

Protocolo para el diagnóstico microbiológico y tratamiento antiviral de gripe y COVID-19 en los Servicios de Urgencias Hospitalarios

Servicio Murciano de Salud

Diciembre 2025

Validez del documento: diciembre 2026, salvo actualización previa.





AVALA VIGUERAS, ISABEL

18/12/2025 14:06:07

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo del código seguro de verificación (CSV) CARM-74974418-dc12-11f0-9924-02420a000061

ÍNDICE

AUTORÍA.....	5
INTRODUCCIÓN	7
SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD	7
CURSO EVOLUTIVO.....	7
MECANISMO DE TRANSMISIÓN DEL VIRUS.....	8
PERIODO DE CONTAGIO.....	8
DIAGNÓSTICO	9
DIAGNÓSTICO CLÍNICO (DE SOSPECHA)	9
TÉCNICAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO	9
<i>Interpretación y escalado diagnóstico</i>	<i>9</i>
ACTUACIÓN EN EL ÁREA DE ADMISIÓN Y CLASIFICACIÓN	10
ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO	11
FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES ADULTOS PARA DESARROLLAR ENFERMEDAD GRAVE.	12
GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN.....	13
CRITERIOS PARA INGRESO HOSPITALARIO.	13
CRITERIOS DE VALORACIÓN POR MEDICINA INTENSIVA.	14
INICIO DE TRATAMIENTO ANTIVIRAL.....	15
GRIPE.....	15
COVID-19 (NIRMATRELVIR/RITONAVIR O REMDESIVIR)	16
ANTIBIÓTICOS ASOCIADOS AL ANTIVIRAL	16
RESUMEN DE ESCENARIOS CLÍNICOS	17
RECOMENDACIONES GENERALES PARA PREVENIR LA PROPAGACIÓN DE LA INFECCIÓN DE LA GRIPE .	18
PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR GRIPE O COVID-19	21
POBLACIÓN A LA QUE SE SOLICITARÁ ESTUDIO MICROBIOLÓGICO	21
RECOGIDA DE MUESTRA	21
FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES POR GRIPE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	21
FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES GRAVES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON COVID-19	22
CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR GRIPE O COVID-19.	23
TRATAMIENTO ANTIVIRAL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	23
TRATAMIENTO ANTIVIRAL DE LA INFECCIÓN POR COVID 19 EN PEDIATRÍA.	25
ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO	26



BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXO I: ALGORITMO DE MANEJO DEL PACIENTE ADULTO	31
ANEXO II: CONTRAINDICACIONES DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR Y REMDESIVIR	32
ANEXO III: ALGORITMO DE MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO	33

18/12/2025 14:06:07

AVILA VIGUERAS, ISABEL

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-74974418-dc12-11f0-9924-0240a00061

AUTORÍA

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Irene Marín Marín. Directora General de Atención Hospitalaria. Servicio Murciano de Salud.

Josefa Marín Hernández. Directora General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.

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

Carlos Alberto Arenas Díaz. Subdirector General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud.

M^a Dolores Chirlique López. Jefa de Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.

Víctor José Rausell Rausell. Jefe de Servicio. Servicio de Gestión Farmacéutica. Servicio Murciano de Salud.

Beatriz Garnica Martínez. Coordinadora Regional de Pediatría. Servicio Murciano de Salud.

GRUPO DE TRABAJO (por orden alfabético)

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

María José Carrillo Burgos. Jefa de Servicio de Urgencias. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

César Cinesi Gómez. Jefe de Sección de Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía.

Jesús Ángel Cruzado Quevedo. Jefe de Sección de Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Cartagena.

Beatriz Garrido Corro. Farmacéutica. Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Tomás Hernández Ruipérez. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Rafael Herrero Delicado. Asesor Farmacéutico. Servicio de Gestión Farmacéutica. Servicio Murciano de Salud.

Lara Cabrera Jiménez. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría. Servicio Murciano de Salud.

Carmen Martínez Moreno. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría. Servicio Murciano de Salud.

Jesús Enrique Meca Garrido. Pediatra. EAP La Flota. Servicio Murciano de Salud.



Ana Isabel Menasalvas Ruiz. Jefa de Sección de Pediatría Hospitalaria. Unidad Infectología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud.

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

Juan Pedro Peñalver Sánchez. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital Virgen del Castillo.

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

Laura Moreno Parrado. FEA de Microbióloga Clínica. Servicio Microbiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud.

Inés Sánchez Rodríguez. Médico de Medicina Preventiva y Salud Pública. Subdirección de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud.

José Antonio Serrano Martínez. Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer.

Jorge Morcillo Sillero. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital Rafael Méndez.

Carmen Solano Navarro. Pediatra. Jefa de Sección Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud.

18/12/2025 14:06:07

AVILA VIGUERAS, ISABEL

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-74974418-4c12-11f0-9924-02420a00061

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) afrontan cada temporada epidémica la circulación simultánea de virus influenza A/B, SARS-CoV-2 y virus respiratorio sincitial (VRS), con patrones temporales parcialmente solapados. La gripe mantiene una clara estacionalidad invernal, mientras que la COVID-19 presenta olas menos predecibles y puede reaparecer fuera del periodo clásico gripal. Esta coexistencia incrementa la demanda asistencial y obliga a disponer de circuitos y decisiones diagnósticas/terapéuticas ágiles.

Durante estos periodos se estima que una proporción relevante de la población presentará infección respiratoria aguda (IRA), con una parte de casos con riesgo de progresión a enfermedad grave. En los SUH resulta prioritario detectar precozmente a los pacientes con riesgo de complicaciones, iniciar antivirales cuando estén indicados y reducir estancia y transmisión nosocomial, especialmente en salas de espera y circuitos de observación.

El objetivo de este documento es actualizar la guía de abordaje general del adulto con sospecha de gripe o COVID-19 en los SUH, enfatizando:

1. las medidas precoces de control de transmisión,
2. el momento y población diana para pruebas diagnósticas, y
3. la indicación de tratamiento antiviral específico.

Sintomatología de la enfermedad

La gripe se caracteriza, en contexto epidémico, por inicio brusco de fiebre elevada ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), tos seca, mialgias/artralgias, cefalea, malestar general, rinitis y odinofagia. Puede existir afectación digestiva (diarrea, náuseas-vómitos), más frecuente en niños. En la mayoría de adultos inmunocompetentes es autolimitada, con fiebre 2-5 días y tos/astenia que pueden prolongarse 2-3 semanas.

La COVID-19 puede manifestarse con un cuadro clínico indistinguible de otras IRA: fiebre, tos, odinofagia, rinorrea, disnea, mialgias y astenia. La anosmia/disgeusia son menos frecuentes en variantes recientes, por lo que no deben considerarse signos obligatorios de sospecha. La progresión a neumonía hipoxémica o exacerbación de comorbilidades es más común en mayores y pacientes con enfermedad de órgano avanzada o inmunosupresión.

Dado el solapamiento clínico, **la diferenciación etiológica se apoya en el diagnóstico microbiológico dirigido a pacientes con riesgo de progresión o impacto terapéutico.**

Curso evolutivo

Tanto la infección por gripe como por SARS-CoV-2 pueden causar complicaciones graves en población vulnerable. Las complicaciones más frecuentes son neumonía viral primaria,

coinfección bacteriana secundaria, insuficiencia respiratoria aguda y descompensación de patología crónica (EPOC, asma, insuficiencia cardíaca, diabetes, enfermedad renal o hepática).

El VRS debe considerarse diferencial relevante en adultos mayores o frágiles con IRA y test antigénico combinado negativo, sobre todo si requieren ingreso, ya que condiciona aislamiento, pronóstico y uso racional de antibióticos.

Mecanismo de transmisión del virus

El virus de la gripe y SARS-CoV-2 se transmiten principalmente por gotas y aerosoles a corta distancia, y por contacto directo/indirecto con secreciones respiratorias. La transmisión aérea mediante aerosoles es especialmente relevante en espacios cerrados, mala ventilación y durante procedimientos generadores de aerosoles (PGA). Por tanto, las medidas de prevención deben integrar precauciones estándar, por gotas y por vía aérea en PGA, aplicables a todos los virus respiratorios estacionales.

Periodo de contagio

En gripe, la transmisibilidad comienza aproximadamente 24 h antes del inicio de síntomas y suele mantenerse 5-7 días (más prolongado en inmunodeprimidos). En COVID-19 la transmisibilidad es mayor en los primeros días desde el inicio, pero puede persistir más tiempo según situación inmunitaria y gravedad.

En el SUH, a efectos prácticos, **todo paciente con IRA se considerará potencialmente contagioso desde su llegada, y debe seguir medidas de control de fuente (mascarilla).**

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico clínico (de sospecha).

Durante la circulación comunitaria de virus respiratorios, debe sospecharse gripe o COVID-19 en adultos con IRA de inicio agudo con fiebre o febrícula, tos, odinofagia, rinorrea, mialgias, cefalea o disnea, especialmente si existe exposición epidemiológica.

No se recomienda diferenciar solo por clínica; el diagnóstico microbiológico se reserva para situaciones en las que el resultado modifica conducta.

Técnicas de laboratorio para el diagnóstico

En el SUH se dispone de test antigénico combinado (gripe A/B + SARS-CoV-2) útil para decisiones rápidas en pacientes con riesgo o necesidad de tratamiento específico. La indicación de test diagnósticos debe centrarse en:

- Pacientes con factores de riesgo de progresión a enfermedad grave por gripe o COVID-19, con ≤ 7 días de evolución.
- Pacientes con enfermedad en progresión, aunque sin criterios inmediatos de ingreso.
- Pacientes que precisan ingreso hospitalario por IRA, con independencia del tiempo de evolución.

Interpretación y escalado diagnóstico

Test antigénico positivo: se considera diagnóstico de confirmación para el manejo inicial y se inicia antiviral específico según etiología.

- Test antigénico negativo en paciente con criterios de ingreso hospitalario: realizar PCR/multiplex respiratoria (incluye gripe, SARS-CoV-2 y VRS) debido a la menor sensibilidad del test antigénico y a la necesidad de detectar VRS u otros virus respiratorios en el contexto de ingreso.

Actuación en el área de admisión y clasificación

Las medidas preventivas de la gripe y COVID-19 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 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 infección respiratoria vírica. 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 infección respiratoria vírica:

- 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.
- Higiene de las manos del paciente con solución hidroalcohólica.

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

- 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

1. Paciente con IRA llega a triaje:

- a. Colocación inmediata de mascarilla quirúrgica y medidas estándar.

2. Valorar factores de riesgo de complicaciones por gripe/COVID:

- a. Si sí → realizar test antigénico combinado (influenza A/B + SARS-CoV-2).
- b. Si no → manejo clínico habitual; test solo si cambia conducta.

3. Resultado del test antigénico:

- a. Positivo influenza → considerar caso confirmado e iniciar oseltamivir si criterios (ver apartado Inicio de tratamiento).
- b. Positivo SARS-CoV-2 → considerar caso confirmado e iniciar nirmatrelvir/ritonavir o remdesivir según criterios, interacciones y ventana temporal.

4. Si requiere ingreso hospitalario con test antigénico negativo:

- a. Realizar PCR/multiplex respiratoria porque incorpora VRS y mejora sensibilidad para influenza/COVID.

5. Destino y aislamiento:

- a. Alta/observación/ingreso según gravedad clínica, no por duración de aislamiento.

Factores de riesgo de pacientes adultos para desarrollar enfermedad grave.

Se consideran pacientes con riesgo de progresión a enfermedad grave por gripe o COVID-19 los que presentan cualquiera de los siguientes:

- Edad ≥ 75 años.
- Embarazo y hasta 2 semanas posparto.
- Síndrome de Down ≥ 40 años.
- Inmunocompromiso significativo (trasplante de órgano sólido o progenitores hematopoyéticos/CAR-T, oncológicos en tratamiento, VIH con $CD4 \leq 200$, corticoides sistémicos a dosis altas prolongadas u otros inmunosupresores/biológicos recientes).
- Enfermedad de órgano avanzada:
 - ERC con FG < 60 ml/min
 - Hepatopatía crónica Child-Pugh B/C
 - Demencia, trastornos neurodegenerativos y neuroinmunes cuando se asocian con fragilidad grave (por ejemplo, niveles 7 u 8 en la Escala de Fragilidad Clínica)
 - Enfermedad pulmonar crónica de alto riesgo (EPOC grave, fibrosis, HTP, asma con tratamiento diario)
 - Enfermedad cardiovascular relevante (IAM, insuficiencia cardíaca, ACV/AIT, arteriopatía periférica, etc.)
 - Enfermedad hematológica crónica (excepto ferropenia)
 - Diabetes con órgano diana
 - Obesidad IMC ≥ 35
- Otros FR a considerar si ≥ 2 : edad 65-79, HTA, DM sin órgano diana, EPOC leve-moderada, asma, demencia no grave, VHB/VHC crónicos.

Gravedad de la infección.

Para definir la gravedad, y dado el contexto actual de circulación simultánea de virus respiratorios, se considerará la clasificación de gravedad aplicable tanto a gripe como a COVID-19, diferenciando entre formas leves y complicadas.

- 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.

Debe ingresarse a todo paciente con infección respiratoria viral grave/complicada, o con progresión clínica pese a tratamiento inicial. En pacientes sin factores de riesgo, con neumonía leve, buena situación general y posibilidad real de revisión precoz, puede valorarse alta con seguimiento estrecho.

El ingreso se decide por estado clínico y soporte necesario, no por el tiempo de aislamiento recomendado.



Criterios de valoración por Medicina Intensiva.

Dentro de las complicaciones que se han citado previamente, se debería realizar una interconsulta a Medicina Intensiva 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

Gripe

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 en 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 ([ver factores de riesgo](#)), principalmente si el tiempo de evolución de la clínica es inferior a 48 horas.
- Pacientes con enfermedad en progresión, aunque sin ingreso inmediato.

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 los pacientes en los que esté indicado el tratamiento con oseltamivir, la prescripción se realizará siempre mediante receta electrónica (REC), aunque el medicamento no esté financiado por el Servicio Murciano de Salud (SMS). La indicación y prescripción quedarán registradas en la historia clínica, siendo responsabilidad del facultativo prescriptor.

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.*

COVID-19 (nirmatrelvir/ritonavir o remdesivir)

En adultos con COVID-19 leve-moderada y alto riesgo de progresión, se recomienda tratamiento antiviral precoz, idealmente en los primeros 5 días (Paxlovid) o hasta 7 días (remdesivir) desde inicio.

Indicar antiviral en COVID-19 en:

- Personas con ≥ 75 años o
- Personas con < 75 años con:
 - Inmunodepresión relevante ([ver factores de riesgo](#)) o
 - Fibrosis quística o
 - Síndrome de Down con ≥ 40 años o
 - Enfermedad de órgano avanzada ([ver factores de riesgo](#)) o
 - 2 o más factores de riesgo de progresión ([ver factores de riesgo](#)): individualizar la necesidad de tratamiento en función del riesgo de progresión (número y tipo de factor), la fragilidad y de la situación clínica derivada de la exacerbación de su comorbilidad.

Elección:

- Nirmatrelvir/ritonavir si ≤ 5 días de síntomas y sin interacciones/contraindicaciones mayores (ANEXO II).
- Remdesivir IV 3 días si ≤ 7 días o si Paxlovid contraindicado por interacciones o insuficiencia hepática relevante.

Embarazo: no se recomienda de forma rutinaria Paxlovid/remdesivir; decisión individualizada riesgo-beneficio.

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, iniciar tratamiento antiviral, ingreso hospitalario y revisión ambulatoria nos encontraremos con 3 escenarios globales (Tabla 2).

- **Pacientes sin factores de riesgo ni complicaciones:**
No se recomienda estudio microbiológico ni tratamiento antiviral. Manejo sintomático y **alta a domicilio** con recomendaciones generales y signos de alarma.
- **Pacientes con factores de riesgo sin complicaciones:**
Se recomienda **realizar test antigénico combinado (gripe A/B + SARS-CoV-2)**.
 - **Si el test es positivo**, iniciar tratamiento antiviral específico según etiología (oseltamivir si gripe; nirmatrelvir/ritonavir o remdesivir si COVID-19, según criterios) y **alta con seguimiento por EAP en 7 días**.
 - **Si el test es negativo**, no iniciar antiviral, manejo clínico habitual, con alta y seguimiento según evolución.
- **Pacientes con complicaciones o criterios de ingreso hospitalario:**
Se recomienda **realizar test antigénico combinado de forma inicial**.
 - **Si el test es positivo**, iniciar tratamiento antiviral específico lo antes posible e **ingreso hospitalario**.
 - **Si el test es negativo y mantiene criterios de ingreso**, realizar **PCR/multiplex respiratoria (incluye gripe, SARS-CoV-2 y VRS)**, iniciar medidas de soporte e **ingreso hospitalario**.

Tabla 1. Escenarios clínicos

	Estudio microbiológico	Tratamiento antiviral	Alta de Urgencias
Sin factores de riesgo ni complicaciones	NO	NO	Alta a domicilio
Con factores de riesgo sin complicaciones	Test antigénico	SI	Revisión por EAP en 48-72 horas
Con complicaciones	PCR	SI	Ingreso hospitalario



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 a la gripe y SARS-CoV-2 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 y SARS-CoV-2 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.

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** o **SARS-CoV-2** por gotas de Pflügge y aerosoles, se recomiendan **precauciones frente a gotitas** en la atención de rutina de los pacientes con infección presunta o confirmada. Incluyen las siguientes prácticas:

- **Mascarilla en la atención clínica:** el personal sanitario debe usar mascarilla quirúrgica en el cuidado de rutina de pacientes con sospecha o confirmación de gripe o COVID-19. Al finalizar la atención, debe retirarla correctamente y realizar higiene de manos.
- **Control de fuente en el paciente:** los pacientes con sospecha o confirmación de gripe o COVID-19 deben llevar mascarilla quirúrgica durante su estancia en el SUH y cumplir medidas de higiene respiratoria, manejo de la tos e higiene de manos.
- **Procedimientos generadores de aerosoles (PGA):** se recomienda el uso de **respiradores FP2/FFP2 (o equivalente)** para el personal durante PGA (p. ej., intubación orotraqueal, aspiración de secreciones, soporte respiratorio no invasivo), tanto en gripe como en COVID-19.
- **Terapia inhalada:** dado el riesgo añadido de generación de aerosoles, se extremarán las medidas de aislamiento y protección, con uso de **FP2/FFP2** por el personal y puertas cerradas. Se priorizará el uso de **dispositivos MDI con cámara espaciadora** frente a nebulizaciones en pacientes con sospecha o confirmación de gripe o COVID-19. En caso de ser imprescindible nebulizar, se utilizará **nebulización con malla vibrante**, evitando los nebulizadores **tipo jet**.
- **Habitaciones:** mantener las puertas de las habitaciones cerradas siempre que sea posible, especialmente durante PGA o administración de terapias inhaladas.

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.

Medicina Preventiva valorará la duración del aislamiento, que habitualmente será de 7 días desde el comienzo de los síntomas y durante toda la enfermedad en caso de pacientes con inmunodepresión importante.



18/12/2025 14:06:07

AVALA VIGUERAS, ISABEL

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros.
Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-74974418-dc12-11f0-9924-0240d00061

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR GRIPE O COVID-19

Población a la que se solicitará estudio microbiológico

Se realizará estudio microbiológico (test antigénico combinado gripe A/B + SARS-CoV-2 y/o PCR) a los siguientes pacientes:

- Todo paciente con cuadro respiratorio y/o fiebre con criterios de ingreso hospitalario.
- Paciente que pertenezca a los grupos de riesgo en los que está indicado el tratamiento con oseltamivir o remdesivir.
- Lactantes y niños con síntomas sugestivos, en los que su detección pueda cambiar la actitud o evitar otras exploraciones en la fase epidémica.

Recogida de muestra

Se realizará recogida de frotis o aspirado nasofaríngeo (según la edad del paciente) para la realización de la técnica de test de antígenos o de PCR de virus.

Los test antigénicos combinado gripe A/B + SARS-CoV-2 se realizarán en los servicios de urgencias hospitalarias. En caso de solicitar PCR de virus, remitir a Microbiología la muestra en medio de virus. Se dispone de prueba de PCR urgente para virus influenza en los Servicios de Microbiología (solicitar si alta sospecha diagnóstica, factores de riesgo de complicaciones y/o criterio de ingreso en pacientes con test antigénicos negativos).

En pacientes que requieran ingreso hospitalario, remitir muestra para PCR de virus independientemente del resultado del test antigénico para permitir la realización del tipado de los virus circulantes, en los hospitales que sean centro de vigilancia epidemiológica.

Factores de riesgo de complicaciones por gripe en pacientes pediátricos

Las condiciones de aumento de riesgo de desarrollar complicaciones de la gripe 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 trasplantados de progenitores hematopoyéticos (hasta normalización de su inmunidad tras el trasplante).



- Pacientes sometidos a tratamiento crónico con inmunomoduladores biológicos o corticoides.
- Pacientes en tratamiento quimioterápico.
- Pacientes con asplenia, 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.
- Cardiopatía con repercusión hemodinámica significativa.
- Pacientes con enfermedades metabólicas crónicas como la diabetes mellitus.
- Obesidad mórbida (IMC >p99 o +3.5DE).
- Pacientes con tratamiento crónico con salicilatos (artritis reumatoide, enfermedad de Kawasaki, etc.).
- Pacientes menores de 2 años, especialmente los menores de 6 meses, tienen mayor riesgo de ingreso hospitalario y complicaciones que los de edades superiores.

Factores de riesgo de complicaciones graves en pacientes pediátricos con COVID-19

Las condiciones de aumento de riesgo de desarrollar complicaciones de la infección por Sars-CoV 2, en pacientes pediátricos, no están tan claramente definidos como en pacientes adultos. A continuación, se enumeran los principales factores reconocidos de mayor riesgo de complicaciones:

- Inmunodeficiencias primarias graves.
- 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 receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénicos o CAR-T (hasta normalización de su inmunidad tras el trasplante).
- Pacientes en tratamiento quimioterápico.
- Pacientes sometidos a tratamiento crónico con inmunomoduladores biológicos o corticoides.
- Obesidad mórbida (IMC p>99 o +3.5DE)
- Patología crónica compleja dependiente de dispositivos de asistencia respiratoria.
- Pacientes con fibrosis quística (si afectación pulmonar grave).
- Insuficiencia renal terminal en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal.



Criterios de ingreso hospitalario en pacientes pediátricos con infección por gripe o COVID-19.

Requieren ingreso hospitalario los pacientes:

- Menores de 1 mes.
- Los pacientes con cuadros moderado-grave que precisen soporte respiratorio por dificultad respiratoria importante, aquellos con afectación del estado general, alteración del nivel de conciencia, rechazo de la ingesta, vómitos y/o deshidratación moderada-grave.
- Sospecha de complicaciones infecciosas con necesidad de tratamiento antibiótico parenteral (ver protocolos específicos de PROA-Pediátrico regionales de sepsis, neumonía y otras infecciones bacterianas) u otras complicaciones graves no infecciosas (miocarditis, miositis, encefalitis...).
- En los pacientes con factores de riesgo de complicaciones (pacientes inmunodeprimidos, con enfermedades crónicas y los menores de 3-6 meses) se debe valorar el ingreso de forma individualizada, aunque no cumpla los criterios anteriores.

Todos los pacientes que ingresen en el hospital con confirmación (o alta sospecha) de infección por gripe o COVID-19 deben ingresar con **AISLAMIENTO POR GOTAS** (ver protocolos de aislamiento del hospital).

Tratamiento antiviral de la infección por virus influenza en pacientes pediátricos

Se recomienda valorar **tratamiento** antiviral en:

- 1.-los pacientes que requieran ingreso hospitalario por cuadro de gripe moderado-grave
- 2.-los lactantes menores de 3 meses y valorar entre 3-6 meses si clínica inferior a 48 horas.
- 3.-pacientes de cualquier edad con factores de riesgo de complicaciones, aunque no cumplan criterios de ingreso hospitalario.

El **tratamiento** 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 oseltamivir con una duración de 5 días.

La **profilaxis** con oseltamivir se puede valorar en pacientes con alto riesgo de complicaciones (que tengan más de 3 meses de edad) y dentro de las primeras 48 horas tras la exposición a un caso de gripe (convivientes domiciliarios o contacto estrecho). (ver tablas 2 y 3).



Tabla 2. Tratamiento con oseltamivir en pacientes pediátricos según edad y peso.

Edad/peso	Dosis /mg/kg)	Tratamiento	Profilaxis
Neonatos			
28-37 sem	1mg/kg	Cada 12 horas	No recomendado
38-40 sem	1,5 mg/kg	5 días	
>40 sem	3 mg/kg		
Hasta 1 año	3 mg/kg	Cada 12 horas 5 días	Cada 24 horas 10 días (no recomendado en < 3 meses)
Mayores de 1 año			
≤15 Kg	30 mg	Cada 12 horas	
16-23 Kg	45 mg	5 días	
24-40 Kg	60 mg		
>40 Kg	75 mg		Cada 24 horas 10 días

Presentaciones disponibles:

- -Tamiflu[®] cápsulas de 75 mg (10 cápsulas).
- -Tamiflu[®] suspensión oral **6 mg/ml** (65 ml)
- -Oseltamivir suspensión oral **15 mg/ml** (fórmula magistral hospitalaria—50 ml)

Tabla 3. Tratamiento con oseltamivir en pacientes pediátricos según filtrado glomerular.

Tratamiento	
Aclaramiento (FG ml/min/1.73 m ²)	Dosis ajustada
≥60 ml/min/1.73 m ² 60-30 ml/min/1.73 m ² 30-10 ml/min/1.73 m ² <10 ml/min/1.73 m ²	Dosis habitual (no ajuste) 40% de la dosis habitual cada 12 horas 40% de la dosis habitual cada 24 horas No recomendado
Pacientes en programa de hemodiálisis (HD) ≤15 kg: 16-23 kg 24-40 kg. >40 kg:	7.5 mg después de cada sesión de HD 10 mg después de cada sesión de HD. 15 mg después de cada sesión de HD. 30 mg después de cada sesión de HD.
Profilaxis	
≥60 ml/min/1.73 m ² 60-30 ml/min/1.73 m ² 30-10 ml/min/1.73 m ² <10 ml/min/1.73	Dosis habitual (no ajuste) 40% de la dosis habitual cada 24 horas 40% de la dosis habitual cada 48 horas No recomendado

- *No hay recomendaciones específicas de ajuste de dosis en pacientes pediátricos con insuficiencia renal, no obstante se recomienda ajustar la dosis con aclaramiento de creatinina menores a 60 ml/min/1.73 m² y no se recomienda en pacientes con enfermedad renal terminal no sometidos a programa de hemodiálisis.



Tratamiento antiviral de la infección por COVID 19 en pediatría.

En general la infección por COVID 19 en niños sanos cursa de forma leve y sólo requiere tratamiento sintomático. No hay una evidencia científica sólida del uso de antivirales en pacientes pediátricos con infección por COVID19 y su uso debe individualizarse en cada caso.

Se debe considerar el tratamiento con remdesivir, intravenoso, en las formas graves en pacientes hospitalizados y en niños con formas leves-moderadas con factores de riesgo de complicaciones para disminuir el riesgo de progresión de la enfermedad y /o complicaciones, iniciado durante los 7 días del comienzo de los síntomas (ver tabla 3).

En niños ingresados con bronconeumonía por COVID 19 que requieran oxigenoterapia y menos de 7 días de inicio de los síntomas, el fármaco de elección es remdesivir (autorizado por la FDA en lactantes de al menos 28 días y >1,5 Kg de peso).

En pacientes con formas graves la duración del tratamiento son 5 días. En formas leves-moderadas puede ser suficiente con 3 días, salvo empeoramiento de los síntomas durante el proceso en los que se debe completar los 5 días de tratamiento.

En pacientes con filtrado glomerular superior a 30 ml/min/1.73 m² no se requiere ajuste de dosis. No se recomienda el tratamiento con remdesivir en pacientes pediátricos con filtrado glomerular inferior a 30 ml/min/1.73 m², ni en los pacientes en los que las cifras de ALT sean superiores a 5 veces los valores normales.

Se debe monitorizar las cifras de ALT/AST y función renal durante el tratamiento. Si las cifras de ALT se elevan x 10 veces los valores normales (aún en pacientes asintomáticos) o en pacientes con sintomatología se debe valorar suspender el fármaco.

En pacientes mayores de 12 años y >40 Kg de peso, con formas de COVID-19 leves, menos de 5 días de evolución y factores de riesgo de complicaciones se puede valorar tratamiento ambulatorio con nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid[®]) por vía oral a dosis de 300/100 mg cada 12 horas durante 5 días, revisando que no existan interacciones medicamentosas relevantes que contraindiquen su uso. No se recomienda el uso de nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid[®]) en pacientes con insuficiencia hepática o insuficiencia renal significativa (<30 ml/min/1.73m²). En los pacientes con aclaramiento entre 59-30 ml/minuto/1.73 m² se debe ajustar la dosis a la mitad (150 /100 mg cada 12 horas durante 5 días).

Otros fármacos a valorar:

- Dexametasona a dosis 0.15-0.3 mg/kg/día (máximo 6 mg) por vía oral o intravenosa se debe añadir en los casos de COVID19 moderado-grave que requieran ingreso y oxigenoterapia hasta el momento del alta, durante un máximo de 10 días.
- Tocilizumab se puede valorar en casos graves, ingresados en la UCI-Pediátrica, con ventilación mecánica, progresión a pesar de tratamiento con dexametasona, hiperinflamación y sin datos de sobreinfección bacteriana o fúngica. Muy pocos datos



en población pediátrica (uso off-label en <18 años, consultar con Reumatología y/o Infectología Pediátricas). Dosis única de 8 mg/kg (máximo 800 mg).

Tabla 3. Dosis recomendada de remdesivir (carga y mantenimiento) en pacientes pediátricos con COVID19 según peso.

Peso	Dosis de carga (día 1)	Dosis de mantenimiento (días 2-5)
1.5 kg-3Kg	2.5 mg/kg/dosis	1.25 mg/kg/dosis
3-40 kg	5 mg/kg/dosis	2.5 mg/kg/dosis
>40 kg	200 mg	100 mg

ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

1. Paciente pediátrico con IRA llega a triaje:

- Se ofrecerá colocación de mascarilla quirúrgica, según la edad del niño, y medidas estándar.

2. Valorar factores de riesgo de complicaciones por gripe/COVID:

- Sí factores de riesgo → realizar test antigénico combinado (influenza A/B + SARS-CoV-2).
- No factores de riesgo → manejo clínico habitual; test diagnóstico solo si cambia conducta.

3. Resultado del test antigénico:

- Positivo influenza → considerar caso confirmado. Valorar iniciar oseltamivir si criterios.
- Negativo → en época epidémica y elevada sospecha clínica, considerar posible falso negativo.
 - Sin criterios de ingreso: en paciente con factores de riesgo y elevada sospecha clínica solicitar PCR + valorar inicio de oseltamivir si resultado positivo de PCR influenza.
 - Con criterios de ingreso hospitalario: realizar PCR/multiplex respiratoria valorar iniciar oseltamivir si resultado positivo de PCR influenza.

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*. 2019;68(6):e1-e47.
2. López-Medrano F, Alfayate S, Carratalà J, Chamorro-Camazón J, Cordero E, Cruz-Cañete M, et al. Diagnosis, treatment and prophylaxis of influenza virus infection. Documento de consenso SEIMC/AEV/SEIP/SEMFYC/SEMPSPGS. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2023;41(Supl 1):1-74.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Influenza Antiviral Medications: Summary for Clinicians. CDC; actualización 8 Dic 2023 (vigente temporada 2024-2025).
4. World Health Organization (WHO). Clinical practice guidelines for influenza. Ginebra: WHO; 2023.
5. 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*. 2019;68(6):e1-e47.
6. López-Medrano F, Alfayate S, Carratalà J, Chamorro-Camazón J, Cordero E, Cruz-Cañete M, et al. Diagnosis, treatment and prophylaxis of influenza virus infection. Documento de consenso SEIMC/AEV/SEIP/SEMFYC/SEMPSPGS. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2023;41(Supl 1):1-74.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Influenza Antiviral Medications: Summary for Clinicians. CDC; actualización 8 Dic 2023 (vigente temporada 2024-2025).
8. World Health Organization (WHO). Clinical practice guidelines for influenza. Ginebra: WHO; 2023.
9. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Antiviral treatment of influenza. ECDC; última revisión disponible 2023-2024.
10. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Annual Epidemiological Report on Seasonal Influenza 2023-2024. ECDC; 2024.
11. Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2015;385:1729-1737.
12. Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A(H1N1)pdm09 infection: meta-analysis of individual participant data. *Lancet Respir Med*. 2014;2:395-404.
13. Katzen J, Kohn R, Houk JL, Ison MG. Early oseltamivir after hospital admission is associated with shortened hospitalization: a 5-year analysis. *Clin Infect Dis*. 2019;69:52-58.
14. 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;163:1667-1672.



15. 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;53:277-279.
16. Treanor JJ, Hayden FG, Vrooman PS, et al. Efficacy and safety of oseltamivir in treating acute influenza: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283:1016-1024.
17. Nicholson KG, Aoki FY, Osterhaus AD, et al. Efficacy and safety of oseltamivir in treatment of acute influenza: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2000;355:1845-1850.
18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Guidance for Infection Control in Healthcare Settings for Influenza and SARS-CoV-2. CDC; actualización 2024.
19. Ministerio de Sanidad (España). Recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-19 en la temporada 2024-2025. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.
20. Ministerio de Sanidad
21. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe de Posicionamiento Terapéutico de nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid®) en COVID-19 leve-moderada con alto riesgo. Madrid: AEMPS; 2023.
22. Infectious Diseases Society of America (IDSA). Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19 (living guideline). IDSA; actualización 2024-2025.
23. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical Care for Outpatients with COVID-19 (antivirales y grupos de riesgo). CDC; actualización 2024-2025.
24. World Health Organization (WHO). Therapeutics and COVID-19: living guideline (actualización 2023-2024). Ginebra: WHO; 2023-2024.
25. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Therapeutic Management of Nonhospitalized Adults with COVID-19. National Institutes of Health (NIH); actualización 2024.
26. Hammond J, Leister-Tebbe H, Gardner A, et al. Oral nirmatrelvir for high-risk, nonhospitalized adults with COVID-19. *N Engl J Med*. 2022;386:1397-1408.
27. Gottlieb RL, Vaca CE, Paredes R, et al. Early remdesivir to prevent progression to severe COVID-19 in outpatients. *N Engl J Med*. 2022;386:305-315.
28. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, et al. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 — Final Report. *N Engl J Med*. 2020;383:1813-1826.
29. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Respiratory syncytial virus (RSV) in older adults: implications for hospitals and surveillance. ECDC; 2023-2024.
30. Falsey AR, Walsh EE. Respiratory syncytial virus infection in adults. *Clin Microbiol Rev*. 2000;13:371-384. (Marco clásico sobre gravedad y presentación en adulto).
31. Ackerson B, Tseng HF, Sy LS, et al. Severe morbidity and mortality associated with respiratory syncytial virus versus influenza infection in hospitalized older adults. *Clin Infect Dis*. 2019;69:197-203.
32. Perth Children's Hospital. Government of Western Australia. Child and Adolescent Health Service. Oseltamivir Monograph – Paediatric [Internet]. Perth: PCH; [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://pch.health.wa.gov.au>
33. UpToDate. Seasonal influenza in children: Prevention with antiviral drugs [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.uptodate.com>



34. Criado Vega EA, Criado Camargo A. Gripe (v.3/2025). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2025 Aug [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.guia-abe.es>
35. Paediatric Formulary Committee. Oseltamivir [Internet]. London: Royal Pharmaceutical Society and RCPCH Publications Ltd.; 2021 [cited 2025 Dec 17]. Available from: BNF for Children
36. Committee on Infectious Diseases. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2025–2026: Policy Statement. Pediatrics. 2025 Dec 1;156(6):e2025073620. doi:10.1542/peds.2025-073620. PMID:40717223
37. Vitoratou DI, Milas GP, Korolessi P, Kostaridou S, Koletsis P. Obesity as a risk factor for severe influenza infection in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Eur J Pediatr. 2023 Jan;182(1):363-374. doi:10.1007/s00431-022-04689-0. PMID:36369400; PMCID:PMC9652042
38. Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Tratamiento cambios COVID leve, moderado y grave. SEIP v1.6 [Internet]. Madrid: SEIP; 2023 Sep [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2023/09/Tratamiento-Cambios-COVID-leve-moderado-y-grave.-SEIP-v1.6.pdf>
39. Edwards KM. The Therapy of SARS-CoV-2 Infection in Children. J Clin Med. 2023;13(1):120. doi:10.3390/jcm13010120
40. UpToDate. Remdesivir: Drug information [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/remdesivir-drug-information>
41. UpToDate. COVID-19 management in children [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-management-in-children>
42. American Academy of Pediatrics (AAP). Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2025–2026 (Policy Statement) [Internet]. Elk Grove Village (IL): AAP; 2025 [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://publications.aap.org>
43. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Rapid Influenza Diagnostic Tests (RIDTs) – Guidance for Clinicians [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 Sep [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://publications.aap.org>

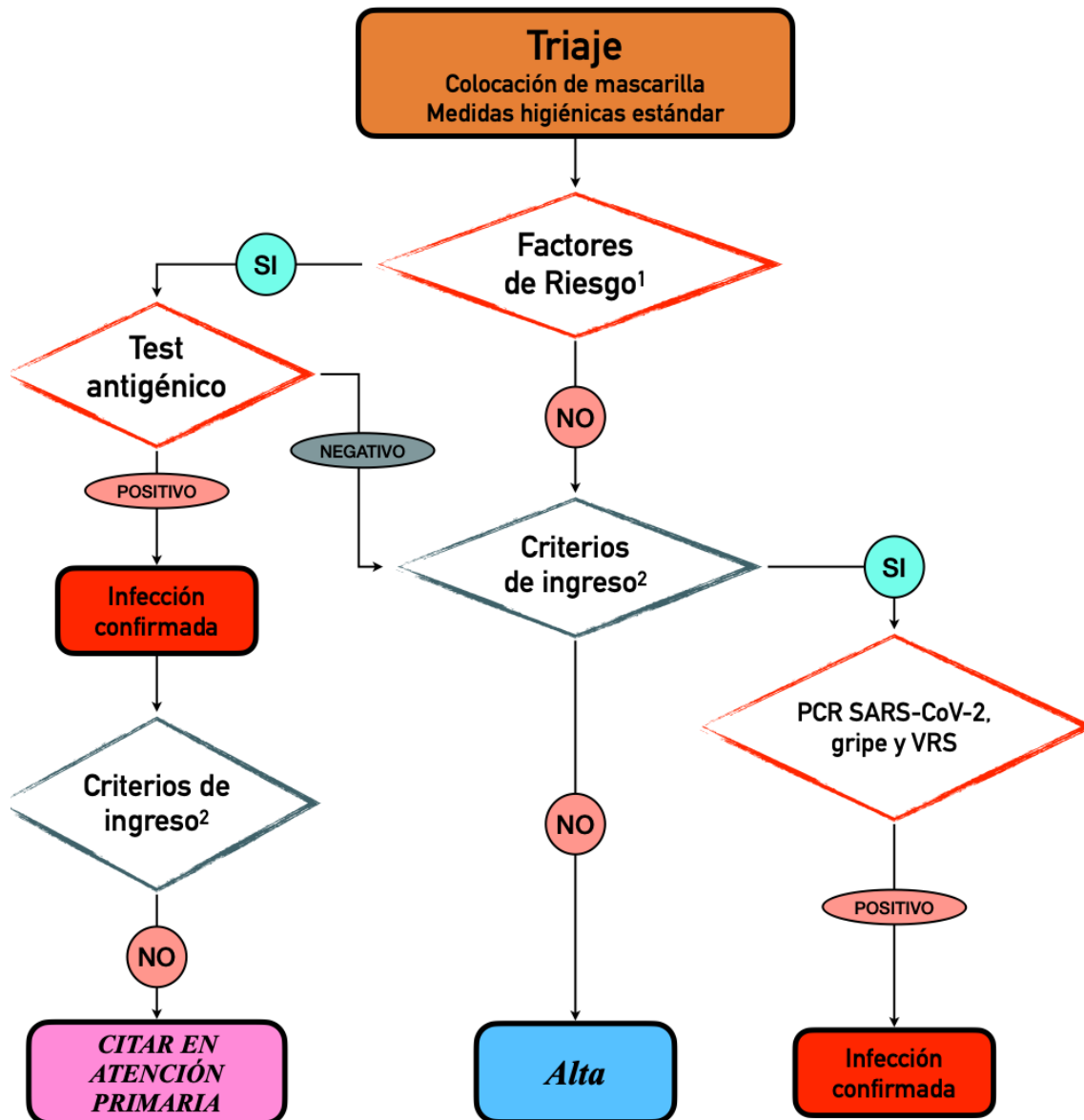
18/12/2025 14:06:07

AVALA VIGUERAS, ISABEL

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros.
Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-74974418-dc12-11f0-9924-0240d00061

ANEXO I: ALGORITMO DE MANEJO DEL PACIENTE ADULTO

SOSPECHA DE GRIPE O COVID-19



AYALA VIGUERAS, ISABEL 18/12/2025 14:06:07 Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: https://sede.carm.es/verificardocumentos e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-74924418-dc12-1110-9924-02020a000061



ANEXO II: CONTRAINDICACIONES DE NIRMATRELVIR/RITONAVIR Y REMDESIVIR

Fármaco	Contraindicaciones / No usar	Precauciones clave
Nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid®)	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidad a nirmatrelvir/ritonavir o excipientes.• Insuficiencia renal grave (TFGe <30 ml/min): no usar.• Insuficiencia hepática grave (Child-Pugh C): no usar.• Interacciones medicamentosas graves: contraindicado con fármacos muy dependientes de CYP3A cuyo aumento cause toxicidad grave, y con inductores potentes de CYP3A que reduzcan niveles y provoquen fallo terapéutico (p. ej., rifampicina, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, primidona, hipérico).	<ul style="list-style-type: none">• Revisar interacciones mayores siempre (ritonavir inhibidor potente CYP3A). Si interacción no manejable → preferir remdesivir.• Ajuste de dosis si TFGe 30–59 ml/min.
Remdesivir (Veklury®)	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidad clínicamente significativa a remdesivir o excipientes (incluye anafilaxia/reacción a perfusión).• No iniciar si ALT ≥5× LSN; suspender si ALT ≥10× LSN o si hay hepatitis clínica.• TFGe <30 ml/min: no recomendado.	<ul style="list-style-type: none">• Vigilar reacciones a la perfusión (hipotensión, broncoespasmo, náuseas).• Monitorizar función renal y hepática durante tratamiento.

ANEXO III: ALGORITMO DE MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

