

## INFORMACIÓN VIRUS GRIPE PORCINA

DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y GUIAS EXPEDIDAS POR EL **MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL** REMITIMOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA INFORMACIÓN IMPORTANTE EN EL TEMA DEL **VIRUS DE LA GRIPE PORCINA**, CON EL FIN DE QUE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA DISPONGA DE INFORMACIÓN CERTERA Y OPORTUNA PARA PREVENIR EL CONTAGIO Y DISPONGAN DE ESTRATEGIAS ADECUADAS PARA ACTUAR EN CASOS DE INFECCIÓN.

SE RECOMIENDA QUE LA INFORMACION BRINDADA SE MANEJE ADECUADAMENTE Y EN CASOS DE INFECCIÓN **NO AUTOMEDICARSE.**

*IPSI..... AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA*

## **IA PARA MANEJO FRENTE A LA SOSPECHA DE CASOS DE INFLUENZA A POR UN VIRUS NUEVO EN BOGOTA D.C.**

### **Objetivos:**

1. Detección de casos de influenza A H1N1 por subtipo nuevo en Colombia
2. Análisis y difusión de la información de las diferentes estrategias de vigilancia establecidas en este documento.
3. Determinar el comportamiento epidemiológico de los casos de de influenza A H1N1 por subtipo nuevo en Colombia.
4. Adecuar las medidas de prevención y control que se deben implementar ante la detección de casos de influenza A H1N1 por subtipo nuevo

### **A. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

En el marco de la circular emitida por el Ministerio de la Protección Social frente a la presencia de casos de influenza A H1N1 subtipo nuevo en México y teniendo en cuenta el plan nacional de preparación frente al riesgo de una pandemia de influenza, a continuación se establecen los objetivos y las acciones ha implementar en la línea de vigilancia en salud pública:

### **DEFINICIONES DE CASO**

#### **Definición de casos sospechoso de influenza A por un nuevo subtipo.**

Persona de cualquier grupo de edad que presenta infección respiratoria aguda alta o baja acompañada de fiebre  $\geq$  a 38 °C y tos, con cuadro clínico de máximo de cinco días de evolución **Y** que reporta alguno de los siguientes antecedentes:

- Historia de viaje en los 7 días previos a países donde se han confirmado casos de influenza A H1N1 por subtipo nuevo **O**

- Contacto estrecho a un metro o menos de distancia con una persona que presenta IRA y con antecedente de viaje a países donde se han confirmado casos de influenza A H1N1 por subtipo nuevo **O**
- Caso de mortalidad por infección respiratoria aguda grave inusitada.

### **Caso probable de influenza A por un nuevo subtipo.**

Persona que satisface los criterios para un caso sospechoso de influenza A por subtipo nuevo y en quien se identifica influenza A subtipo H1 o influenza A no subtipificable.

### **Caso confirmado de influenza A por un nuevo subtipo**

Persona que cumple con los criterios de caso sospechoso o probable en quien se identifica influenza A subtipo H1N1.

### **Definición de conglomerado.**

Dos o más casos sospechosos que presentan nexo por convivencia, estudio o trabajo.

En la definición de caso sospechoso la fiebre debe ser cuantificada por el caso o en la prestación de servicio de salud y los países afectados serán reportados por el boletín de situación de influenza A por subtipo nuevo disponible en la página web del Ministerio de la Protección Social.

## ACCIONES DE VIGILANCIA

### **Vigilancia rutinaria de infección respiratoria aguda (IRA)**

Análisis del comportamiento y tendencia de la información notificada de mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años correspondiente del acumulado del año 2008 y 2009.

Seguimiento a la notificación de la morbilidad por IRA en todos los grupos de edad establecidos en el Sivigila, efectuando la evaluación comparativa del comportamiento de la tendencia correspondiente del acumulado del año 2008 y 2009.

### **Vigilancia intensificada de infección de infección respiratoria aguda**

#### **1. Mortalidad por IRA en todos los grupos de edad:**

Notificación de casos de mortalidad por IRA **en todos los grupos de edad** establecido en el Sivigila, para ello se debe considerar el certificado de defunción como fuente primaria de información y se realizará la notificación de manera inmediata de la UPGD a la Secretaria de Salud Departamental o Distrital y de esta al Instituto Nacional de Salud. La notificación se efectuara empleando la ficha de notificación de datos básicos del Sivigila de mortalidad por IRA.

#### **2. Vigilancia de morbilidad por Enfermedad Similar a la Influenza (ESI)**

En las UPGD donde se realiza la vigilancia centinela se notificaran los casos de morbilidad de ESI en todos los grupos de edad establecida en el Sivigila de forma individual y semanal. La definición de caso será la misma que se ha establecido en el protocolo nacional de vigilancia de ESI: “Infección respiratoria aguda con **fiebre de inicio súbito igual o mayor de 38° C y tos o dolor de garganta** que puede o no estar acompañado de rinorrea, cefalea, conjuntivitis o coriza, **con cuadro clínico con un máximo de cinco días de evolución**”. En este tipo de estrategia no se realizará recolección de muestra respiratoria para el

diagnostico de virus respiratorios, lo que se pretende es conocer el denominador de la vigilancia centinela ESI del país. La información será capturada por la base de datos que se presenta en el anexo 2.

### **3. Vigilancia centinela de (ESI – IRAG).**

- En las entidades territoriales en las cuales se realiza la vigilancia centinela de ESI – IRAG se debe notificar al Sivigila de forma diaria los casos captados antes de las 10: 30 a.m. y enviar el archivo plano al INS.
- Analizar de forma comparativa la situación detectada en el año 2008 y 2009 hasta el tercer periodo epidemiológico.
- Evaluar comparativamente los resultados obtenidos en la circulación de virus respiratorios durante el año 2008 y 2009 hasta el tercer periodo epidemiológico.
- Reforzar la vigilancia centinela en aquellas UPGD que hay en los departamentos y que hacen parte de ésta estrategia de vigilancia.

### **4. Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada**

- Realizar el seguimiento en las instituciones prestadoras de servicios de salud de los casos hospitalizados IRAG inusitada desde el 1 abril de 2009 empleando la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia nacional de ESI – IRAG:
  - Trabajador de salud u otra exposición laboral que desarrollan IRAG no explicada después de contacto estrecho con personas (vivas o muertas) con IRAG de origen incierto.
  - IRAG en adulto joven previamente sano.

- Caso de IRAG en persona que ha viajado a áreas de circulación de virus de influenza por subtipo nuevo con capacidad demostrada de infectar a humanos
  - Defunción por IRAG de causa desconocida.
  - Incremento observado en el número de casos de IRAG esperados para la época.
  - Todo caso en que el profesional de salud perciba como un caso inusitado o inusual”
- Notificar de forma inmediata los casos de IRAG empleando la ficha de notificación de ESI – IRAG.
  - Investigar todos los casos sospechosos de influenza IRAG inusitada.

### **Vigilancia de influenza A por subtipo nuevo**

- Notificar de forma inmediata los casos de IRAG empleando la ficha de notificación de ESI – IRAG código 345 y de acuerdo a la definición de caso establecida en este documento.
- |
- Investigación de todos los casos sospechosos de influenza A por subtipo nuevo H1N1

### **ACCIONES ANTE LA PRESENCIA DE CASOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

- Notificación inmediata según las directrices establecidas en el SIVIGILA.
- Recolección de muestra de hisopado faríngeo o aspirado nasofaríngeo según el protocolo nacional de vigilancia de ESI – IRAG.
- El envío de las muestras debe ser dirigido al Laboratorio Departamental o Distrital de Salud Pública de forma inmediata.

- En los casos fatales recolección de muestras de tráquea, bronquios y parénquima pulmonar bilateralmente; se remiten muestras en fresco y en formol neutro al 10% debidamente rotulados y atendiendo las recomendaciones de embalaje y transporte de muestras infecciosas.

### **ACCIONES ANTE LA PRESENCIA DE CASOS EN LA VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA**

- Activar las acciones de la línea de vigilancia y control en salud pública del plan de preparación y mitigación de una posible pandemia de influenza de su entidad territorial.
- Contar con un coordinador disponible que brinde información de la situación del evento en su entidad territorial y personal que garantice el análisis de las diferentes estrategias de vigilancia incluidas en este documento. La lista de las personas encargadas debe ser enviada al Grupo de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social.
- Notificación inmediata según las directrices establecidas en el SIVIGILA.
- Verificar el ingreso de los casos sospechosos de influenza A por subtipo nuevo a través del pasaporte del caso.
- Los Laboratorios de Salud Pública remitirán las muestras al Grupo de Virología del INS, garantizando las condiciones de bioseguridad recomendadas para el transporte de las mismas.
- Los Laboratorios de Salud Pública serán responsables de la adecuada capacitación a la red pública y privada en su área de influenza, sobre la recolección, conservación y transporte hacia el Laboratorio de Salud Pública.
- Realizar la investigación de caso y contactos estrechos según el protocolo de investigación de campo de casos de influenza.

- A través del Centro Regulador de Urgencias realizar el seguimiento por lo menos dos veces al día en la red de servicios de urgencias y hospitalización en búsqueda de casos sospechosos de influenza definidos en estas instrucciones.
- Realizar las acciones que den cumplimiento al Reglamento Sanitario Internacional (2005) en especial lo correspondiente al Anexo 2.
- Activar los Equipos de Respuesta de Inmediata y verificar: que sus integrantes se encuentran informados y disponibles; que cuentan con los insumos (Equipos de Protección Personal, elementos para la recolección y transporte de muestra) para respuesta en terreno a investigaciones de caso, que cuentan con mecanismos de comunicación entre ellos y con sus autoridades respectivas.
- Monitorio de rumores sobre casos sospechosos: por medios masivos de comunicación o de la comunidad.

## **B. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD**

### **¿CÓMO EVITAR LA TRANSMISIÓN?**

#### **Para la comunidad sin exposición conocida**

- Lavado de manos frecuente
- 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 (tapabocas de tela) 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  $\mu$ m), 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  $\mu\text{m}$ ), y aislamiento de contacto con guantes, bata, lentes protectores, polainas, gorros desechables.
5. Uso de mascarilla quirúrgica (tapabocas de tela) 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 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

## **MANEJO DE LAS PERSONAS CON EXPOSICIÓN SIN SÍNTOMAS (CONTACTOS ASINTOMÁTICOS)**

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

Se define contacto como toda persona que ha cuidado, vivido o tenido contacto estrecho con el caso sospechoso, probable o confirmado (según definición del protocolo de vigilancia epidemiológica) o ha estado compartiendo algún riesgo laboral, o haber tenido contacto directo con sus secreciones respiratorias o fluidos corporales. Se incluye el personal de salud.

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.
- 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.
- Se extenderá una incapacidad si laboran o estudian.

- Ante la presencia de síntomas respiratorios durante los próximos 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.

### **¿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
- En niños menores de dos meses la presencia de fiebre obliga a consultar, así como la disminución de la ingesta.

**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.**
- **No fumar y evitar exponerse al humo.**
- **NO uso de aspirina en menores de 18 años.**
- **Incapacidad para laborar o estudiar (aislamiento social) por 7 días.**
- **No usar antitusivos, antibióticos ni medicamentos que no sean prescritos por médicos.**
- **Estar atentos a síntomas o signos que requieren atención médica.**

### **¿QUIÉNES REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA?**

Aquellos personas que presentan:

- Deshidratación
- Disnea (dificultad respiratoria)
- Dolor torácico
- Vómito persistente
- Deterioro neurológico
- Reparición de la fiebre después de la defervescencia inicial
- Espujo purulento asociado a alguno de los síntomas anteriores

***NOTA : Al máximo posible 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.***

## **DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN**

**En adultos:**

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

- Paciente que requieren atención médica y presentan:
  - Disnea leve que logran saturación mayor a 90% a 2lt/min.
  - Toleran bien la vía oral
  - Evolucionan favorablemente con el manejo inicial en las primeras 24 hrs.
  - 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.
- Tomar muestra para virus influenza en casos sospechoso

### **¿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 FI O2 de 21% en adultos o saturación de O2 menor de 88% con FI O2 de 21% en niños.
- Presencia de sepsis severa, definida por dos ó más de los siguientes:
  - taquicardia (frecuencia cardiaca mayor a 90 latidos por minuto)

- taquipnea (frecuencia respiratoria mayor a 20 respiraciones por minuto)
- leucocitosis (más de 12.000 leucocitos por  $\mu\text{l}$ ) o leucopenia (menos de 4.000 leucocitos por  $\mu\text{l}$ )
- fiebre (temperatura mayor a 38°C) o hipotermia (temperatura inferior a 36°C)

más disfunción de un órgano, que puede corresponder a uno de los siguientes:

- hipotensión
  - Alteraciones neurológicas (obnubilación, confusión, etc.)
  - Falla renal (oliguria o elevación de creatinina)
  - 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 sospechoso
- 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.

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

Criterios hospitalización en tercer nivel/UCI para pacientes adultos y pediátricos 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.

La siguiente tabla muestra un resumen de las recomendaciones:

## **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.
- Tomar muestra para virus influenza en casos sospechoso

## ¿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, 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.

### **¿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 FIO<sub>2</sub> (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 prematurez 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

## **MANEJO ANTIVIRAL (OSELTAMIVIR)**

Las indicaciones para uso de antivirales en adultos incluyen cualquiera de los siguientes, de acuerdo a disponibilidad de los medicamentos y criterios médicos (ver cuadro de dosificaciones):

- Paciente previamente sano con criterio de hospitalización en UCI
- Trabajador de salud con enfermedad similar a influenza con exposición a casos sospechosos, probables o confirmados
- Gestante en 2 y 3 trimestre

Las indicaciones para uso de antivirales en niños incluyen cualquiera de los siguiente, de acuerdo a disponibilidad de los medicamentos y criterios médicos:

- Pacientes en grupos de riesgo quienes tienen alto riesgo de presentar influenza severa y complicada:
  - fibrosis quística
  - displasia broncopulmonar
  - cardiopatía congénita compleja
  - neumopatía crónica
  - IRC
  - inmunosuprimidos y SIDA)
- Pacientes en quienes se considera benéfica la disminución de los síntomas, y la reducción del periodo sintomático:

- niños previamente sanos con enfermedad severa y criterios de hospitalización en UCIP
- Pacientes con circunstancias sociales, personales, o familiares en quienes la enfermedad implica un riesgo alto para el paciente o su entorno.

El tratamiento debe iniciarse 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 a 7 días), salvo en los casos de UCI donde 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.

## **OTRAS MEDIDAS FARMACOLOGICAS**

### **¿Qué medicamentos no se deben administrar?**

Los siguiente medicamentos están contraindicados en algunas situaciones:

- Salicilatos (aspirina) en menores de 18 años
- Ribavirina
- Oseltamivir en los menores de un año de edad
- Rimantadina en menores de 7 años
- Zanamivir en menores de 13 años

## **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 con compromiso radiográfico lobar o multilobar y en niños retracciones).
- Pacientes con mejoría de episodio febril respiratorio inicial que presentan complicación (nuevo episodio de síntomas y hallazgos sugestivos de neumonía).
- En adultos y niños menores de 2 años que no hayan recibido previamente antibióticos se administrará ampicilina/sulbactam. En niños mayores de 2 años que no hayan recibido previamente antibióticos se administrará ampicilina.
- En pacientes con uso previo de antibióticos el uso se hará de acuerdo a a la epidemiología local de las infecciones respiratorias nosocomiales.

## C. INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA COMUNIDAD EN GENERAL

### **¿Qué es la influenza porcina?**

La influenza porcina (gripe porcina) es una enfermedad respiratoria de los cerdos causada por el virus de la influenza tipo A, el cual provoca brotes comunes de influenza entre estos animales. Estos virus pueden propagarse entre los cerdos durante todo el año, pero la mayoría de los brotes infecciosos ocurren en los meses finales del otoño e invierno, al igual que los brotes en las personas.

### **¿Cuántos virus de la influenza porcina hay?**

Al igual que todos los virus de la influenza, los virus de la influenza porcina cambian de manera constante.

Los cerdos pueden estar infectados por los virus de la influenza aviar y humana, así como también por los virus de la influenza porcina.

A través de los años, han surgido diferentes variaciones de los virus de la influenza porcina. En la actualidad, hay cuatro subtipos principales del virus de la influenza tipo A aislados de cerdos: H1N1, H1N2, H3N2 y H3N1. Sin embargo, la mayoría de los virus de la influenza aislados recientemente de cerdos han sido los virus H1N1

### **¿Los seres humanos pueden contagiarse de influenza porcina?**

Los virus de la influenza porcina por lo general no infectan a los seres humanos. Sin embargo, han ocurrido casos esporádicos de infecciones de influenza porcina en seres humanos. Por lo general, estos casos se presentan en personas que tienen exposición directa a los cerdos (es decir, niños que se acercan a los cerdos en ferias o trabajadores de la industria porcina).

Además, ha habido algunos casos documentados de personas que han contagiado el virus de la influenza porcina a otras.

### **¿Cuáles son los síntomas de la influenza porcina en los seres humanos?**

Los síntomas de la influenza porcina en las personas son similares a los de la influenza estacional común en seres humanos y entre estos se incluyen fiebre, letargo, falta de apetito y tos.

Algunas personas con influenza porcina han reportado también secreciones nasales, dolor de garganta, náuseas, vómitos y diarrea.

### **¿Las personas pueden contraer influenza porcina por comer carne de cerdo?**

No. Los virus de la influenza porcina no se transmiten por los alimentos. Usted no puede contraer influenza porcina por comer carne de cerdo o sus productos derivados. No hay riesgos si se come carne de cerdo y sus derivados que han sido manipulados y cocinados de manera adecuada.

### **¿Cómo se diagnostican las infecciones por influenza porcina en seres humanos?**

Para diagnosticar una infección por influenza porcina tipo A, por lo general se debe recoger una muestra de secreción del aparato respiratorio entre los primeros 4 a 5 días de aparecida la enfermedad (cuando una persona infectada tiene más probabilidad de diseminar el virus).

Sin embargo, algunas personas, especialmente los niños, pueden propagar el virus durante 10 días o más.

### **¿Existe vacuna para protegerse de la influenza de origen porcino?**

No. Los virus de influenza se caracterizan por cambiar rápidamente y la similitud entre la vacuna y los virus circulantes es muy importante para garantizar que las personas que se vacunen van a adquirir inmunidad que realmente los proteja. Esta es la razón por la cual la OMS necesita definir dos veces al año los virus que se incluirán en la preparación de las vacunas que protejan contra la influenza estacional: una para los países del hemisferio norte en su estación de invierno y otra para el hemisferio sur. La

actual vacuna contra la influenza estacional producida bajo las recomendaciones de la OMS no contiene virus de influenza porcina. Se desconoce si las vacunas contra la influenza estacional pueden brindar protección cruzada para las actuales infecciones por virus de influenza porcina que están ocurriendo en Méjico y Estados Unidos. OMS está trabajando articuladamente con las instituciones y aliados estratégicos para brindar mayor información acerca del uso de la vacuna de influenza estacional en la prevención de la infección por virus de influenza de origen porcino. Este tema se estará actualizando en el momento en que haya información disponible.

### **¿Qué medicamentos existen para tratar a las personas con infecciones por influenza porcina?**

Existen cuatro medicamentos antivirales diferentes que están autorizados en los Estados Unidos para el tratamiento de la influenza: amantadina, rimantadina, oseltamivir y zanamivir.

Aunque la mayoría de los virus de la influenza porcina han sido sensibles a los cuatro tipos de medicamentos, los siete virus más recientes de la influenza porcina aislados de personas son resistentes a la amantadina y la rimantadina.

### **¿El virus de la influenza porcina H1N1 es igual a los virus H1N1 de la influenza en seres humanos?**

No. Los virus de la influenza porcina H1N1 son antigénicamente muy diferentes de los virus H1N1 de los seres humanos, por consiguiente las vacunas de la influenza estacional para las personas no proporcionan protección contra los virus de la influenza porcina H1N1.