



Asociación Madrileña de Pediatría  
de Atención Primaria  
AMPop



Sociedad de Pediatría  
de Madrid y Castilla - La Mancha



sepeap  
Sociedad Española de  
Pediatría Extrahospitalaria  
y Atención Primaria

## **Propuestas de las asociaciones científicas madrileñas de Pediatría para paliar los efectos de la nueva gripe A-H1N1.**

---

Las asociaciones científicas de Pediatría de Madrid queremos comentar algunas medidas que consideramos adecuadas para mejorar la organización y la atención a los niños en los centros de salud durante la previsible pandemia de gripe A en el próximo otoño.

Pensamos que la epidemia de gripe A probablemente tendrá su máxima incidencia a partir de primeros de septiembre, cuando abran las guarderías, y seguirá creciendo conforme empiecen las clases en los colegios e institutos, propagándose la enfermedad rápidamente a toda la población susceptible. Creemos que nos enfrentaremos a una situación peor que la que sufrimos el invierno de 1996 con el brote de enfermedad invasora por meningococo C (salvando las diferencias en la mortalidad de una y otra enfermedad). En aquellas fechas se produjo una situación de pánico entre la población que se desarrolló muy rápidamente (en días) sin haberse previsto por las autoridades sanitarias, con falta de información a los profesionales y falta de coherencia en las decisiones que se tomaron.

El 80 % de los casos de la nueva gripe A tendrán lugar en menores de 30 años<sup>1</sup>. Habrá un aumento de morbimortalidad infantil y los padres buscarán respuestas convincentes, como vacunas y fármacos antivirales, para sus hijos. Los profesionales de Atención Primaria (AP) necesitaremos disponer de directrices escritas claras y consensuadas sobre qué hacer en cada "caso tipo" para sustentar nuestras recomendaciones.

Pensamos que es acertada la idea de la Consejería de Sanidad madrileña de crear un grupo de trabajo específico para valorar la estrategia a desarrollar ante la gripe A en los niños pequeños. La gripe en los niños presenta algunas características diferenciales que se deben considerar y que aconsejan hacer un **protocolo específico para este grupo de edad** (tanto para vacunación y quimioprofilaxis como para diagnóstico y tratamiento) **en colaboración con las sociedades científicas de pediatría, en el que siempre deben ser incluidos representantes de Pediatría de Atención Primaria**, dada la prevista gran repercusión de esa pandemia a este nivel.

Entre estas características queremos destacar :

- Complicaciones más frecuentes y/o graves: sobre todo en niños menores de 2 años. Hasta la fecha los niños no están considerados como un grupo de riesgo en los protocolos de la Comunidad de Madrid, siendo sin embargo designados como grupo de riesgo en otros protocolos consultados<sup>1,2</sup>.
- Diagnóstico más difícil: por un lado porque el cuadro clásico (ver definición de caso) puede no darse sobre todo en los menores de un año, que en cambio pueden presentar

otros síntomas más inespecíficos<sup>2,3</sup> ( fiebre, irritabilidad, letargo, etc.) con progresión muy rápida a cuadros graves (algunos protocolos aconsejan la hospitalización en los menores de 1 año) y por otro, porque los niños presentan a lo largo de los meses de otoño-invierno múltiples episodios febriles con sintomatología compatible con la definición de caso.

- Aunque se ha aprobado, tanto por la FDA como por la EMEA, la utilización como uso expandido o de emergencia de oseltamivir en menores de 1 año, la escasa experiencia aconseja una mayor vigilancia y establecer criterios claros de tratamiento en ese grupo de edad, especialmente dada la elevada frecuencia de efectos secundarios en los niños comunicada recientemente<sup>4,5</sup>

Además de colaborar en este protocolo tenemos **algunas propuestas concretas** que podrían mejorar la labor asistencial:

#### 1. Respecto a la **vacunación antigripal**:

Aunque la vacuna contra la gripe estacional no se espera que proporcione una protección significativa contra este virus nuevo de la gripe A (H1N1), se están realizando estudios para determinar si puede ofrecer una protección parcial. Hasta que no se disponga de la nueva vacuna pensamos que se debería valorar, por los comités de vacunas, la posibilidad de ampliar las recomendaciones y adelantar la campaña de la vacunación de la gripe estacional. La Academia Americana de Pediatría aconseja vacunar anualmente a todos los niños y adolescentes de 6 meses a 18 años de edad de la gripe estacional<sup>6</sup>.

También consideramos que las sociedades pediátricas de AP deben participar en el diseño y organización de la campaña de vacunación frente al nuevo virus H1N1<sup>7</sup>.

#### 2. Respecto a las **medidas para disminuir el contagio**:

Creemos que habría que valorar la posibilidad de aconsejar institucionalmente a los padres de niños menores de 2 años pertenecientes a los diversos grupos de riesgo (como prematuros, niños con displasia broncopulmonar, con broncoespasmo de repetición en tratamiento preventivo a largo plazo con corticoides inhalados o antileucotrienos, diabetes mellitus, epilepsia, discapacidad psíquica o física grave, seropositivos para el VIH o los que padecen cualquier otra enfermedad crónica debilitante<sup>2,3</sup> que no acudan a la guardería o escuela infantil durante el mes de septiembre, al menos, para evitar la transmisión masiva y simultánea de la nueva gripe . Muchos pediatras en nuestras consultas ya lo estamos aconsejando, pero creemos que sería conveniente valorar por los comités de expertos realizar también una recomendación oficial en este sentido.

Las recomendaciones sobre aislamiento en domicilio (permanencia en casa antes de reiniciar la actividad escolar) y el uso de mascarillas también se complican en el caso de los niños: ¿lo hacemos en todos los episodios febriles con sintomatología compatible con gripe A? En la práctica no parece operativo (muchas familias tendrán dificultades para prever el cuidado de los niños en casa durante un periodo de tiempo importante cada vez que tengan fiebre; ¿qué sentido tiene mantener a un niño en casa mientras su/s hermano/s siguen acudiendo a la escuela, siendo como es en la realidad casi imposible mantener *separados* a los hermanos dentro del domicilio familiar) ni factible (¿cómo

conseguir que los lactantes o niños pequeños mantengan las mascarillas bien puestas más allá de unos pocos minutos?). Es necesario revisar estas recomendaciones.

También creemos necesario revisar (y seguramente anular) las recomendaciones de aislamiento individual de pacientes sospechosos de padecer gripe A en los propios centros de salud. Además de que es una medida materialmente imposible de llevar a la práctica en muchos centros incluso para casos esporádicos, es de una eficacia dudosa en la situación actual de extensión de la gripe A.

Consideramos muy conveniente, tanto para disminuir la transmisión como para evitar la saturación de los centros sanitarios, potenciar la consulta telefónica, tanto con teléfonos dedicados en exclusiva a responder a las dudas de la población (*call-centre*) como en la atención por los propios profesionales de los centros de AP a la población a su cargo. Asimismo debería diseñarse una web, quizás única para todo el país, donde acudir para encontrar respuestas a las preguntas más frecuentes e incluyendo un formulario de autoevaluación de la gravedad de los síntomas y la actitud a seguir según la puntuación obtenida, como ya hace el National Health Service (NHS) británico<sup>8</sup>.

### 3. Respecto a las medidas para **mejorar el diagnóstico**:

Creemos que va a ser realmente imposible hacer el diagnóstico diferencial entre la infección por el virus de la nueva gripe y los demás tipos de infección respiratoria a partir exclusivamente de los datos clínicos; los niños pequeños padecen enfermedades febriles que cumplen los criterios diagnósticos de la gripe A cada pocos días. Habría que recomendar aislamiento a miles de niños sin confirmación del diagnóstico, con procesos distintos a la gripe A pero indistinguibles clínicamente. Ello daría lugar a reiterados problemas para los padres al tener que mantener aislados a los niños incluso varias veces durante el curso, además de múltiples ausencias escolares en niños mayores con el consiguiente impacto socioeconómico. Si son niños pequeños asmáticos (padece asma el 10% de la población infantil) o con cualquier otro factor de riesgo<sup>2,3</sup> con sospecha de gripe A, tendríamos que administrarles antivirales (oseltamivir) cada vez que vinieran con fiebre y tos este otoño, por lo que cada niño concreto podría acabar recibiendo varios tratamientos con antivirales de forma sucesiva.

Insistimos en que los niños menores de dos años son considerados en los protocolos internacionales como población de riesgo<sup>1,2</sup>. Para evitar esta situación de incertidumbre diagnóstica y terapéutica pensamos que podríamos disponer en cada consulta de Pediatría de un **kit de diagnóstico rápido de gripe A**<sup>9,10</sup> que discrimina si es un virus de la gripe el causante de la fiebre. Son muchos los virus que producen fiebre a los niños pequeños en esta época y sería importante poder saber si el virus concreto que tiene un niño en ese momento es un virus de la gripe o no. Si el test fuera negativo tranquilizaríamos a los padres para que no acudan al hospital buscando confirmación diagnóstica y tratamiento, libraríamos al niño de los efectos secundarios de una medicación innecesaria y no generaríamos más resistencias en los antibióticos<sup>3</sup> ni en los antivíricos prescritos empíricamente. El costo de cada test diagnóstico individual de gripe es de unos 11 a 17 euros, dependiendo de las marcas comerciales, más barato que el tratamiento con antivíricos (y/o con antibióticos).

Desgraciadamente para el caso del nuevo virus A/H1N1 no se conocen los datos respecto a la sensibilidad de estas pruebas diagnósticas, pero algunos datos previos apuntan que no superarían el 50%, especialmente en pacientes con síntomas leves<sup>9</sup>. Su ventaja es su alto valor predictivo positivo en época de escasa incidencia de gripe estacional y su inconveniente es su baja sensibilidad, que en el caso de la nueva gripe se considera que no son útiles como prueba de cribado. En los niños en AP lo usaríamos para discriminar si la fiebre es por virus de la influenza A o B y podríamos así pautar tratamiento sin tener que derivarlos al hospital en los casos requeridos.

4. Como propuestas para **mejorar la organización en los centros de salud** queremos destacar las siguientes:
- En caso de sobrecarga asistencial extraordinaria, es necesario priorizar la atención según criterios clínicos por lo que pensamos que deberían ser las/os enfermeras/os los responsables de hacer una evaluación inicial del estado de los niños con fiebre y/o síntomas compatibles que acudan al centro; esta evaluación incluiría constantes como temperatura, frecuencia respiratoria y saturación transcutánea de oxígeno; esto permitiría detectar precozmente a los niños con peor situación clínica y priorizar su atención final.
  - Parte del Programa de Salud Infantil podría posponerse durante las peores semanas del pico epidémico para facilitar la atención a los niños enfermos y además para evitar contagios en niños pequeños sanos en las salas de espera.
  - En aquellos centros con disponibilidad de espacio físico se deberían habilitar consultas especiales para atender a los niños sanos especialmente lactantes pequeños (sin fiebre y/o sin tos) con salas de espera independientes. Obviamente esta medida será posible en la medida que las condiciones físicas de cada centro lo permitan.
  - Se debería disponer en todas las consultas del material de protección necesario, dispensadores individuales de alcohol-gel para el lavado de manos, elementos de diagnóstico y tratamiento, y para la eliminación segura de residuos.
  - Debería aumentarse la disponibilidad de pulsioxímetros para cada consulta en los centros de salud. Es una herramienta sencilla, barata, rápida y de máxima fiabilidad para el *triage* de la gravedad en las infecciones respiratorias. Esto permitiría una mayor eficacia en la selección de los pacientes a derivar a atención especializada.
  - Debería aumentarse la disponibilidad de bombonas de oxígeno portátiles en los centros de salud y en las ambulancias ordinarias ya que se precisarán con mayor frecuencia para tratar y en su caso derivar a los enfermos graves lo antes posible.
  - En relación al tratamiento con antivirales consideramos que es necesario garantizar un rápido acceso al tratamiento en los casos necesarios. Los niños menores de un año precisarían que dispongamos del medicamento en jarabe<sup>11,12,13</sup>. A los niños mayores de un año se les puede administrar el antiviral oseltamivir abriendo las cápsulas. La eficacia de los antivirales es mayor cuanto más precoz es el comienzo de su administración<sup>14,15</sup>. Es conveniente iniciar el tratamiento en las primeras 48 para lo cual sería conveniente o bien disponer de una pequeña cantidad de antivirales en cápsulas y en suspensión en los centros de salud (en algunos centros de salud

disponemos ya de cápsulas pero no de jarabes) o bien garantizar un circuito de dispensación rápida desde los servicios de farmacia de las áreas de Atención Primaria o a través de las oficinas de farmacia.

#### 5. Medidas en la **áreas de gestión, salud pública y comunicación:**

- Todas las medidas y recomendaciones podrán ser modificadas para adaptarse a la evolución de la situación. Para ello se mantendrá en actividad permanente un equipo de vigilancia y coordinación al más alto nivel.
- Es vital desarrollar definiciones de “caso”, “factores de riesgo” y “criterios de gravedad y derivación”, muy claros y precisos. La definición de “caso” debe ser clara y no dejar abierta la puerta para catalogar cualquier infección respiratoria, o casi cualquier infección, como sospechosa de gripe A. Los “factores riesgo” deben aclarar las situaciones de riesgo real, basado en pruebas, y, por ejemplo, aclarar el papel del asma y otras situaciones como el broncoespasmo o la hiperreactividad bronquial y la bronquiolitis, distintas fisiopatológicamente, pero clínicamente solapadas a veces.
- Debe establecerse las indicaciones precisas de uso de antivirales, evitando el uso indiscriminado, el abuso y sin dejar a los profesionales al “pié de los caballos” dejándoles la responsabilidad de tener que “interpretar” indicaciones ambiguas a la vez que se resiste la presión de los usuarios que creen tener derecho a “todo”.
- La Consejería debería dirigir a la población información y mensajes claros y no ambiguos, llamando a: la calma, la confianza en el sistema sanitario, y sobre todo al uso razonable de los servicios y centros sanitarios, sin buscar simplemente “quedar” bien, sino apelando a la responsabilidad de los propios usuarios. Los usuarios deben saber que “ante cualquier síntoma menor de enfermedad” no deben acudir a los centros, sino la observación y autocuidados domiciliarios y en todo caso usar el teléfono para contactar con la enfermera o el médico.
  - o Como opción complementaria a lo anterior sería muy útil que la Consejería desarrollase (de forma consensuada con otras CCAA) documentos tipo guión o argumentario para servir de referencia a la hora de que las Unidades Administrativas de los centros y sanitarios informen a la población.
  - o La Consejería debería gestionar ante las instancias que sean competentes, que los padres que tengan que ausentarse de sus trabajos para cuidar a sus hijos enfermos puedan obtener los permisos y justificaciones ante sus empresas, sin necesidad de tener que acudir a los médicos de familia/pediatras para cumplimentar este trámite.
- La Consejería deberá habilitar y mantener activo y ágil un canal directo de comunicación con los profesionales. Éstos deben estar al tanto de lo último a través de la Consejería y no tener que recurrir a medios externos (como por ejemplo, los medios de comunicación generalistas).

6. En relación a la **estructura y organización de la AP en Madrid** consideramos que mientras dure la pandemia de gripe A los centros de salud necesitarán todo el soporte y cercanía posible de las gerencias y no sería el momento oportuno para realizar cambios estructurales importantes de ningún tipo. Pensamos que la adecuada coordinación entre la Consejería, las gerencias y los centros de salud sería imposible si se altera la estructura vigente en el momento que los ciudadanos más necesitan nuestro apoyo. Creemos que intentar organizar las nuevas gerencias de atención primaria del área única sanitaria madrileña puede esperar (como dijo San Ignacio: "en tiempos de tribulación no hacer mudanza").

**Autores** (por orden alfabético): Ángel Carrasco Sanz, Juan Bravo Acuña, María García-Onieva Artazcoz, M.<sup>a</sup> Jesús Geijo Rincón, Julia Hernández Delgado, Ángel Hernández Merino, Paloma Hernando Helguero, Inés Hidalgo Vicario, Marien Lorente Miñarro, Manuel Merino Moína, Juan Rodríguez Delgado, Begoña Rodríguez-Moldes Vázquez, Concha Sánchez Pina.

## Bibliografía

---

- <sup>1</sup> Influenza A(H1N1) 2009 pandemic ECDC interim risk assessment 20 July 2009. [Consultado el 24/07/2009]. Disponible en [http://ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Health\\_topics/090720\\_Influenza\\_A\(H1N1\)\\_Risk\\_Assessment.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Health_topics/090720_Influenza_A(H1N1)_Risk_Assessment.pdf)
- <sup>2</sup> Directrices provisionales para médicos sobre prevención y tratamiento de niños pequeños con infecciones por el virus nuevo de la influenza tipo A (H1N1). [consultado el 24/07/2009]. Disponible en <http://www.cdc.gov/h1n1flu/espanol/medicos-tratamiento-ninos.htm>
- <sup>3</sup> Pandemic flu: clinical management of patients with an influenza-like illness during an influenza pandemic. Provisional guidelines from the British Infection Society, British Thoracic Society, and Health Protection Agency in collaboration with the Department of Health. Thorax. 2007;62(Suppl 1):i1-i13. doi: 10.1136/thx.2006.073080. [consultado el 31/07/09]. Disponible en <http://www.brit-thoracic.org.uk/Portals/0/Clinical%20Information/Influenza/Guidelines/pandemicflupdf07.pdf>
- <sup>4</sup> Kitching A, Roche A, Balasegaram S, Heathcock R, Maguire H. Oseltamivir adherence and side effects among children in three London schools affected by influenza A(H1N1), May 2009 - an internet-based cross-sectional survey. Eurosurveillance. 2009;14 (30). [consultado el 31/07/09]. Disponible en <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19287>
- <sup>5</sup> Wallensten A, Oliver I, Lewis D, Harrison S. Compliance and side effects of prophylactic oseltamivir treatment in a school in South West England. Eurosurveillance. 2009;14 (30).

---

[consultado el 31/07/09]. Disponible en <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19285>

- <sup>6</sup> Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2009. MMWR. Recommendations and Reports. 2009;58(RR08);1-52. [consultado el 31/07/09]. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5808a1.htm>
- <sup>7</sup> CDC. Centers for Diseases Control and Prevention. Novel H1N1, Vaccination Recommendations (actualizado el 30/07/2009; consultado el 04/08/2009). Disponible en <http://www.cdc.gov/h1n1flu/vaccination/acip.htm>
- <sup>8</sup> NHS. Alert: Important information about swine flu. (consultado el 04/08/2009). Disponible en <http://www.nhs.uk/AlertsEmergencies/Pages/Pandemicflualert.aspx>
- <sup>9</sup> Eiros Bouza JM, García Bermejo I, Pérez Sáenz JL. Uso de pruebas diagnósticas para el diagnóstico de la nueva gripe A/H1N1. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 29/07/09. Protocolo sin publicar.
- <sup>10</sup> Clemente Garulo D, Domínguez Ortega G. Pruebas para la detección rápida del virus de la gripe (v.2/2008). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. [actualizado el 29/12/2008; consultado el 04/08/2009]. Disponible en [http://infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/](http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/)
- <sup>11</sup> Emergency use authorization of Tamiflu®: fact sheet for patients and parents.[consultado el 24/07/09]. Disponible en <http://www.cdc.gov/h1n1flu/eua/pdf/tamiflu-patients.pdf>
- <sup>12</sup> Interim Guidance for emergency use of oseltamivir (Tamiflu®) in children under one year of age in the context of 2009 (H1N1) pandemic. Public Health Agency of Canada.[consultado el 31/07/09]. Disponible en <http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/swine-porcine/guidance-orientation-07-20-eng.php#ref>
- <sup>13</sup> Uso de oseltamivir y zanamivir en niños en cualquier edad, en mujeres gestantes y mujeres en periodo de lactancia y en personas con problemas de deglución. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Política Social. [consultado el 03/07/2009]. Disponible en [http://www.agemed.es/actividad/documentos/notasPrensa/docs/2009/NI\\_Oseltamivir-Zanamivir.pdf](http://www.agemed.es/actividad/documentos/notasPrensa/docs/2009/NI_Oseltamivir-Zanamivir.pdf)
- <sup>14</sup> Hernando Helguero P. Gripe. Fármacos antivirales para el tratamiento y la prevención (v.2/2008). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea][actualizado el 20/11/2008; consultado el 04/08/2009]. Disponible en [http://infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/](http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/)
- <sup>15</sup> Ficha técnica o resumen de las características del producto. [consultado el 27/07/09]. Disponible en <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/tamiflu/emea-combined-h402es.pdf>