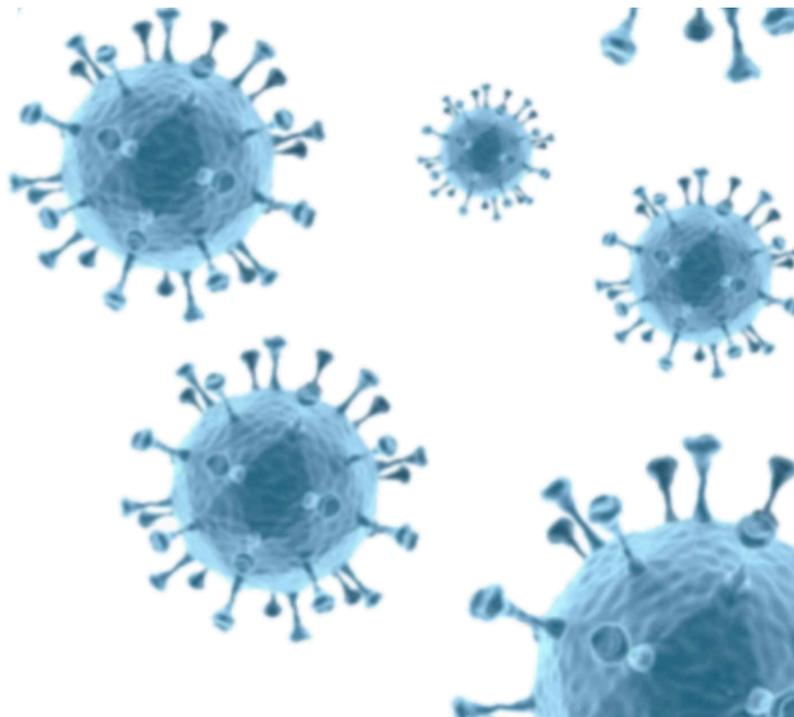


GUÍA REGIONAL DE ABORDAJE PARA LA EPIDEMIA DE GRIPE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS



Promueve y edita:

© Región de Murcia

Consejería de Salud

Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud

Creative Commons License Deed



La obra está bajo una licencia Creative Commons License Deed. Reconocimiento-No comercial 3.0 España.

Se permite la libertad de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las condiciones de reconocimiento de autores, no usándola con fines comerciales. Al reutilizarla o distribuirla han de quedar bien claros los términos de esta licencia.

Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.

Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

© Autores: M^a Jesús Ferrández Cámara, César Cinesi Gómez, Beatriz Garnica Martínez

© Diseño y maquetación: César Cinesi Gómez

Depósito Legal: MU 1351-2019

Impresión

1^a Edición, noviembre 2019

Disponible en www.murciasalud.es

https://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2739&idsec=88



ÍNDICE

ÍNDICE	5
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
AUTORES	7
INTRODUCCIÓN	11
SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD	11
CURSO EVOLUTIVO	12
MECANISMO DE TRANSMISIÓN DEL VIRUS.....	12
PERIODO DE CONTAGIO	13
DIAGNÓSTICO.....	14
DIAGNÓSTICO CLÍNICO (DE SOSPECHA).....	14
<i>Durante la temporada de gripe.....</i>	<i>14</i>
<i>Durante cualquier época del año.....</i>	<i>14</i>
TÉCNICAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE GRIPE	15
ACTUACIÓN EN EL ÁREA DE ADMISIÓN Y CLASIFICACIÓN	16
ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO.....	18
FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES ADULTOS PARA DESARROLLAR ENFERMEDAD GRAVE.....	18
GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN.	19
CRITERIOS PARA INGRESO HOSPITALARIO.	20
CRITERIOS DE VALORACIÓN POR UCI.	20
INICIO DE TRATAMIENTO ANTIVIRAL	22
ANTIBIÓTICOS ASOCIADOS AL ANTIVIRAL	23
RESUMEN DE ESCENARIOS CLÍNICOS.....	24
RECOMENDACIONES GENERALES PARA PREVENIR LA PROPAGACIÓN DE LA INFECCIÓN DE LA GRIPE	25
PROTOCOLO ESPECÍFICO PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS	29
POBLACIÓN A LA QUE SE SOLICITARÁ ESTUDIO MICROBIOLÓGICO	29
FACTORES DE RIESGO PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS	29
RECOGIDA DE MUESTRA.....	30

CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO CON OSELTAMIVIR	30
INGRESO.....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	32
ANEXO I: CARTELERÍA PARA ADMISIÓN DE URGENCIAS	36
ANEXO II: CARTELERÍA ACERCA DE LOS HÁBITOS SALUDABLES PARA PREVENIR LA GRIPE	37
ANEXO III: ALGORITMO DE MANEJO DEL PACIENTE ADULTO	38
ANEXO IV: PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DEL EXUDADO NASOFARÍNGEO EN ADULTOS	39
ANEXO V: ALGORITMO DE MANEJO DE LA GESTANTE	40
ANEXO VI: MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITARIAS AL ALTA A DOMICILIO	41
ANEXO VII: ALGORITMO DE MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO	45

Índice de Tablas

Tabla 1. Escenarios clínicos.....	24
Tabla 2. Dosis pediátricas del oseltamivir.	31

AUTORES

Coordinación institucional

María Jesús Ferrández Cámara. Subdirectora General de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial.

Coordinación técnica

César Cinesi Gómez. Médico de Urgencias. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

Beatriz Garnica Martínez. Coordinadora Regional de Pediatría. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

Aurora Tomás Lizcano. Coordinadora Regional de Enfermería. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

Coordinación clínica

Juan Vicente Ortega Liarte. Jefe del Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor.

Pascual Piñera Salmerón. Jefe del Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía.

Manuel Belda Palazón. Jefe del Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Rafael Méndez.

Carmen Solano Navarro. Jefe de sección de Urgencias del Servicio de Pediatría Urgencias. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Autores/as (por orden alfabético)

Santiago Alfayate Miguelez. Jefe de sección de Infecciosas del Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Manuel Belda Palazón. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Rafael Méndez.

Enrique Bernal Morell. Médico de la sección de Infecciosas del Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía.

Jose Eliseo Blanco Carnero. Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Margarita Cámara Simón. Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor.

César Cinesi Gómez. Médico de Urgencias. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Andrés Conesa Hernández. Jefe de Servicio. Hospital General Universitario Santa Lucía.

Carmen Escudero Sánchez. Jefa de Servicio de Urgencias. Hospital La Vega Alta del Segura Lorenzo Guirao.

Elisa García Vázquez. Médico de la sección de Infecciosas del Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

María del Mar Jiménez Antón. Enfermera. Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor.

Cayetano Martínez Ros. Jefe de Sección de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Ana Isabel Menasalvas Ruíz. Médico de la sección de Infecciosas del Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Antonio Moreno Docon. Facultativo del Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Juan Vicente Ortega Liarte. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor.

Pascual Piñera Salmerón. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía.

Rafael Pérez Costa. Jefe de Sección de Urgencias. Hospital Morales Meseguer.

Ernesto Pérez Flores. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal del Noroeste.

Adriana Sánchez Serrano. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor.

Carmen Solano Navarro. Jefe de sección de Urgencias del Servicio de Pediatría Urgencias. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Enrique Retuerto Martínez. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital Virgen del Castillo.

Revisores (por orden alfabético)

Beatriz Garnica Martínez. Coordinadora Regional de Pediatría. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Juan Antonio Gómez Company. Coordinador Clínico Sistemas de Información. Subdirección General de Proyectos e Innovación. Servicio Murciano de Salud.

Joaquín Susmozas Sánchez. Médico de la sección de Urgencias del Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario Santa Lucía.

Alberto Torres Cantero. Jefe de Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Revisado y consensado por todos los servicios de urgencias hospitalarias del Servicio Murciano de Salud y por la comisión asesora regional de especialidad (CARE) de pediatría hospitalaria

INTRODUCCIÓN

En Europa, la temporada de la gripe 2018/2019 presentó una amplia circulación del virus de la gripe con un porcentaje de muestras positivas entre las muestras centinela recogidas por encima del 50% desde la semana 03/2019 hasta la semana 07/2019, con un máximo en la semana 05/2019. El virus predominante (99%) fue el virus A. En España, globalmente, la tasa de incidencia de la gripe notificada superó el umbral basal establecido en la semana 1/2019, alcanzándose la máxima actividad gripal en la semana 4/2019 con 250,5 casos por 100.000 habitantes y volviendo a tasas por debajo del umbral a partir de la semana 10/2019². El periodo epidémico tuvo una duración de 9 semanas.

En la Región de Murcia, la actividad global de la gripe durante la temporada 2018/19 se caracterizó por un nivel de intensidad medio/ bajo.

Durante la epidemia de la gripe, se estima que entre el 15 y el 25% de la población se verá afectada por el virus. Es conocido el aumento de la demanda en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) en estos periodos. Además, es importante detectar precozmente los pacientes con mayor probabilidad de complicaciones y disminuir la estancia de los pacientes con gripe en los SUH con el objetivo de prevenir contagios secundarios.

Sintomatología de la enfermedad

La gripe se caracteriza, en la mayoría de los casos, por la aparición (en el contexto de circulación del virus en la comunidad) de forma brusca, de un cuadro clínico que abarca síntomas respiratorios y sistémicos incluyendo: fiebre elevada (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$), tos seca, malestar general, artromialgias, cefalea, rinitis y odinofagia. El cuadro puede precederse o acompañarse de diarrea líquida sin sangre ni cambios inflamatorios, siendo esto último más común entre los niños, que a menudo también presentan otitis media y cuadros de mayor afectación digestiva con náuseas-vómitos acompañantes.

En la mayoría de las personas la gripe se comporta como un cuadro agudo con fiebre y síntomas respiratorios, autolimitado y sin complicaciones asociadas. La duración es de entre 6-10 días en la mayoría de los casos, aunque la fiebre suele desaparecer antes, en 2-5 días mientras que la tos y la astenia pueden persistir más de 3 semanas. Existe un número importante de personas en las que la infección por el virus de la gripe cursa de manera asintomática.

Curso evolutivo

Independientemente de lo anterior, la gripe presenta un riesgo potencial de complicaciones, sobre todo en grupos de población con factores de riesgo. Así pues, la infección por virus de la gripe puede causar complicaciones potencialmente graves, como una neumonía viral primaria o facilitar el desarrollo de infecciones virales o bacterianas secundarias: neumonía, otitis o sinusitis bacterianas. Además de producir descompensaciones de patologías crónicas subyacentes (cardiopatía, enfermedad pulmonar...).

El virus de la gripe también puede ser causa de otras complicaciones más infrecuentes y no directamente de causa infecciosa como encefalopatía, síndrome de Guillain-Barré, miositis, miocarditis, pericarditis y síndrome de Reye.

Mecanismo de transmisión del virus

El virus se transmite:

- Principalmente por gotas (partículas de $>5 \mu\text{m}$ de diámetro) que se producen al toser, estornudar o hablar. Estas pueden depositarse directamente en las mucosas del tracto respiratorio superior de las personas que se encuentren a menos de 1 metro del origen de las gotas.
- Por contacto directo con secreciones o excreciones del paciente.

- Más difícilmente tras contacto indirecto a través de fómites u objetos contaminados y posterior autoinoculación en tracto respiratorio superior o conjuntiva al tocarse con las manos contaminadas.
- No puede descartarse la transmisión por vía aérea a través de aerosoles (< 5 micras) aunque no parece jugar un papel significativo en la epidemiología de la transmisión de la gripe.

Periodo de contagio

El inicio de la transmisión de la enfermedad ocurre desde un día antes de la aparición de los síntomas. Por lo tanto, las personas que han estado expuestas a una persona previamente a la aparición del cuadro clínico ya pueden haber sido infectados.

La transmisión del virus se mantiene hasta 5-7 días después del inicio de la enfermedad, siendo el periodo de mayor riesgo hasta los 3 primeros días. El aislamiento debe mantenerse durante 7 días tras el inicio de los síntomas en pacientes adultos. En niños el aislamiento debe mantenerse durante 10 días, y en personas inmunocomprometidas durante el periodo de duración de la enfermedad.

En los niños y las personas con compromiso inmunitario, el virus se presenta de forma más sostenida y durante un tiempo más prolongado.

El objetivo de este documento es la elaboración de un guía de abordaje general de los pacientes con posible gripe en los SUH, enfatizando en la disminución de la transmisión del virus, el momento de considerar la realización de la prueba diagnóstica y las indicaciones de tratamiento.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico clínico (de sospecha).

Durante la temporada de gripe

- Inmunocompetentes o inmunodeprimidos de cualquier edad con inicio súbito de fiebre y signos o síntomas respiratorios.
- Personas con fiebre y exacerbación de una enfermedad pulmonar crónica de base. Niños con fiebre sin otros signos ni síntomas.
- Ancianos con síntomas respiratorios nuevos o empeoramiento de los preexistentes, incluyendo exacerbación de insuficiencia cardíaca o alteración del estado mental con o sin fiebre.
- Personas gravemente enfermas con fiebre o hipovolemia.
- Niños o adultos hospitalizados sin fiebre ni síntomas respiratorios agudos, que durante el ingreso desarrollan estos síntomas.

Durante cualquier época del año

- Personas inmunocompetentes e inmunocomprometidas que desarrollan fiebre y síntomas o signos respiratorios y que forman parte del entorno epidemiológico de un brote de gripe (por ejemplo: personal sanitario, visitantes o residentes de una residencia con un brote, familiares y entorno cercano de personas con sospecha de gripe, viajeros que vuelven de países donde el virus está circulando, participantes en grandes concentraciones internacionales, pasajeros de un crucero...).

Técnicas de laboratorio para el diagnóstico de gripe

Durante la temporada de gripe y más aún en situación de pandemia establecida, las pruebas de confirmación mediante pruebas de diagnóstico microbiológico **en pacientes ambulatorios y en urgencias deben realizarse en:**

- Personas que presenten casos graves (pej: neumonía viral).
- Pacientes en los que el resultado afecte a la toma de decisiones médicas.
- Se puede considerar realizar una prueba de confirmación diagnóstica para gripe en casos seleccionados siempre y cuando en función del resultado del test de gripe se modifique la actuación terapéutica posterior (inicio de tratamiento con antivirales o instauración de antibioterapia) o si los resultados influirán en las recomendaciones necesarias por tratarse el paciente de un cuidador / conviviente de pacientes con patología crónica o personas mayores o de riesgo para desarrollo de complicaciones

En pacientes ingresados:

- Al ingreso, en todos los pacientes que requieren ingreso y que presentan clínica respiratoria aguda (incluida neumonía), con o sin fiebre.
- Al ingreso en todos los pacientes con empeoramiento de su enfermedad cardiopulmonar de base (asma, EPOC, enfermedad coronaria o fallo cardíaco).
- Durante el ingreso si el paciente desarrolla síntomas respiratorios agudos, con o sin fiebre, o distrés respiratorio sin un diagnóstico alternativo claro.

Las pruebas de laboratorio para diagnosticar la gripe también resultan útiles para ayudar a determinar si los brotes de enfermedades respiratorias, como los que se producen en asilos de ancianos, hospitales y otras instituciones se pueden atribuir a esta enfermedad.

Actuación en el área de admisión y clasificación

Las medidas preventivas de la gripe deben instaurarse lo más precoz posible. En este sentido el área de admisión y la clasificación son los primeros, y principales, filtros para el inicio de esta prevención.

En el área de admisión se recomienda las siguientes actuaciones:

- Publicar alertas visuales con instrucciones sobre higiene respiratoria y el manejo de la tos en los monitores del Senda.
- Colocar la cartelería específica para admisión (ANEXO I) donde se informa a los pacientes y acompañantes acerca cuándo solicitar una mascarilla quirúrgica.
- Proporcionar mascarillas a los pacientes con posible infección respiratoria y aquellos que lo soliciten.
- Utilizar solución hidroalcohólica para la desinfección de las manos de forma regular, y al menos antes y después del contacto con el paciente.
- Utilizar precauciones estándar en el contacto con todos los pacientes.
- Comunicar al personal de admisión sobre las precauciones estándar y por gotas.

La consulta de clasificación o triaje es clave para la gestión del paciente con posible gripe. Además de realizar la clasificación habitual con la distribución de recursos, tanto de tiempo, humanos como materiales, y la ubicación de los pacientes deberá a todo paciente con sospecha de gripe:

- Administrar una mascarilla quirúrgica al paciente que se colocará en ese momento.
- Explicar las precauciones de transmisión por gotas para evitar el contagio de otras personas. Colocar cartelería e incluir en el SENDA las instrucciones precisas (ANEXO II).
- Higiene de las manos del paciente con solución hidroalcohólica.
- Proporcionarles pañuelos desechables.

De forma genérica, ante cualquier paciente con sospecha de gripe, a pesar de presentar una clínica atípica, se deberá considerar como si tuviera la infección. Como ayuda, los siguientes datos clínicos son sugestivos de patología gripal:

- Uno de los siguientes síntomas:
 - Tos.
 - Odinofagia.
 - Fiebre ($T^a > 37,8^{\circ}\text{C}$).

- Dos de los siguientes síntomas:
 - Vómitos y diarrea.
 - Dolor de cabeza.
 - Malestar general.
 - Mialgias y artralgias.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

En este punto sólo se incide en cuatro aspectos: en qué pacientes es necesario realizar un estudio microbiológico de la gripe, la indicación de inicio de tratamiento, los criterios de ingreso hospitalario y la necesidad de revisión. Este algoritmo general se expone en el ANEXO III.

En los SUH debemos utilizar el diagnóstico clínico de la gripe como base de trabajo. Además, debemos conocer, para poder identificar, las posibles complicaciones. Por último, el diagnóstico definitivo no se podrá realizar en la mayoría de los casos, **sólo será de utilidad realizar un frotis nasofaríngeo de una RT-PCR en los pacientes con complicaciones.** La toma de las muestras se realizará a través de un frotis nasofaríngeo (ANEXO IV).

Factores de riesgo de pacientes adultos para desarrollar enfermedad grave.

Los pacientes adultos con factores de riesgo para desarrollar una enfermedad de la gripe grave son:

- Adultos ≥ 65 años.
- Las mujeres embarazadas y hasta dos semanas después del parto (incluyendo aquellos que han tenido la pérdida del embarazo).
- Pacientes con:
 - Enfermedad pulmonar crónica, incluido el asma.
 - Enfermedad cardíaca (excepto la hipertensión arterial aislada).
 - Enfermedad renal crónica (filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73m² o estadio ≥ 3).
 - Síndrome nefrótico activo o en tratamiento.
 - Enfermedad hepática crónica.

- Enfermedad hematológica crónica (excepto anemias ferropénicas).
- Enfermedades neurológicas que comprometan el manejo de secreciones respiratorias, incluyendo epilepsia, enfermedad cerebrovascular, neuropatía periférica y afectación medular.
- Enfermedades metabólicas, incluyendo la diabetes *mellitus*.
- Pacientes gravemente inmunodeprimidos (por ejemplo, SIDA, asplenia, los pacientes que reciben tratamiento para tumores malignos, hematopoyético o receptores de trasplantes de órganos sólidos o en tratamiento crónico con esteroides u otros fármacos inmunosupresores).
- Pacientes institucionalizados (residencia de ancianos, hospital de cuidados crónicos, etc.).
- Pacientes menores de 18 años en tratamiento crónico con salicilatos (la gripe supone en estos casos un riesgo para desarrollar síndrome de Reye).
- Pacientes con obesidad mórbida ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$).

Gravedad de la infección.

Para definir la gravedad, el CDC clasifica la enfermedad de la Gripe de la siguiente manera:

- Leve o no complicada enfermedad: se caracteriza por fiebre, tos, dolor de garganta, rinorrea , dolor muscular , dolor de cabeza , escalofríos , malestar, y, a veces, diarrea y vómitos , pero sin disnea y pocos cambios en las condiciones de salud crónicas.
- Grave o complicada: se caracteriza por alguna de las siguientes manifestaciones clínicas:
 - Afectación del tracto respiratorio inferior
 - Insuficiencia respiratoria aguda ($pO_2/FiO_2 < 300$) o crónica agudizada.
 - Hipoxemia sin criterios de insuficiencia respiratoria pero que requiere oxígeno suplementario

- Infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax (neumonía)
 - Deshidratación grave.
 - Afectación del sistema nervioso central (encefalitis , meningitis).
 - Shock séptico.
 - Fracaso multiorgánico.
 - Miocarditis.
 - Rabdomiólisis.
 - Infección bacteriana secundaria invasiva basada en pruebas de laboratorio o signos clínicos (por ejemplo, fiebre alta persistente más allá de tres días).
 - Exacerbación grave de una enfermedad crónica.
 - Fracaso renal agudo y lesión renal aguda.
 - Fallo hepático.

Criterios para ingreso hospitalario.

Los pacientes deben ser dados de alta del hospital en función de su estado clínico, y no deben ser mantenidos en el hospital en base a la duración recomendada de aislamiento. En general, todo paciente con infección por el virus de la gripe grave o complicada debe ingresar en el hospital. En el caso de pacientes jóvenes (menores de 50 años), sin factores de riesgo, con neumonía unilobar como única complicación, buen estado general, fácil acceso al hospital, PSI (Pneumonia Severity Index) clase I y posibilidad de revisión en 48-72 horas se puede plantear el alta hospitalaria.

Criterios de valoración por UCI.

Dentro de las complicaciones que se han citado previamente, se debería realizar una interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos en aquellos casos que exista mayor probabilidad de mortalidad. En general, los siguientes casos deberían ser valorados por UCI:

- Insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica con $pO_2/FiO_2 < 200$ ($pO_2/FiO_2 < 250$ en pacientes sin patología previa).
- Infiltrados broncoalveolares o intersticiales multilobares.
- Complicaciones neurológicas.
- Miocarditis.
- Shock séptico.
- Fallo multiorgánico.

Inicio de tratamiento antiviral

El tratamiento específico contra la infección por gripe se basa en el uso de inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir) en los pacientes con mayor probabilidad de desarrollar complicaciones graves. **El tratamiento es más eficaz si se inicia en las primeras 48 horas tras el comienzo de los síntomas.**

Por tanto, se recomienda iniciar tratamiento antiviral en pacientes con sospecha o gripe confirmada que presenten los siguientes criterios de tratamiento, independientemente de su estado vacunal y del momento de inicio de la clínica:

- Personas que precisan ingreso hospitalario.
- Pacientes ambulatorios con riesgo de desarrollo de complicaciones (factores de riesgo), principalmente si el tiempo de evolución de la clínica es inferior a 48 horas.

La posología del oseltamivir a partir de los 13 años es 75 mg vía oral cada 12 horas durante 5 días. Se puede considerar alargar la duración del tratamiento en caso de pacientes graves o inmunodeprimidos.

En pacientes con **insuficiencia renal** se debe ajustar al filtrado glomerular del paciente:

- > 60 ml/min: no precisa ajuste de dosis.
- 30 – 60 ml/min: 30 mg cada 12 horas.
- 10 – 29 ml/min: 30 mg cada 24 horas.
- < 10 ml/min: no se recomienda su uso.
- Hemodiálisis: 30 mg tras cada 2ª sesión.
- Diálisis peritoneal: 30 mg una vez por semana.

En caso de **mujeres embarazadas** (sobre todo en el tercer trimestre), puérperas (dos primeras semanas) o con lactancia materna se debe sopesar el beneficio/riesgo del tratamiento antiviral de forma individualizada y de acuerdo con la voluntad de la gestante. Según el CDC, *se prefiere usar oseltamivir oral para el tratamiento de mujeres embarazadas o mujeres con influenza posible o confirmada hasta 2 semanas después del parto ya que la mayoría de los estudios realizados indican que es seguro y beneficioso. El tratamiento antiviral con oseltamivir dura 5 días. La información sobre riesgos y beneficios disponible indica que las mujeres embarazadas con influenza posible o confirmada deberían recibir terapia antiviral inmediatamente.*

Antibióticos asociados al antiviral

Se deben cursar muestras para estudio bacteriano: cultivo de esputo o de secreciones respiratorias, Ag legionella/neumococo y hemocultivos. La indicación de inicio de antibioterapia será en los siguientes supuestos:

- Se deben administrar en pacientes con enfermedad grave (neumonía extensa, insuficiencia respiratoria, hipotensión y fiebre). Se recomienda consultar los protocolos regionales PROA de neumonía no asociada a ventilación mecánica.
- se deben administrar si el paciente se deteriora tras una mejoría inicial.
- Considerar su administración si tras 3-5 días de tratamiento antiviral el paciente presenta deterioro.

Resumen de escenarios clínicos

En resumen, a la hora de decidir la realización de estudio microbiológico (mediante exudado nasofaríngeo y PCR), iniciar tratamiento antiviral, ingreso hospitalario y revisión ambulatoria nos encontraremos con 3 escenarios globales (Tabla 2). El protocolo de actuación de las pacientes gestantes se expone en el ANEXO V.

- Pacientes sin factores de riesgo ni complicaciones: no se recomienda estudio microbiológico, tratamiento antiviral ni revisión programada.
- Pacientes con factores de riesgo sin complicaciones: no se recomienda estudio microbiológico, excepto que del resultado de la PCR se derive un cambio en la indicación de tratamiento o destino del paciente (por ejemplo, en el caso de embarazadas, pacientes con criterios de ingreso hospitalario “bordeline”, pacientes con insuficiencia renal). Se recomienda iniciar tratamiento antiviral, principalmente si la evolución es inferior a 48 horas, lo antes posible y revisión en un plazo de 7 días por el equipo de atención primaria (enfermería o médico).
- Pacientes con complicaciones: se recomienda realizar estudio microbiológico, inicio, tan pronto como sea posible, del tratamiento antiviral y, en general, ingreso hospitalario.

	Estudio microbiológico	Tratamiento antiviral	Alta de Urgencias
Sin factores de riesgo ni complicaciones	NO	NO	Alta a domicilio
Con factores de riesgo sin complicaciones	NO	SI	Revisión por EAP en 7 días
Con complicaciones	SI	SI	Ingreso hospitalario

Tabla 1. Escenarios clínicos

Recomendaciones generales para prevenir la propagación de la infección de la gripe

Una gama de políticas y prácticas administrativas debe utilizarse para reducir al mínimo la exposición de la gripe en los SUHs, en particular durante los períodos de mayor actividad de la gripe. Estos incluyen:

- Se recomienda que cada SUH planifique un circuito específico adecuado a la presión asistencial y los recursos de cada centro. Idealmente, y principalmente en caso de alta presión asistencial, se recomienda habilitar un espacio determinado con objeto de separar los pacientes sospechosos de estar infectados por virus de la gripe de aquellos que consultan en urgencias por otros motivos. Esta área restringida corresponderá a una zona de aislamiento que incluya medidas de precaución estándar de contagio, por contacto y de contagio por gotas.
- Detección y triaje de los pacientes sintomáticos.
- Aplicación de la higiene respiratoria , manejo de la tos y la higiene de manos :
 - Publicar alertas visuales con instrucciones sobre higiene respiratoria y el manejo de la tos.
 - Proporcionar mascarillas a los pacientes con signos y / o síntomas de infección respiratoria.
 - Proporcionar los desinfectantes de manos a base de etanol en localizaciones óptimas, tanto a pacientes, acompañantes como personal sanitario (por ejemplo, entradas, salas de espera y a lo largo de las instalaciones).
- La adopción de medidas para reducir al mínimo las visitas electivas durante los períodos de mayor actividad de la influenza.

Las precauciones para prevenir la propagación de infecciones de gripe en los SUHs incluyen el uso de las precauciones estándar y de gotas para la atención de rutina de los pacientes infectados con el virus de la influenza. Recordemos que los virus de la

gripe se cree que se transmite principalmente a través de grandes gotitas aerotransportadas dispersadas después de toser o estornudar. La transmisión a través de gotas grandes requiere un contacto estrecho ($\leq 1,5$ metros). Es posible que la transmisión en el aire a través de partículas pequeñas también se produzca, aunque no está bien establecido. También puede ocurrir un contacto indirecto de las superficies contaminadas.

Las precauciones estándar son medidas de higiene que deben ser utilizados siempre por todos los trabajadores sanitarios del ámbito sanitario. Son las siguientes:

- Higiene de manos: debe realizarse una frecuente higiene de manos, incluyendo antes y después de cada contacto con el paciente, el contacto con materiales potencialmente infecciosos y antes de colocar y después de quitarse el equipo de protección personal incluyendo guantes. La higiene de manos se debe realizar usando desinfectantes para manos a base de alcohol. Si las manos están visiblemente sucias deben lavarse con agua y jabón.
- Guantes: deben ser utilizados para cualquier contacto con material potencialmente infeccioso, seguido de higiene de las manos inmediatamente después de quitarse los guantes.
- Batas y protección para los ojos deben ser utilizados para cualquier actividad que pueda generar salpicaduras de secreciones respiratorias o de otro material infeccioso.
- Vestidos: se debe usar una bata para cualquier actividad que se prevea contacto con sangre, secreciones respiratorias u otros fluidos corporales. El vestido debe ser retirado y la higiene de manos se debe realizar antes de dejar el entorno del paciente .

En la transmisión de la gripe por gotas de Phlügge, el CDC recomienda el uso de precauciones contra gotitas para la atención de rutina de los pacientes con infección presunta o confirmada de la gripe. Incluyen las siguientes prácticas:

- Se debe usar una mascarilla en el cuidado de rutina de los pacientes con sospecha o confirmación de gripe. A la finalización, el personal sanitario debe quitar la mascarilla, desprenderse de ella, y luego realizar la higiene de manos.
- Los pacientes con sospecha o confirmación de gripe deben usar una mascarilla quirúrgica durante su estancia en el SUH, y se deben adherir a utilizar la higiene respiratoria, manejo de la tos y la higiene de manos.
- Se recomienda el uso de respiradores FP2 (o un respirador equivalente) para su uso durante los procedimientos que generan aerosoles (intubación orotraqueal, aspiración de secreciones).
- Existe un riesgo añadido de generación de aerosoles por lo que es necesario extremar las medidas de aislamiento y protección, debiéndose cumplir estrictamente todas las medidas de protección para el personal que en este caso son el uso de respiradores FP2 en el personal sanitario y mantener las puertas cerradas. Además, **se priorizará el uso de dispositivos MDI con cámara espaciadora por encima de las nebulizaciones en los pacientes con sospecha con gripe.**
- Mantener las puertas de las habitaciones cerradas.

Se aplicarán medidas de aislamiento tipo aéreo y contacto en el caso de pacientes con ventilación mecánica, uso de nebulizaciones y otros procedimientos capaces de generar aerosoles como la broncoscopia y la intubación orotraqueal.

La indicación y el tipo de aislamiento/precauciones los decidirá el médico responsable del paciente o el médico de guardia. Esta información debe constar por escrito en la historia clínica y en el tratamiento y, además, se debe comunicar adecuadamente al personal sanitario que atiende al paciente.

La duración del aislamiento será de 7 días desde el comienzo de los síntomas y durante toda la enfermedad en caso de pacientes con inmunodepresión importante.

Las recomendaciones al alta hospitalaria para prevenir la propagación de la infección de la gripe fuera del ámbito hospitalario se exponen en el ANEXO V.

PROTOCOLO ESPECÍFICO PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

El protocolo específico de pediatría se expone en el ANEXO VII.

Población a la que se solicitará estudio microbiológico

Se realizará estudio microbiológico a los siguientes pacientes:

- Todo paciente con cuadro respiratorio y fiebre que obligue a ingreso hospitalario.
- Paciente que pertenezca a los grupos de riesgo en los que está indicado el tratamiento con oseltamivir.
- Lactantes y niños menores de 2 años con fiebre sin foco y con buen estado general, en los que su detección pueda evitar otras exploraciones en la fase epidémica.

Factores de riesgo para los pacientes pediátricos

Las condiciones de aumento de riesgo de desarrollar complicaciones de la infección por virus influenza en los niños son las siguientes:

- Inmunodeficiencias primarias moderadas o graves (excluye los déficits de IgA, los de subclases de IgG y otras hipogammaglobulinemias inespecíficas).
- VIH con niveles de CD4+ <15% en menores de 6 años o <200 cels/mm³ en > 6 años.
- Pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido (independientemente de la fecha de trasplante o del tratamiento inmunosupresor).
- Pacientes (gastroenterología, reumatología....) sometidos a tratamiento inmunosupresor.

- Pacientes trasplantados de progenitores hematopoyéticos.
- Pacientes en tratamiento quimioterápico.
- Pacientes con drepanocitosis u otras hemoglobinopatías.
- Pacientes con fibrosis quística y otras neumopatías graves.
- Pacientes con alteraciones neurológicas o neuromusculares que pueden comprometer el manejo de las secreciones respiratorias.
- Insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico activo (3).
- Cardiopatía con repercusión hemodinámica significativa.
- Pacientes con enfermedades metabólicas crónicas como la diabetes mellitus.
- Pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, no asmáticos.
- Pacientes con tratamiento crónico con salicilatos (artritis reumatoide, enfermedad de Kawasaki,...).
- Pacientes con edad inferior a 3 meses. Valorar entre 3 y 6 meses si menos de 48 horas de evolución.

Recogida de muestra

Se realizará por aspirado nasofaríngeo con suero o mediante frotis nasofaríngeo y orofaríngeo en el medio indicado para gripe (medio de virus) según la edad del niño. Se solicitará en Sylene en microbiología: Detecciones antigénicas: detección Antigénica (test rápido influenza A y B). En aquellos pacientes de riesgo se solicitará, si el test antigénico es negativo, PCR así como en todos los pacientes que precisen ingreso hospitalario.

Consideraciones para el tratamiento con oseltamivir

Se recomienda administrar tratamiento antiviral a los pacientes incluidos en los grupos de riesgo, así como aquellos con complicaciones graves que requieran asistencia en la unidad cuidados intensivos. Es más eficaz si se inicia en las primeras 48 horas del

inicio de los síntomas, aunque en los pacientes graves se administrará independientemente del tiempo transcurrido.

El fármaco de elección es el oseltamivir con una duración de 5 días. El oseltamivir no está recomendado en lactantes menores de 15 días de vida. Las dosis pediátricas del oseltamivir se exponen en la tabla 1.

Edad		Dosis
< 12 meses	< 1 mes	2 mg/kg/dosis cada 12 horas
	1-3 meses	2,5 mg/kg/dosis cada 12 horas
	3 – 12 meses	3 mg/kg cada 12 horas
1 – 12 años	≤ 15 kg	30 mg cada 12 horas
	16 – 23 kg	45 mg cada 12 horas
	24 – 40 kg	60 mg cada 12 horas
	> 40 kg	75 mg cada 12 horas

Tabla 2. Dosis pediátricas del oseltamivir.

Ingreso

Todos los pacientes con confirmación (o alta sospecha) de gripe deben ingresar con AISLAMIENTO POR GOTAS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Uyeki TM, Bernstein HH, Bradley JS, Englund JA, File TM, Fry AM, et al. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 Update on Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management of Seasonal Influenza. *Clin Infect Dis*. 2018;
2. US Food and Drug Administration. FDA news release: FDA approves new drug to treat influenza. <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm624226.htm> (Accessed on October 24, 2018).
3. Cooper NJ, Sutton AJ, Abrams KR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in treatment and prevention of influenza A and B: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ* 2003; 326:1235.
4. Nicholson KG, Aoki FY, Osterhaus AD, et al. Efficacy and safety of oseltamivir in treatment of acute influenza: a randomised controlled trial. Neuraminidase Inhibitor Flu Treatment Investigator Group. *Lancet* 2000; 355:1845.
5. Hayden FG, Osterhaus AD, Treanor JJ, et al. Efficacy and safety of the neuraminidase inhibitor zanamivir in the treatment of influenza virus infections. GG167 Influenza Study Group. *N Engl J Med* 1997; 337:874.
6. Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2015; 385:1729.
7. Ison MG. Optimum timing of oseltamivir: lessons from Bangladesh. *Lancet Infect Dis* 2014; 14:88.
8. Gaglia MA Jr, Cook RL, Kraemer KL, Rothberg MB. Patient knowledge and attitudes about antiviral medication and vaccination for influenza in an internal medicine clinic. *Clin Infect Dis* 2007; 45:1182.
9. Jefferson T, Demicheli V, Rivetti D, et al. Antivirals for influenza in healthy adults: systematic review. *Lancet* 2006; 367:303.

10. Treanor JJ, Hayden FG, Vrooman PS, et al. Efficacy and safety of the oral neuraminidase inhibitor oseltamivir in treating acute influenza: a randomized controlled trial. US Oral Neuraminidase Study Group. *JAMA* 2000; 283:1016.
11. Kaiser L, Wat C, Mills T, et al. Impact of oseltamivir treatment on influenza-related lower respiratory tract complications and hospitalizations. *Arch Intern Med* 2003; 163:1667.
12. Hernán MA, Lipsitch M. Oseltamivir and risk of lower respiratory tract complications in patients with flu symptoms: a meta-analysis of eleven randomized clinical trials. *Clin Infect Dis* 2011; 53:277.
13. Lee N, Chan PK, Choi KW, et al. Factors associated with early hospital discharge of adult influenza patients. *Antivir Ther* 2007; 12:501.
14. Chaves SS, Pérez A, Miller L, et al. Impact of Prompt Influenza Antiviral Treatment on Extended Care Needs After Influenza Hospitalization Among Community-Dwelling Older Adults. *Clin Infect Dis* 2015; 61:1807.
15. Katzen J, Kohn R, Houk JL, Ison MG. Early Oseltamivir After Hospital Admission Is Associated With Shortened Hospitalization: A 5-Year Analysis of Oseltamivir Timing and Clinical Outcomes. *Clin Infect Dis* 2019; 69:52.
16. McGeer A, Green KA, Plevneshi A, et al. Antiviral therapy and outcomes of influenza requiring hospitalization in Ontario, Canada. *Clin Infect Dis* 2007; 45:1568.
17. Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. *Lancet Respir Med* 2014; 2:395.
18. Stewart RJ, Flannery B, Chung JR, et al. Influenza Antiviral Prescribing for Outpatients With an Acute Respiratory Illness and at High Risk for Influenza-Associated Complications During 5 Influenza Seasons-United States, 2011-2016. *Clin Infect Dis* 2018; 66:1035.
19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Influenza antiviral medications: summary for clinicians. CDC 2018 Nov 13 .(Page last reviewed: November 6, 2019).

20. Zachary KC. Treatment of seasonal influenza in adults. This topic last updated: Oct 18, 2019. Hirsch MS, , ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Consultado el 14 noviembre 2019)
21. COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2019-2020. *Pediatrics*. 2019 Oct;144(4).
22. Allen UD. The use of antiviral drugs for influenza: Guidance for practitioners. *Paediatr Child Health*. 2018 Dec;23(8):563-564.
23. Infección por virus de la gripe y uso de antivirales. Portal del medicamento. Comisión Asesora en Farmacoterapia de Castilla y León, 12 enero 2018.
24. Guía de actuación durante la temporada de gripe 2017-2018. Sº Urgencias Generales, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Sº Microbiología y Sº Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante. Actualizado: 5 de Enero del 2018.
25. Committee on infectious diseases. Recommendations for prevention and control of influenza in children, 2013-2014. *Pediatrics* 2013 Oct;132(4):e1089–1104.
26. Centers for Disease Control and Prevention. Influenza Antiviral Medications:
27. Guidance for specialists and renal units on prescribing antiviral medicine to children with renal failure during the swine flu pandemic | Document Summary - Evidence Search - Search Engine for Evidence in Health and Social Care [Internet]. [cited 2014 Jan 18].
28. WHO. Executive Summary. The selection and use of essential medicines. Report of the 21st WHO Expert Committee on the selection and use of essential medicines. Disponible [Http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML_2017_ExecutiveSummary.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML_2017_ExecutiveSummary.pdf) (cited:2017 Oct 20).
29. Jefferson T, Jones M, Doshi P et al. Oseltamivir for influenza in adults and children: systematic review of clinical study reports and summary of regulatory comments. *BMJ* 2014;358: g2546. doi: 10.1136/bmj.g2545
30. Ebell MH. WHO downgrades status of oseltamivir. *BMJ* 2017;358: j3266. doi:10.1136/bmj.j3266.

31. López-Medrano F, Cordero E, Gavaldá J, Cruzado JM, Marcos MÁ, Pérez-Romero P, et al. Management of influenza infection in solid-organ transplant recipients: consensus statement of the Group for the Study of Infection in Transplant Recipients (GESITRA) of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC) and the Spanish Network for Research in Infectious Diseases (REIPI). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013; 31(8):526.e1–526.e20.
32. De la Flor J, Aguirrezabalaga R, Ayala R, Bernárdez S, Cabrera G, Coronel C et al. Gripe. *Pediatría integral*. Volumen XXII, nº 5, julio, agosto 2018. Grupo VACAP (Grupo de trabajo de vacunas de la SEPEAP).
33. TagarroA, Cruz CañeteM, OtheoE, LaunesC, CouceiroJA, Pérez C, et al. Oseltamivir para el tratamiento de la gripe en niños y adolescentes. *AnPediatr(Barc)* 2019; 90:317.e1---317.e8

ANEXO I: CARTELERÍA PARA ADMISIÓN DE URGENCIAS



The sign features the 'Servicio Murciano de Salud' logo in the top left, a small icon of a person wearing a mask, and a large image of a surgical mask. A yellow box with a red border contains the text 'La prevención comienza en tí'. A blue box with a green border at the bottom contains the instruction: 'Si piensa que puede tener gripe, o si tiene tos o fiebre, pida en el mostrador una mascarilla'.

Servicio Murciano de Salud

La prevención comienza en tí

Si piensa que puede tener gripe,
o si tiene tos o fiebre,
pida en el mostrador una mascarilla

ANEXO II: CARTELERÍA ACERCA DE LOS HÁBITOS SALUDABLES PARA PREVENIR LA GRIPE

PROTÉJASE Y PROTEJA A LOS DEMÁS

HÁBITOS SALUDABLES PARA PREVENIR LA GRIPE

Vacúnese todos los años

Es la mejor forma de prevenir la gripe.



Evite el contacto directo con personas que estén enfermas en la medida de lo posible

Si alguien se encuentra enfermo, es conveniente guardar distancia con otras personas para evitar que ellas también se contagien.

Guarde reposo en su hogar cuando esté enfermo

Si es posible, permanezca en su casa. Esto ayudará a evitar contagiar la enfermedad a otras personas.

Cúbrase la nariz y la boca al toser o estornudar

con pañuelos de papel y tírelos a la basura. Si no tiene pañuelo de papel, tosa y estornude sobre la manga de su camisa para no contaminar las manos. Si tose sobre estas, lávelas cuanto antes.



Utilice mascarilla

si tiene mucha tos, mocos o estornudos mientras esté en un centro sanitario o en contacto con otras personas.

Lávese las manos

Lavarse las manos con frecuencia le ayudará a protegerse contra los gérmenes. Si no hay agua y jabón, use un limpiador de manos a base de alcohol.



Practique otros buenos hábitos de salud



Limpie y desinfecte las superficies de contacto, especialmente cuando alguien está enfermo.



Coma alimentos saludables



Duerma bien



Manténgase activo físicamente



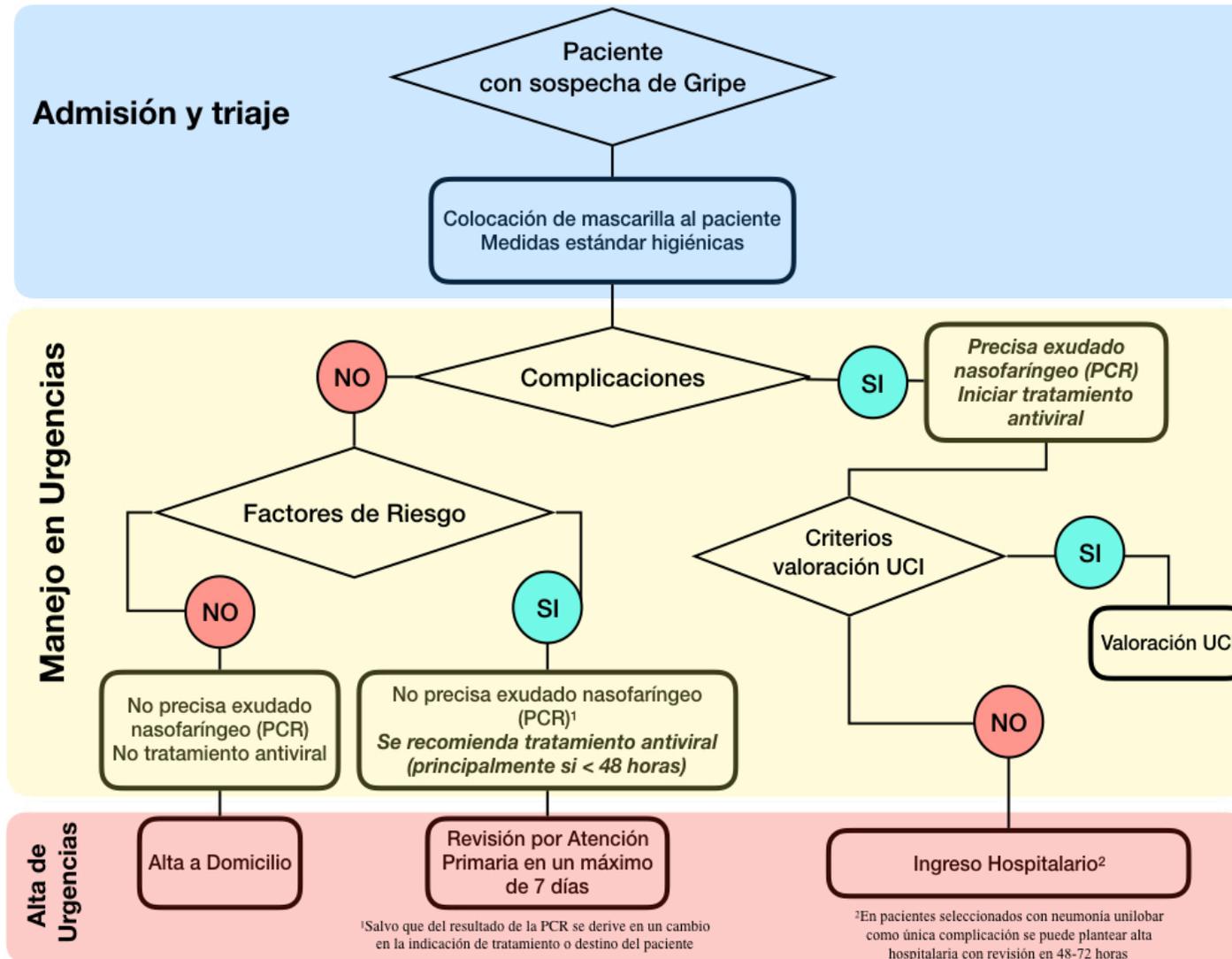
Controle su estrés



Beba mucho líquido

Más información y consejos en gripe.murciasalud.es

ANEXO III: ALGORITMO DE MANEJO DEL PACIENTE ADULTO

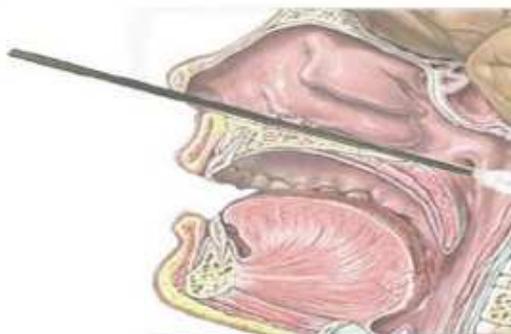


ANEXO IV: PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DEL EXUDADO NASOFARÍNGEO EN ADULTOS

Antes de la administración de aerosoles o nebulizaciones se tomará una muestra de exudado nasofaríngeo o bien una muestra de exudado faríngeo y nasal.

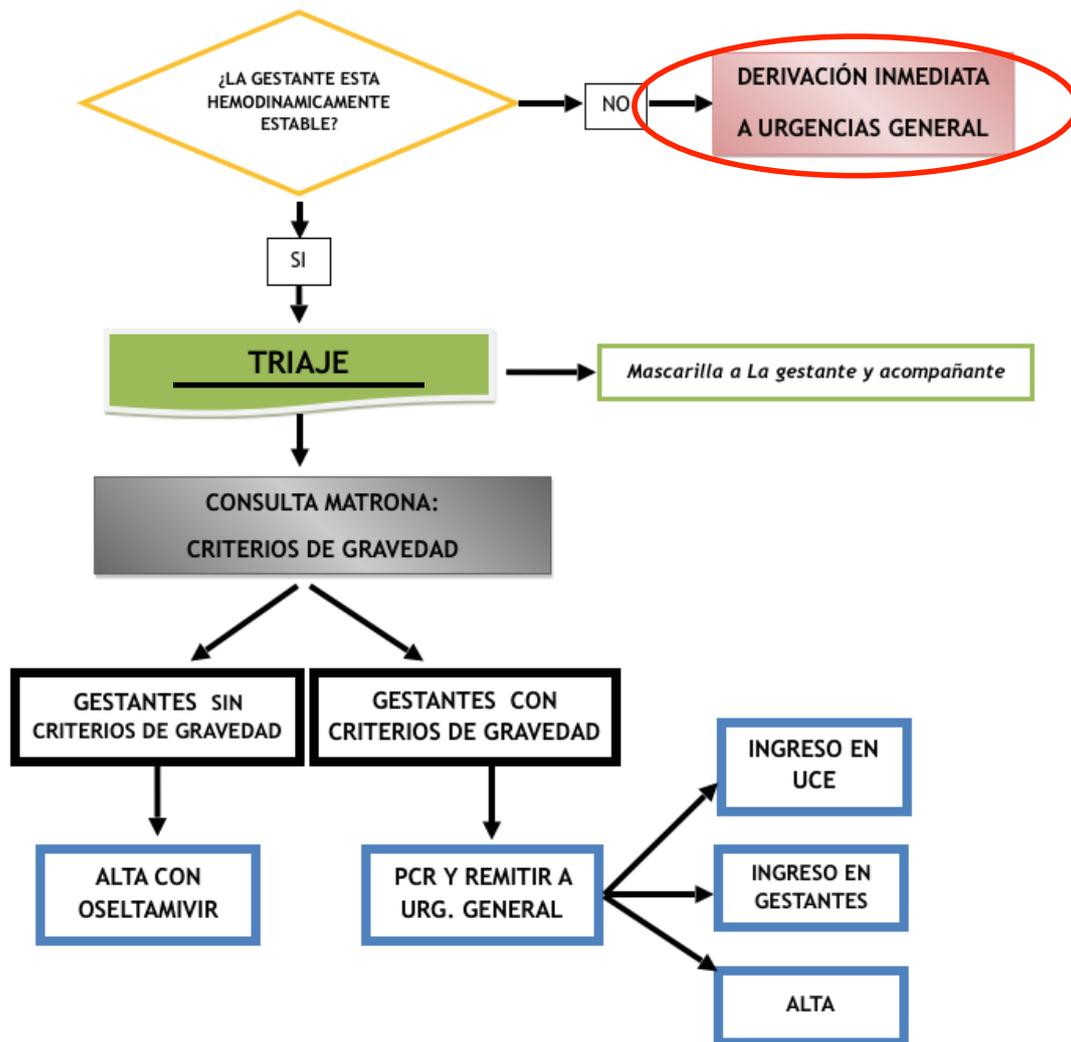
- Exudado nasofaríngeo:
 - Antes de tomar la muestra se solicita al paciente que tosa y que incline la cabeza hacia atrás.
 - Se introduce un hisopo nasofaríngeo fino a través de una fosa nasal hasta nasofaringe.
 - Rotar el hisopo suavemente y retirar.
 - Introducirlo en medio de transporte viral (tapón rojo - líquido rosa).

- Exudado faríngeo y nasal:
 - Exudado faríngeo:
 - Introducir el hisopo en la boca y sosteniendo la lengua con un depresor realizar un frotis en la parte posterior de la faringe.
 - Retirar e introducirlo en medio de transporte viral (tapón rojo - líquido rosa).
 - Exudado nasal:
 - Introducir el hisopo en una narina aproximadamente 2-3 cm.
 - Rotar suavemente.
 - Retirar e introducir el mismo hisopo en la otra narina realizando el mismo procedimiento.
 - Retirar e introducirlo en el MISMO tubo de transporte viral (tapón rojo - líquido rosa) donde se ha introducido el hisopo faríngeo.



El tubo se identificará previamente con los datos del paciente y el número de petición.

ANEXO V: ALGORITMO DE MANEJO DE LA GESTANTE



ANEXO VI: MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITARIAS AL ALTA A DOMICILIO

MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITARIAS PARA LAS PERSONAS CON DIAGNOSTICO CLINICO DE GRIPE EN AISLAMIENTO DOMICILIARIO

Las personas con diagnóstico clínico de gripe pueden transmitir la enfermedad a quienes tienen un contacto cercano, por ello se hacen las siguientes recomendaciones preventivas:

La gripe es una enfermedad respiratoria que se transmite de persona a persona cuando alguien tose o estornuda y lanza gotitas de secreciones respiratorias al ambiente que se depositan rápidamente debido a su tamaño. La transmisión es posible en una distancia de algo menos de un metro.

En ocasiones, las personas pueden contagiarse al tocar algo contaminado con el virus de la gripe (pañuelos, pomos, barandillas, utensilios de cocina, juguetes, teléfonos...) y luego llevarse las manos a la boca, a la nariz o a los ojos.

RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS CON GRIPE

- ⇒ La persona diagnosticada estará en un dormitorio individual, si lo permite el domicilio, y permanecerá en él con la puerta cerrada. Si necesita ir a áreas comunes de la casa por alguna circunstancia excepcional utilizará una mascarilla quirúrgica y se lavará inmediatamente las manos.
- ⇒ Si el paciente no puede utilizar una mascarilla quirúrgica (de celulosa), los miembros del hogar deberán utilizarla cuando estén en contacto cercano con el paciente.
- ⇒ Es preferible que la habitación donde permanezca la persona tenga ventilación directa en la calle, si esto no es posible se recomienda que ésta esté separada de las áreas comunes de la casa.

- ⇒ Si es posible utilizará un cuarto de baño separado del resto de los convivientes que se limpiará a diario con desinfectantes domésticos (p.e. lejía). Si no es posible, extremar las medidas de limpieza después de su uso.
- ⇒ Es necesario que la persona diagnosticada utilice toallas diferentes al resto de los convivientes.
- ⇒ Salvo que fuera necesario recibir cuidados médicos fuera de su domicilio, permanecerá sin salir de éste durante los siguientes 7 días después del inicio de los síntomas (10 días en niños) o, al menos, 24h después de que los síntomas acaben si éstos duran más de 7 días.
- ⇒ Si necesita salir del domicilio para recibir cuidados médicos utilizará una mascarilla quirúrgica.
- ⇒ Cubrirse la nariz y la boca al toser o estornudar. Para ello se deben usar pañuelos de papel desechables y de un solo uso, que deben ser depositados en una bolsa inmediatamente después de usarlos.
- ⇒ La bolsa debe ser cerrada antes de tirarla a la basura común. Si no se dispone de pañuelos, cubrir con las manos y lavarlas inmediatamente después.
- ⇒ Lavado frecuente de manos con agua y jabón, y siempre después de toser, estornudar o usar pañuelos de papel. Se deben frotar vigorosamente las superficies de las manos (dorso de las manos, palmas, y dedos) durante 10-15 segundos, aclararlas bien y secarlas.
- ⇒ Evitar el contacto de las manos con las mucosas de los ojos, nariz y boca.
- ⇒ Evitará compartir utensilios para comer, toallas y ropa de cama con otras personas, aunque esos artículos pueden ser utilizados por todos los miembros del hogar una vez que hayan sido lavados con un detergente clorado o lejía diluida al 10%.
- ⇒ La persona observará los síntomas y vigilará los cambios de temperatura, los registrará y notificará según las recomendaciones de su médico.

RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS CUIDADORAS Y CONVIVIENTES

- ⇒ Se recomienda que haya una sola persona encargada de cuidar al enfermo. **Las embarazadas no deben ser cuidadoras** de las personas enfermas de gripe.
- ⇒ El cuidador ha de extremar las medidas de precaución cada vez que entre en contacto con el enfermo siendo éstas:
 - Lavado de manos frecuente con agua y jabón, obligado después de estar en contacto con el enfermo
 - Uso de mascarilla quirúrgica.
- ⇒ La persona enferma no debe recibir visitas.
- ⇒ Todas las personas que conviven en el domicilio deberán lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente y siempre después de haber estado en contacto con la persona enferma.
- ⇒ Deberán utilizar **guantes** desechables para cualquier contacto directo **con los fluidos del cuerpo del enfermo**. Sin embargo, los guantes no reemplazan una adecuada higiene de las manos.
- ⇒ Inmediatamente después de las actividades que involucren contacto con los fluidos del cuerpo, los guantes deben ser retirados y desechados y deben limpiarse las manos.
- ⇒ Los guantes nunca deben ser lavados o reutilizados.
- ⇒ Los convivientes se vigilarán la aparición de síntomas, especialmente la fiebre y la tos, consultando al médico responsable del caso si estos aparecen.

LAVADO DE ROPAS Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS

- ⇒ El material desechable utilizado por la persona enferma se eliminará mediante su introducción en una bolsa de plástico que cierre herméticamente y se desechará en la basura común. Lavarse las manos después de realizarlo.

- ⇒ La ropa de cama, los utensilios de comida (vajilla, cubiertos, etc.) utilizados por las personas enfermas no necesitan ser lavados separadamente, pero la limpieza debe ser apropiada (agua caliente o lavavajillas). Si no tiene lavavajillas utilice un cubierto y vasos para el paciente y lávelos con un detergente clorado o con lejía diluida al 10%.

- ⇒ Las superficies con fluidos corporales deberán limpiarse con un detergente clorado o lejía diluida al 10%. Deben utilizarse guantes al realizar esta actividad.

- ⇒ Después de utilizar el aseo debe higienizarse el lavabo y la ducha con un detergente clorado o lejía diluida al 10%.

- ⇒ Lavar la ropa con los detergentes habituales. Para el lavado de lencería es suficiente la utilización de los ciclos de agua más caliente de la lavadora.

- ⇒ Evitar sacudir la ropa antes de lavarla.

- ⇒ Lavarse las manos con agua y jabón después de realizar las actividades anteriores.

ANEXO VII: ALGORITMO DE MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

