolsa autoinflable.

Se recomienda realizar aspiración de secreciones mediante sistema de circuito cerrado sin desconexión del paciente.

Antes de entrar en una habitación o un área con pacientes en los que se sospeche o se haya confirmado infección por virus pandémico (H1N1) 2009, se realizará la higiene de manos y se utilizará el equipo de protección personal (EPP). En las situaciones en las que exista riesgo de generación de aerosoles se recomienda la utilización de equipos de protección respiratoria FFP2 (ver recomendaciones del protocolo [“Recomendaciones para la prevención de la infección en los centros sanitarios ante casos de infección por el nuevo virus de la gripe A \(H1N1\) o de la gripe estacional.”](#)).

Se realizará la limpieza de paredes, encimeras, sanitarios, monitores, teclados y pomos de puertas, incluidos los de entrada en UCIP 2-3 veces al día.

6.- RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN EL RECIEN NACIDO

6.1.- MADRE CON INFECCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Los niños recién nacidos (RN) de madre con infección confirmada por gripe pandémica (H1N1) 2009 en cualquier momento del embarazo (excepto período perinatal) deben ser explorados meticulosamente para descartar malformaciones congénitas u otra morbilidad.

No deben separarse de la madre, ni realizar aislamiento, ni requieren tratamiento específico.

6.2.- INFECCIÓN PERINATAL

Madre con infección activa en el momento del parto, que no ha iniciado tratamiento con antivirales:

La madre debe llevar mascarilla durante el periodo de dilatación y el parto.

La transmisión vertical (madre-hijo por vía transplacentaria) es más una posibilidad teórica que real por lo que no se debe tener en cuenta a la hora de qué medidas tomar con el recién nacido. Sin embargo una madre infectada, no tratada en los días próximos al parto puede contagiar al recién nacido por transmisión horizontal a través de sus secreciones.

Según las recomendaciones del CDC, se debe separar al RN de la madre hasta que ésta haya recibido antivirales durante 48 horas, no tenga fiebre y controle la tos y las secreciones. También se puede plantear como alternativa, dada la dificultad de llevar a la práctica las medidas propuestas por el CDC, el contacto madre-hijo, extremando las medidas de aislamiento respiratorio y de contacto. Estas medidas se mantendrán hasta 24 horas después de la desaparición de los síntomas.

Se debe estimular la lactancia materna, el virus no se transmite por la leche y tomar oseltamivir no contraindica la lactancia. Si la situación clínica de la madre no permite poner al niño al pecho, se debe realizar extracción manual de la leche que le será ofrecida al niño por otras personas.

No se debe realizar profilaxis con oseltamivir al recién nacido.

6.3.- RECIEN NACIDO INFECTADO E INGRESADO EN NEONATOLOGIA

Un RN puede infectarse mientras permanece en la Maternidad o en la sala de Neonatología por contagio a través del personal sanitario o de los familiares que acuden a visitarle.

Sospecha clínica: niños que hayan estado en contacto con personas con sospecha o confirmación de gripe pandémica (H1N1) 2009 y que tienen síntomas generales de infección: mal aspecto general, decaimiento, dificultad para las tomas, fiebre, síntomas respiratorios.

Diagnóstico: se deberá realizar PCR en muestra nasofaríngea.

Tratamiento: Medidas de aislamiento respiratorio y de contacto en la zona donde se encuentra el niño. Si hay otros niños en la habitación se les dejará en el mismo lugar extremando las medidas de vigilancia por si aparecen síntomas.

Si el cuadro clínico es grave, son prematuros o con patología de base (cardiópatas, neonatos quirúrgicos etc.) ingresarán en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) y se iniciará el tratamiento.

Si no ingresa en la UCIN, el médico valorará en cada caso la instauración de tratamiento en función del criterio clínico (ver anexo 2).

Quimioprofilaxis: No se recomienda quimioprofilaxis en contactos, ni pacientes ingresados vecinos. Se valorará el riesgo/beneficio en casos excepcionales.

7.- VACUNACIÓN EN PEDIATRÍA

7.1.- INDICACIONES

En el contexto actual, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) no recomienda la vacunación en el niño sano por varios motivos:

- Aunque las tasas de incidencia son altas en niños, al igual que ocurre con la gripe estacional, las hospitalizaciones y fallecimientos suelen registrarse en aquellos con patologías crónicas graves basales.
- Existen pocos datos específicos por edad de la eficacia de la vacuna antigripal estacional en preescolares, especialmente entre 1 y 2 años y no existen datos de eficacia en menores de 1 año.
- En el momento actual, los datos de seguridad en niños con las vacunas adyuvadas que están autorizadas por la Comisión Europea son limitados.

De acuerdo con los datos existentes en este momento, se recomienda la vacunación de los niños con edades entre **6 meses y 17 años pertenecientes a los grupos de riesgo mencionados en el apartado 1.2, utilizando la vacuna pandémica Focetria A (H1N1)** (antígenos de superficie, inactivada, adyuvada).

7.2.- POSOLOGÍA Y PRECAUCIONES ESPECIALES

Aunque esta vacuna está disponible en viales multidosis, la presentación monodosis en jeringa precargada será obligatoria para la administración a niños menores de 5 años pertenecientes a este grupo, puesto que no contiene tiomersal. Para simplificar en lo posible el proceso, se procurará que todos los sujetos menores de 18 años se vacunen con esta vacuna monodosis. En el momento actual se recomienda:

- En niños y adolescentes de 2 a 17 años una dosis única de 0,5 ml.
- En lactantes mayores de 6 meses y niños menores de 2 años una dosis de 0,5 ml. No se ha establecido si debe administrarse una segunda dosis de la vacuna tras un intervalo de al menos tres semanas.
- La vacunación no está recomendada en menores de 6 meses.

La inmunización debe llevarse a cabo mediante inyección intramuscular preferentemente en el músculo deltoides o en el muslo anterolateral (en función de la masa muscular). No debe ser administrada, bajo ninguna circunstancia, por vía intravascular o subcutánea.

Precauciones especiales de empleo:

- Si la situación pandémica lo permite, la inmunización debería ser pospuesta en pacientes con enfermedad febril grave o infección aguda.
- La respuesta de anticuerpos en pacientes con inmunodeficiencia congénita o adquirida puede ser insuficiente.
- En caso de administración de una segunda dosis, se debe tener en cuenta que no existen datos sobre seguridad, inmunogenicidad o eficacia que apoyen la intercambiabilidad de Focetria con otras vacunas pandémicas H1N1.
- Si se considera la coadministración con otra vacuna, la inmunización debería hacerse en extremidades diferentes.

- Actualmente no se dispone de datos sobre el uso de Focetria durante el embarazo. Focetria puede utilizarse durante la lactancia.

7.3.- EFECTOS SECUNDARIOS Y CONTRAINDICACIONES

Los datos preliminares indican que las reacciones adversas en niños son menores que las producidas por Pandemrix, lo que es un motivo adicional para utilizar Focetria A (H1N1) en este grupo de edad. No obstante, solo se dispone de un ensayo clínico con la vacuna modelo A (H5N1). Este ensayo incluía 471 niños de edades comprendidas entre los 6 meses y los 17 años. Se administraron dos dosis con una separación de tres semanas y una tercera a los 12 meses, observándose que:

- Las reacciones locales fueron más frecuentes, en todos los grupos de edad, a partir de la segunda inoculación.
- La mayoría de las reacciones sistémicas se experimentaron a los 3 días siguientes de la administración y fueron transitorias y de gravedad entre baja y moderada.
- En estos grupos de edad, la frecuencia de las reacciones fue mayor que la registrada en adultos y sujetos de edad avanzada. Se observó asimismo una mayor incidencia de fiebre $>39\text{ }^{\circ}\text{C}$.
- Algunas reacciones adversas que se notificaron con frecuencia fueron:
 - En el grupo de edad de 6 a 35 meses: irritabilidad, llanto atípico, somnolencia, diarrea y alteraciones en los hábitos alimentarios.
 - En niños: dolor de cabeza y fatiga
 - En adolescentes: malestar, mialgia, dolor de cabeza, fatiga, sudoración, náuseas y escalofríos.

Contraindicaciones: antecedentes de reacción anafiláctica a alguno de los componentes o trazas residuales (proteínas de huevo y pollo, ovalbúmina, kanamicina y sulfato de neomicina, formaldehído y bromuro de cetiltrimetilamonio (CTAB)).

8.- BIBLIOGRAFÍA

- 1) Australian government. Australian influenza surveillance summary report nº 15, 2009-21 August 2009. Disponible en: [http://www.health.gov.au/internet/healthemergency/publishing.nsf/Content/ozflu2009.htm/\\$File/ozflu-no15-2009.pdf](http://www.health.gov.au/internet/healthemergency/publishing.nsf/Content/ozflu2009.htm/$File/ozflu-no15-2009.pdf)
- 2) Arostegi Kareaga N, Montes M, Perez-Yarza EG, et al. Características clínicas de los niños hospitalizados por infección por virus influenza. An Pediatr (Barc). 2005; 62: 5-12
- 3) Bonzel L, Tenenbaum T, Schrotten H et al. Frequent detection of viral coinfection in children hospitalized with acute respiratory tract infection using a real-time polymerase chain reaction. Pediatric Infect Dis J. 2008; 27: 589-94.
- 4) Calvo C, Garcia-Garcia ML, Blanco C, et al. Multiple simultaneous viral in infant with acute respiratory tract infections in Spain. J Clin Virol; 2008; 42: 268-72
- 5) Definición de caso de gripe de la UE: DECISIÓN DE LA COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS de 28/IV/2008 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, adoptado por la CSP española en documento del 09-09-09. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/gripeA/docs/VigilanciaVirusPandemico2009.pdf>
- 6) Considerations regarding novel H1N1flu virus in obstretic settings. Actualizado el 6 de Julio. Disponible en: www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/obstetric.htm
- 7) Emergency use authorization of Tamiflu (oseltamivir). [actualizado 4 ago 2009; consultado 22 sep 2009]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/eua/tamiflu.htm>
- 8) Interim guidance for novel H1N1 flu (Swine Flu): taking care of a sick person in your home [en línea] (actualizado 5 ago 2009); consultado 18

- sep 2009]. Disponible en: http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance_homecare_directions.htm
- 9) Cheng AC, Dwyer DE, Kotsimbos AT, et al. Summary of the Australasian Society for Infectious Diseases and the Thoracic Society of Australia and New Zealand guidelines: treatment and prevention of H1N1 influenza 09 (human swine influenza) with antiviral agents. Med J Aust. 2009; 191: 142-5.
- 10) Cheung T, Yam L, Lau A, Kong B, Yung B. Effectiveness of noninvasive positive pressure ventilation in the treatment of acute respiratory failure in severe acute respiratory syndrome. Chest. 2004;126: 845-50
- 11) Criado Vega EA. Gripe (v.1/2007). Guía_ABE. Infecciones en pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea][actualizado el 11/10/2007; consultado el 18/09/2009]. Disponible en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/
- 12) ECDC INTERIM GUIDANCE. On Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics [en línea][actualizado ago 2009; consultado 22 sep 2009]. Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Documents/0908_Influenza_AH1N1_On_Public_Health_Use_of_Influenza_Antivirals_during_Influenza_Pandemics.pdf
- 13) EMEA updates on A/H1N1 influenza virus. Update on 31 July 2009: European Medicines Agency recommends updating the product information for Tamiflu. [actualizado 31 jul 2009; consultado el 22 sep 2009]. Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/htms/human/pandemicinfluenza/novelflu.htm>
- 14) Escribano Montaner A, Ibero Iborra M, Garde Garde J, Gartner S, Villa Asensi JR, Pérez Frías J. Protocolos terapéuticos en el asma infantil. Disponible en: Protocolos de la AEP, www.aeped.es/protocolos/alergia/tratamiento-asma-aep.pdf.
- 15) Fiore AE, Shay DK, Broder K, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2008. MMWR Recomm Rep. 2008; 57:1-60.

- 16) Freedman DS, Mei Z, Srinivasan SR. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: The Bogalusa Hear Study. *J Pediatr*. 2006;150-12-5.
- 17) Freedman DS, Sherry B. The validity of BMI as an indicator of body fatness and risk among children. *Pediatrics*. 2009;124 (Suppl 1): S23-34
- 18) Friedman MJ, Attia MW. Clinical predictors of influenza in children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158: 391-4
- 19) Guidance for prevention and control of influenza in the peri-postpartum settings. Actualizado el 6 de Julio. Disponible en: www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/peri-post-settings.htm
- 20) González Rodríguez MP, Aizpurua Galdeano P, Aparicio Sánchez JL. ¿Qué sabemos acerca de la gripe pandémica A (H1N1) y su tratamiento en los niños? *Evid Pediatr* [revista en Internet]. 2009; 5: 58. [consultado 18 sep 2009] Disponible en: http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol5/2009_numero_3/2009_vol5_numero3.2.htm
- 21) Grupo de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia (GT-PBE) de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico en pediatría sobre la gripe pandémica A (H1N1) [en línea][actualizado 20 sep 2009; consultado 22 sep 2009]. Disponible en: <http://www.aeped.es/gripe/index.htm>
- 22) Matheson NJ, Harnden AR, Perera R, Sheikh A, Symmonds-Abrahams M. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 24:CD002744.
- 23) Ministerio de Sanidad y Política Social. Subcomité de vigilancia. Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. Actuaciones ante la detección de casos de infección por nuevo virus de la gripe A (H1N1) [en línea][publicado 09 de septiembre de 2009; consultado 18 sep 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/gripeA/docs/ActuacionesVirusPandemico2009.pdf>
- 24) Moscona A. Neuraminidase inhibitors for influenza. *N Eng J Med*. 2005; 353:1363-73. Disponible en <http://content.nejm.org/cgi/reprint/353/13/1363>.
- 25) Organización Mundial de la Salud. Influenza A(H1N1): lessons learned and preparedness [en línea][publicado 2 jul 2009; consultado 18 sep

- 2009]. Disponible en http://www.who.int/dg/speeches/2009/influenza_h1n1_lessons_20090702/en/index.html
- 26) Peng P, Wong T, Bevan D, Gardam M. Infection control and anaesthesia lessons learned from the Toronto SARS outbreak. *Can J Anesth* 2003; 50:989-97.
- 27) Piedra PA, Schulman KL, Blumentals WA. Effects of oseltamivir on influenza-related complications in children with chronic medical conditions. *Pediatrics*. 2009; 124:170-8. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/124/1/170>.
- 28) Policy statement- Recommendations for the prevention and treatment of Influenza in children 2009-2010. *Pediatrics* 2009. Version on line en <http://www.pediatrics.org>.
- 29) Pozo F, Casas I, Ruiz G, Falcon A, Perez-Brena P. Aplicación de los métodos moleculares al diagnóstico y estudio epidemiológico de las infecciones respiratorias causadas por virus. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008; 26 (Suppl 9):15-25.
- 30) Preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. Comité técnico V.10. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 11 de septiembre de 2009: Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_6_gripe_A_profesional/ProtocoloARGripe_sep.pdf
- 31) Protocolo de manejo de la insuficiencia respiratoria aguda grave en pacientes con neumonía viral primaria por el nuevo virus de la gripe A (H1N1) en UCI. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Agosto 2009.
- 32) Recomendaciones para la prevención de la infección en los centros sanitarios ante casos de infección por el virus de la gripe A o de la gripe estacional. Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud. Agosto 2009.
- 33) Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Harnden A, Mant D. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Brit Med J*. 2009; 339:b3172. Disponible en: http://www.bmj.com/cgi/content/full/339/aug10_1/b3172

- 34) Slater A, Shann F, Pearson G. PIM2: a revised version of the paediatric index of mortality. Intensive Care Med 2003; 29:278-85.
- 35) Surveillance for pediatric deaths associated with 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection --- United States, April--August 2009. MMWR 2009; 58:941-947.
- 36) Sweeney AM, Lyle J, Ferguson ND. Nursing and infection-control issues during high-frequency oscillatory ventilation. Crit Care Med. 2005 (Supl): S 204-208.
- 37) WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses [en línea][actualizado 20 ago 2009; consultado 22 sep 2009]. Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html

9.- ANEXOS

ANEXO I.- CLASIFICACIÓN DEL ASMA

Definición de asma moderada o grave como criterio de riesgo de gripe pandémica (H1N1) 2009, de acuerdo a cualquiera de las clasificaciones recogidas en el consenso de la AEP y las sociedades específicas. Se adjuntan a continuación de forma orientativa dos de estas clasificaciones.

A. Clasificación diagnóstica

ASMA PERSISTENTE MODERADA

- Episodios más de una vez cada 4-5 semanas
- Síntomas leves en las intercrisis
- Sibilancias a esfuerzos moderados
- Síntomas nocturnos < 2 veces por semana
- Necesidad de beta-adrenérgicos < 3 veces por semana

Características funcionales (en la intercrisis)

- PEF o FEV1 > 70 % del valor predicho
- Variabilidad del PEF entre el 20-30%

ASMA PERSISTENTE GRAVE

- Episodios frecuentes
- Síntomas en las intercrisis
- Requerimientos de b2-agonistas >de 3 veces por semana
- Síntomas nocturnos > 2 veces por semana
- Sibilancias a esfuerzos mínimos

Características funcionales (en la intercrisis)

Exploración funcional en la intercrisis:

- PEF o FEV1 < 70 % de su valor predicho
- Variabilidad del PEF > 30%

B. Clasificación según el tratamiento que recibe para el control de la enfermedad

Gravedad del asma	Control de base de la enfermedad		Alivio síntomas	
	Tratamiento farmacológico			Inmunoterapia
	Elección	Alternativa		
Episódica ocasional	No precisa	No precisa	AA-β ₂ AC a demanda	
Episódica frecuente	GCI dosis bajas	ARLT		IT*
Persistente moderada	GCI dosis medias	GCI dosis bajas + AA-β ₂ AL [#] Ó GCI dosis bajas + ARLT		IT*
Persistente grave	GCI dosis medias/altas + AA-β ₂ AI Se puede considerar una o varias: – Añadir GC oral – Añadir ARLT – Añadir metilxantinas – Añadir Anticuerpos monoclonales Anti-IgE			

* Valorar según apartado 4.2.

En niños mayores de 4 años.

AA-β₂AC: Agonista adrenérgico β₂ de corta duración, **AA-β₂AL:** Agonista adrenérgico β₂ de larga duración, **ARLT:** Antagonista de los receptores de leucotrienos, **GC:** Glucocorticoide, **GCI:** Glucocorticoide inhalados, **IT:** Inmunoterapia.

ANEXO II.- TRATAMIENTO ANTIVIRAL

1. La eficacia del tratamiento antiviral en la gripe estacional es limitada. El tratamiento precoz (<48 h) acorta la duración de los síntomas entre 0,5 y 1,5 días, aunque no parece prevenir las crisis de broncoespasmo en niños asmáticos, y no hay evidencia de que reduzca la hospitalización y la mortalidad en niños sin condiciones de riesgo.
2. Los estudios sobre seguridad son muy escasos, especialmente en los menores de un año. La FDA y la EMEA han aprobado recientemente, mediante procedimientos especiales de emergencia, el uso de oseltamivir en niños menores de un año. Por tanto, se recomienda limitar en lo posible su utilización en este grupo de edad.
3. Los efectos adversos más comunes del oseltamivir son los gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea), que aparecen en un 5-10% de los casos. También se ha descrito con menor frecuencia la aparición de cefalea y reacciones neuropsiquiátricas (alucinaciones, delirios, comportamiento anormal, incluyendo ideación suicida y suicidio consumado) en adolescentes y adultos jóvenes, si bien no ha podido establecerse con seguridad una relación causal con el fármaco.
4. El nuevo virus pandémico (H1N1) 2009 suele ser resistente a amantadina y rimantadina y sensible a los inhibidores de la neuraminidasa (IN), oseltamivir y zanamivir. No existen estudios que hayan evaluado la eficacia ni la seguridad de los IN en niños en la nueva gripe pandémica (H1N1) 2009.

Dosificación de los inhibidores de la neuraminidasa

Oseltamivir¹ (durante 5 días)		
Edad	Rango	Dosis
< 1 año	Edad	< 1mes
		1 a 3 m
		3 a 12 m
1 a 12 años	Peso	≤ 15 kg
		16 a 23 kg
		24 a 40 kg
		≥ 41 kg
≥ 13 años		75 mg/12h

¹ Tamiflu® cápsulas de 30, 45 y 75 mg y suspensión oral (12 mg/ml).

Nota: La suspensión oral de Tamiflu® comercial es de 12 mg/ml; pero la que se prepara en las farmacias de los hospitales a partir de polvo a granel es de 15 mg/ml.

Tabla de ajuste de dosis de oseltamivir en función del aclaramiento de creatinina

Datos de adultos*

Aclaramiento de creatinina	Dosis de oseltamivir
>30 ml/min	No modificación de dosis
10-30 ml/min	Mitad de dosis
<10 ml/min (hemodiálisis)	Mitad de dosis de carga, y un cuarto de dosis después de cada sesión de hemodiálisis.

* No existen datos suficientes en niños con insuficiencia renal para poder establecer la dosis recomendada. Los datos de la tabla se han extraído de pacientes adultos.

ANEXO III.- CONSEJOS PARA LA ACTUACIÓN DOMICILIARIA EN EL PACIENTE CON INFECCIÓN POR GRIPE

Cuidados del paciente:

- Ofrecer al niño líquidos con frecuencia. No forzar la alimentación, es normal que tenga menos apetito.
- Si tiene fiebre o malestar, puede tomar paracetamol o ibuprofeno.
- No se debe administrar ácido acetilsalicílico, ni antigripales que lo contengan.
- Los descongestivos, mucolíticos y antitusivos tienen una eficacia limitada. Se han comunicado efectos adversos graves con algunos de estos fármacos en menores de cuatro años, por lo que su uso debe ser desaconsejado en esas edades.
- No fumar en presencia del enfermo.
- Procurar un ambiente confortable; moderar la calefacción, no abrigar en exceso, airear la habitación regularmente.

Signos de alerta:

- Acudir a consulta médica si el paciente:
 - Parece más enfermo que en cualquier otro episodio de infección respiratoria.

- Tiene la piel de color grisáceo o los labios morados.
- No responde con normalidad; por ejemplo, no llora cuando se espera que lo haga, no establece contacto visual con el adulto o está muy apático, adormilado o irritable (llora con facilidad y no se calma al cogerlo).
- Respira deprisa o con dificultad (se le hundan las costillas).
- Tiene dolor en el pecho.
- Tiene vómitos persistentes o no retiene los líquidos que bebe.
- Si la fiebre dura más de tres días (72 horas) o el paciente empeora, con reaparición de la fiebre después de una mejoría inicial, deberá consultar a su pediatra de cabecera.

Medidas preventivas:

- El niño debe permanecer en casa hasta al menos 24 horas después hasta que desaparezca la fiebre sin necesidad de antitérmicos. Durante ese tiempo es aconsejable restringir las visitas.
- Utilizará pañuelos desechables para cubrirse la nariz y la boca al toser o estornudar.
- Debe lavarse las manos con agua y jabón (durante al menos 20 segundos) con frecuencia. Todas las personas que convivan en el domicilio también deberán lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente, y siempre después de haber estado en contacto con el enfermo.
- Las personas con condiciones de riesgo de complicaciones deben evitar en la medida de lo posible el contacto cercano con el paciente (distancia inferior a un metro).
- Salvo que no haya otra alternativa, debe evitarse que una mujer embarazada cuide a un paciente con sospecha de gripe.
- No es necesario lavar la ropa de forma diferente a como se hace habitualmente.
- Los niños podrán asistir de nuevo a los centros educativos cuando hayan permanecido sin fiebre durante un día y toda vez que los padres comprueben una evolución favorable, sin que sea necesario un control pediátrico previo.