

# Influenza A. Manejo ambulatorio

**Dr José Alejandro Nogales**

Médico Cirujano. Centromédica. Miembro AMA.  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### Resumen

**Introducción.** La influenza A constituye uno de los principales problemas de salud que enfrenta la humanidad. El manejo clínico ambulatorio usando el protocolo de oseltamivir y saturomería permite realizar una práctica evaluación. **Objetivo.** Evaluar resultados usando protocolo de oseltamivir y saturometría en atención médica ambulatoria y emergencias en pacientes con influenza A. **Métodos.** Realizar un estudio clínico experimental aleatorio en pacientes con influenza A, usando protocolo con oseltamivir y saturometría y compararlo con tratamiento estándar. **Conclusiones.** La influenza A seguirá afectándonos por varios años más, debemos asumir una capacidad de respuesta, que incluya: la detección y confirmación de casos; así como su manejo clínico oportuno y eficaz.

**Palabras claves.** Influenza A, oseltamivir, saturometría, quimioprofilaxis, vacunación.

### Influenza A. Ambulatory management

#### Summary

**Introduction.** Influenza A is one of the main health problems facing humanity. Outpatient clinical management using the oseltamivir and saturomer protocol allows a practical evaluation. **Objective.** To evaluate results using oseltamivir protocol and saturometry in ambulatory medical care and emergencies in patients with influenza A. **Methods.** Perform a randomized experimental clinical study in patients with influenza A, using procolo with oseltamivir and saturometry and compare it with standard treatment. **Conclusions.** Influenza A will continue to affect us for several more years, we must assume a capacity to respond, that include: the detection and confirmation of cases; as well as its timely and effective clinical management.

**Key words.** Influenza A, oseltamivir, saturometry, chemoprophylaxis, vaccination.

#### Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen uno de los principales problemas de salud que enfrenta la humanidad. La OMS estima que aproximadamente mil millones de personas están infectadas y que debido a la influenza mueren hasta 500.000 personas/año. En general, la mayor carga de enfermedad ocurre en los niños, mientras que la mayor carga de la enfermedad en términos de hospi-

---

**Correspondencia.** José Alejandro Nogales  
Correo electrónico: [nogalesjose.jan@gmail.com](mailto:nogalesjose.jan@gmail.com)

talización y muerte ocurre en aquellos con condiciones médicas subyacentes, infantes, niños pequeños, embarazadas y ancianos.

Las cepas circulantes de los virus de la influenza actuales en los seres humanos incluyen el virus de la influenza A (H1N1) pdm09, influenza A (H3N2) y, ambos virus de la influenza B (B/Victoria y B/yamagata).

### ¿Qué es el virus de la influenza?

El término influenza fue acuñado por médicos-astrólogos italianos en la Edad Media y refleja lo que se creía que lo ocasionaba (*influentia coeli*, influencia de los astros). También hace referencia a la expresión italiana *influenza di freddo* (influenza del frío), terminología no muy errada, dado que actualmente se conoce la viabilidad del virus de la influenza está favorecida por las condiciones de frío y la baja a moderada humedad, lo que se asocia a una mayor transmisión en los meses de invierno.

En el siglo XIX, la influencia microbiológica de la gripe ya tenía sus raíces, pero con el agente equivocado: *Haemophilus Influenzae*. No fue hasta fines de los años 1920 que se describió la naturaleza viral de la entidad. En la actualidad se conoce que la influenza es una infección viral aguda del tracto respiratorio que se propaga fácilmente de persona a persona. El desarrollo clínico de la enfermedad va desde un resfriado común hasta complicaciones que pueden resultar mortales.

Actualmente, se ignora el comportamiento que tendrá el virus durante el invierno. La OMS considera que el virus pandémico de la influenza A (H1N1/09) se ha establecido en la población como un virus influenza estacional y que por el momento no hay virus pandémico circulante en el mundo.

### ¿Cómo se diagnostica la influenza?

La mayoría de las gripes se diagnostica en la comunidad, a veces cuando se sabe que el virus está circulando. En los pacientes admitidos en el hospital se pueden tomar muestras respiratorias para hacer la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), test de antígeno o rápido o el ensayo de inmunofluorescencia.

En los brotes respiratorios en un contexto cerrado (como hogares de cuidado, escuelas, hospitales) puede hacerse un hisopado nasal de los primeros individuos sintomáticos, con el fin de identificar el organismo responsable. Figura 1.

### ¿Cuáles son los síntomas de la influenza?

La influenza se caracteriza por un inicio repentino de fiebre, mialgias, cefalea, malestar general, tos seca, dolor de garganta y congestión nasal. Los síntomas gastrointestinales como vómitos y diarrea también son comunes. El período de incubación de la influenza (tiempo desde la infección hasta el desarrollo de los síntomas) es de 1 a 4 días. La difusión vi-

### Figura 1.

Lo que es necesario saber

- La influenza es una infección viral aguda del tracto respiratorio que se propaga fácilmente de persona a persona.
- La influenza suele ser autolimitada en los individuos sanos, quienes se recuperan en 3-7 días.
- Los ancianos, niños < 6 meses, embarazadas y personas con condiciones crónicas o inmunosupresión tienen mayor riesgo de complicaciones.
- Se les debe ofrecer la vacunación antigripal a las personas con mayor riesgo de complicaciones de exposición a la gripe, así como a los niños pequeños, quienes son difusores eficientes de la infección.
- Las personas en grupo de alto riesgo pueden beneficiarse de la terapia antiviral, la hospitalización o los cuidados intensivos.

ral, cuando el virus es infeccioso, ocurre generalmente desde un día antes de la aparición de los síntomas hasta 5-7 días después.

La influenza puede causar enfermedad grave o muerte, en particular en individuos de alto riesgo. La mortalidad es mayor si la gripe es complicada (enfermedad que requiere hospitalización o que exacerba una enfermedad crónica subyacente) en todos los grupos de edad, pero es mayor en los niños <6 meses.

### Diagnóstico diferencial

Durante un brote de gripe que afecta a toda una comunidad se puede establecer el diagnóstico clínico de esta enfermedad con un grado elevado de certidumbre en pacientes que llegan al consultorio del médico con la enfermedad respiratoria febril típica que se ha descrito. En ausencia de un brote (es decir, en los casos esporádicos o aislados) y solo a partir de bases clínicas, la gripe puede ser difícil de distinguir de una enfermedad respiratoria aguda causada por diversos virus o por *Mycoplasma Pneumoniae*.

La faringitis *estreptococcica* grave y la neumonía bacteriana pueden dar la impresión de gripe aguda, aunque las neumonías bacterianas no suelen tener una evolución que se resuelva de manera espontánea. Un aspecto diagnóstico importante de la neumonía bacteriana es el esputo purulento donde se puede identificar el microorganismo causante por medio de la tinción de gram.

### Objetivos

Evaluar los resultados en pacientes mayores de 15 años con influenza A en atención ambulatoria, servicios de urgencias y emergencias médicas que siguieron el protocolo con oseltamivir y saturometría durante el período estacional e invernal.

Ver las mejoras significativas en la reducción de días de reposo, sintomatología, menor utilización de

descongestivos, antitérmicos o analgésicos, antibióticos y reducción de complicaciones de la gripe A o enfermedades tipo influenza, como la detección del síndrome de distress respiratorio agudo o la neumonía aguda de la comunidad, la bronquiolitis y la enfermedad respiratoria aguda grave. Además de reducir el número de derivaciones para evaluación e internaciones en centros hospitalarios.

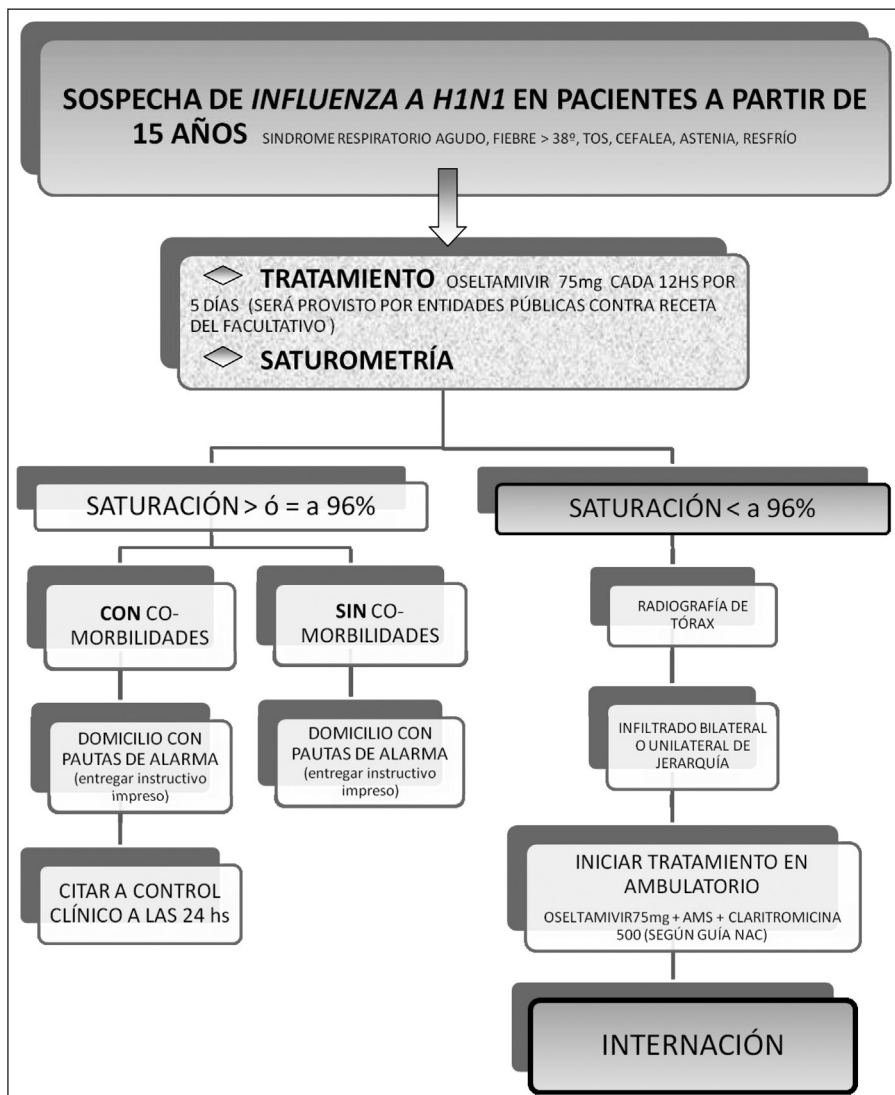
**Métodos**

Realizar un estudio de investigación clínico experimental aleatorio o randomizado en tres grupos de pacientes mayores de 15 años con influenza A o enfermedad tipo influenza, usando protocolo de oseltamivir 75 mg vía oral cada 12 h, durante 5 días, con medición de saturometría igual o mayor a 96%, sin comorbilidades; y otro grupo de pacientes con protocolo de oseltamivir 75 mg por vía oral cada 12 h,

durante 5 días, con medición de saturometría igual o mayor a 96%, con comorbilidades y compararlos con otro grupo de pacientes que reciban tratamiento estándar para la influenza A o enfermedades de tipo influenza A.

Realizar otro estudio de investigación clínico experimental aleatorio randomizado en dos grupos de pacientes mayores de 15 años con influenza A o enfermedad tipo influenza usando protocolo con oseltamivir 75 mg vía oral cada 12 h, más amoxicilina 1g por vía oral cada 12 h, más claritromicina 500 mg por vía oral cada 12 h, con medición de saturometría menor a 96% más radiografía de tórax durante 10 días más o menos 2 días, comparándolos con otro grupo de pacientes que reciban tratamiento estándar para la influenza A o enfermedades de tipo influenza durante el periodo estacional e invernol, más el análisis del comportamiento de los eventos,

**Figura 2.** Manejo clínico ambulatorio



resultados y conclusiones. Figura 2.

Los pacientes con sospecha de influenza A H1N1 en consulta ambulatoria que presentan síndrome respiratorio agudo, fiebre > 38, tos, cefalea, astenia, resfrío deben iniciar tratamiento antiviral oseltamivir 75 mg cada 12 h durante 5 días y saturometría, además del tratamiento de apoyo.

Si la saturación es > a 96% con comorbilidades (asma, HTA, diabetes, cardiopatías, ePOC, insuficiencia renal crónica, tabaquismo, embarazadas) se realiza tratamiento ambulatorio domiciliario, se dejan pautas de alarma (fiebre > 38, disnea, taquipnea, shock, alteración del sensorio, compromiso hemodinámico) y se cita control clínico a las 24 h.

Si la saturación es > a 96% sin comorbilidades se realiza tratamiento ambulatorio domiciliario y se dejan pautas de alarma.

Si la saturación es < a 96%, se solicita radiografía de tórax para buscar infiltrado bilateral o unilateral de jerarquía (reforzamiento hilio-basal, lesiones inflamatorias, signos de hiperinsuflación, otras) y se inicia tratamiento ambulatorio con oseltamivir 75 mg + AMS + claritromicina 500 mg durante 10 días. Ante una mala respuesta se indica internación en centro hospitalario.

### ¿Qué tratamientos están disponibles para la influenza?

En los individuos sanos la influenza suele ser autolimitada. El tratamiento de la enfermedad no complicada en los sujetos sanos es de apoyo e incluye antipiréticos (paracetamol, ibuprofeno), antitusivos (dextrometorfano, codeína, bromexina, hereda hélix), descongestivos nasales (pseudoefedrina), la adecuada ingesta de líquidos, reposo y no asistir al trabajo o a la escuela hasta 24 h después de la resolución de la fiebre, para limitar el contagio a otras personas. Figura 3.

**Figura 3.**

#### ¿A quiénes se les debe prescribir antivirales para el tratamiento de la gripe?

Individuos en riesgo de complicaciones relacionadas con la gripe:

- Adultos > 65 años
- Personas con afecciones crónicas subyacentes (enfermedades crónicas del corazón, pulmón, riñón, hígado, sistema nervioso, metabólicas, como la diabetes).
- Individuos con inmunidad reducida (período posquimioterapia, asplenia, tratamiento prolongado con esteroides, disfunción esplénica o infección por VIH).
- Embarazadas, incluso hasta 2 semanas después del parto.
- Personas con obesidad mórbida (índice de masa corporal >40).
- Personas admitidas en el hospital con influenza sospechada o confirmada.

Basado en la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

### ¿Cómo se puede prevenir la influenza?

#### Vacunación

La vacunación es el medio más eficaz para prevenir la gripe y sus complicaciones. Es posible que la inmunidad que se desarrolla en una temporada de influenza no brinde protección en los años siguientes debido a los cambios en las cepas circulantes, en el desvío antigénico y la disminución de la inmunidad. Las vacunas contra la influenza se actualizan anualmente con la inclusión de las cepas virales que se prevé que van a circular en el invierno. Las vacunas inactivadas no causan la enfermedad de la influenza y son seguras durante el embarazo.

#### Quimioprofilaxis antiviral

La influenza puede prevenirse o reducirse haciendo profilaxis posexposición (PEP) con antivirales (oseltamivir y zanamivir). NICE recomienda que cuando la influenza está en circulación se deben administrar antivirales en las siguientes situaciones:

- Grupos de riesgo.
- Personas que tuvieron contacto con personas con sospecha de influenza (es decir que viven en el mismo hogar, o residencial).
- Iniciar profilaxis dentro de las 48 h (oseltamivir) o 36 h (zanamivir) del contacto.
- Los que no han sido vacunados o que han sido vacunados en <14 días desde el contacto, o si existe un desajuste significativo entre la vacuna y las cepas circulantes o durante un brote en un ambiente cerrado, independientemente de si hubo o no vacunación.

La dosis recomendada de oseltamivir para la profilaxis de la influenza en adultos y adolescentes mayores de 13 años en contacto estrecho con un individuo infectado es de 75 mg 1 vez al día durante 10 días. La terapia debe comenzar dentro de los 2 días de exposición. La seguridad y eficacia han sido demostradas hasta 6 semanas. La duración de la protección se extiende durante el tiempo que dure el tratamiento.

#### Conclusiones

La influenza continuará afectándonos quizás por varios años. Debemos asumir de manera integral la capacidad de respuesta, en términos de políticas y programas. Esto incluye, desde luego, la detección y confirmación de casos, así como su manejo clínico ambulatorio oportuno y eficaz. Pero, al mismo tiempo, debemos considerar los aspectos de orientación estratégica de los servicios de salud, la organización institucional, la articulación de la atención médica y la salud pública.

*“Estas recomendaciones pueden no ser apropiadas para todas las circunstancias. La decisión que se tome sobre su aplicación deberá ser realizada a criterio profesional, de los recursos disponibles y las circunstancias en cada caso en particular”.*

**Bibliografía**

1. Cuestas ML. Desde los astros y el frío hasta el virus pandémico de la influenza A (H1N1): una amenaza permanente para la humanidad. *Revista Arg de Microbiología* 2016; 48 (3): 185-186.
2. Rezzónico R, Menzica C, Rezzónico M. Auditoría Médica y Garantía de Calidad de la Gestión Sanitaria. *Ediciones Journal* 2016.
3. Zegarra J, Meza M, Porras W. Carla cornejo. Morbilidad y mortalidad de los pacientes con síndrome de distress respiratorio agudo/injuria pulmonar aguda por Influenza A H1N1 que requirieron soporte cardiopulmonar en un hospital. *Revista Med Herediana* 2012; 23: 23-29.
4. Wainshtok Tomás DM, Carnot Pereira JA, González Velásquez N. Morbilidad en pacientes ingresados con sospecha de influenza A H1N1 en el Hospital Miguel Enríquez. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2012; 11 (1): 120-129.
5. Agudelo C CA. Algunas lecciones de la Influenza A (H1N1). *Revista de Salud Pública (Bogota)* 2009; 11 (5): 687-687.
6. Kumate-Rodríguez J. Pandemia de influenza A (H1N1) 2009. *Revista Cirugía y Cirujanos* 2009; 77 (3): 165-166.
7. Farreras Valentí P, Rozman C, Cardellach López F. *Medicina Interna*. Decimosexta Edición. Barcelona. El servier España, SL 2009.
8. Fauci AS, Brawald E. *Harrison Principios de Medicina Interna* 17° Edición. Editorial Mc Graw Hill 2008.
9. Rubinstein A, Terrasa S. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Editorial Panamericana 2° edición 2008.
10. Rubinstein E, Zárate M, Carrete P, Deprati M. *Manual de Terapéutica Ambulatoria*. Fund MF. Medicina Familiar. Hospital Italiano 2008.
11. Lemus JD, Araguez Oroz V. *Auditoría Médica, un enfoque sistémico*. Buenos Aires. Librería de la ciencia 2004.