

RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS PANDÉMICO (H1N1) 2009 Y LA ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

(Versión 1. Recomendaciones provisionales sujetas a actualización según se disponga de nueva información científica)

OCTUBRE 2009



**GOBIERNO
DE ESPAÑA**

**MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL**

GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

En representación del Grupo de Trabajo, han elaborado este documento:

- Juan de Dios Alcántara (Sevilla)
- José M^a Molero García (Madrid)
- M^a Lluïsa Morató Agustí (Barcelona)
- Joan Puig Barberà (Castellón)
- Jesús Redondo Sánchez (GdT de infecciosas de SoMaMFyC)

Con la colaboración del resto de miembros del Grupo de Trabajo semFYC:

- Javier Arranz Izquierdo (Palma de Mallorca)
- M^a Luisa Cigüenza Fuster (Palma de Mallorca)
- Marina Cid Sueiro (Vigo)
- Josep M^a Cots Yago (Barcelona) **Coordinador del GdT**
- Guillermo García Velasco (Asturias)
- Manuel Gómez García (Madrid)
- M^a Isabel Gutiérrez
- Maria Eulalia Lucio-Villegas Menéndez (Sevilla)
- M^a José Monedero Mira (Castellón) **Secretaria del GdT**
- Jesús Ortega Martínez (La Rioja)
- Coro Sánchez Hernández (Pontevedra)

Revisores:

- Laura Sánchez-Cambronero Cejudo
- María Victoria Martínez Díaz
- María Jiménez Muñoz
- Carlos Risco Risco

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. CRITERIOS DE ATENCIÓN EN LOS CENTROS.....	4
2.1 DEFINICIÓN DE CASO.....	4
2.2 VALORACIÓN CLÍNICA PRESENCIAL.....	4
2.3 TIPO DE VALORACIÓN CLÍNICA.....	6
2.4 CRITERIOS DE DERIVACIÓN PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	6
2.5 SEGUIMIENTO CLÍNICO.....	7
3. USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	7
4. MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO.....	7
4.1 FÁRMACOS ANTIVIRALES, TRATAMIENTO Y PROFILAXIS.....	7
4.2 VACUNACIÓN DE LA GRIPE ESTACIONAL Y PANDÉMICA.....	8
5. CONSEJOS ORGANIZATIVOS.....	8
5.1 ORGANIZACIÓN DEL TRIAGE EN LOS CENTROS.....	8
5.2 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN.....	8
5.3 NECESIDAD DE REORGANIZACIÓN EN LOS CENTROS.....	9
6. BIBLIOGRAFÍA.....	11
7. ANEXOS.....	13

1. INTRODUCCIÓN

Los datos disponibles en la actualidad sobre la evolución de la infección por el virus pandémico (H1N1) 2009 en las diferentes regiones del mundo indican que la enfermedad produce una morbi-mortalidad del mismo orden de magnitud o discretamente inferior a la gripe estacional. En este momento la infección por el virus pandémico (H1N1) 2009 se puede considerar una enfermedad muy contagiosa, similar a la estacional, pero leve.

Teniendo en cuenta estas circunstancias y para realizar de una forma más eficiente el manejo clínico de los casos de gripe en los centros de salud se realizan las siguientes recomendaciones.

2. CRITERIOS DE ATENCIÓN EN CENTROS

2.1 Definición de caso

La definición actual de caso sospechoso es:

<p>1. <u>Inicio súbito</u></p> <p>2. <u>Y, al menos uno</u> de estos síntomas generales: <input type="checkbox"/> Fiebre superior a 38 °C o febrícula</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Malestar general<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza<input type="checkbox"/> Dolores musculares <p>3 <u>Y, además, al menos uno</u> de estos síntomas respiratorios:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tos<input type="checkbox"/> Dolor de garganta<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <p>4. <u>Ausencia de otra sospecha diagnóstica</u></p>
--

Pueden ir acompañados de diarrea y vómitos.

La presencia de neumonía es criterio de caso sospechoso.

Los datos disponibles en pacientes infectados por el virus pandémico (H1N1) 2009 sin complicaciones, indican que estos enfermos tienen síntomas similares a los de los la gripe estacional, con pocas excepciones.

2.2 Valoración clínica presencial

Se clasificará a los pacientes en dos grupos en función de su pertenencia a grupos de riesgo de complicaciones (ver tabla 1) y de su situación clínica en el momento de

recibir asistencia. Así se considerará pacientes de ALTO RIESGO (AR), no solo a aquellos que pertenezcan a un grupo de riesgo, sino también a aquellos que, sin pertenecer a un grupo de riesgo, presenten sintomatología mayor a criterio clínico del profesional (ver tabla 2). Se consideraran pacientes de BAJO RIESGO (BR), los no enmarcables como AR.

Tabla 1. Grupos de personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones por el virus pandémico (H1N1) 2009

- Personas de cualquier edad con una condición clínica especial:
 - Enfermedades crónicas cardiovasculares (excepto la hipertensión)
 - Enfermedades pulmonares crónicas (incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma bronquial que requiere tratamiento)
 - Enfermedades metabólicas (incluyendo DM en tratamiento farmacológico)
 - Insuficiencia renal moderada- grave
 - Enfermedad hepática crónica avanzada
 - Hemoglobinopatías y anemias moderadas- severas
 - Asplenia
 - Enfermedades neuromusculares graves
 - Inmunosupresión (incluida la originada por la infección de VIH, por fármacos o en los receptores de trasplantes).
 - Índice de masa corporal igual o mayor de 40
- Niños y adolescentes, menores de 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico
- Mujeres embarazadas

Tabla 2. Síntomas de alerta

- Dificultad para respirar
- Sensación de que le falta el aire
- Dolor torácico
- Aspecto azulado o amoratado de piel y labios
- Mareo o alteraciones de la consciencia
- Empeoramiento repentino
- Empeoramiento pasados ya 7 días de enfermedad
- Otros síntomas diferentes de los habituales de la gripe

La valoración clínica presencial se debe hacer en los pacientes de AR.

Los pacientes de BR no precisan valoración clínica presencial de inicio.

Todos los pacientes, tanto de AR como de BR, deben ser alertados sobre la necesidad de consultar de nuevo al médico en caso de presentar un empeoramiento de los síntomas (ver tabla 2).

2.3 Tipo de valoración clínica

Los pacientes con sospecha de infección por virus pandémico (H1N1) 2009, valorados clínicamente por un profesional sanitario, deberán tener registrados al menos:

- Temperatura axilar o rectal
- Presión arterial
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria.

Se recomienda medición de la saturación de oxígeno en sangre mediante pulsioximetría y la auscultación pulmonar en pacientes con signos o síntomas de dificultad respiratoria u otros signos de gravedad.

La fiebre alta, por sí sola, no es un criterio de gravedad ni de aparición de complicaciones, pero es un dato objetivo para el diagnóstico de caso probable.

2.4 Criterios de derivación para la atención hospitalaria

Se aconseja remitir para una valoración hospitalaria a los adultos con:

- Frecuencia respiratoria >30 rpm
- Saturación de O₂ ≤92%
- Frecuencia cardíaca >125 lpm
- TAS <90 mmHg o TAD <60 mmHg
- Patrón respiratorio anormal por estar exhausto
- CRB-65: ≥ 2 puntos
- Alteración en nivel de conciencia, desorientación, agitación o convulsiones
- Radiografía de tórax compatible con neumonía viral primaria, derrame pleural extenso, condensación neumónica multilobar o cavitación.
- Sospecha de neumonía por virus pandémico (H1N1) 2009 cuando la radiografía no esté disponible (persistencia de la fiebre a partir del cuarto día ó empeoramiento clínico en el período de convalecencia)

- Cualquier otro signo alarmante en su evolución a juicio del médico que le atiende

Los criterios señalados, en ningún caso han de sustituir la decisión de un profesional experimentado sobre la necesidad o no de derivar a un paciente determinado.

2.5 Seguimiento clínico

No se aconseja un seguimiento clínico periódico a los pacientes de BR.

Los pacientes clasificados como de AR se aconseja que sean seguidos telefónicamente durante las primeras 72 horas y con un control al 7º día, cuando se estima que el cuadro habrá remitido.

A todos los pacientes se les debe aconsejar sobre la consulta inmediata a un profesional sanitario si a lo largo de la evolución de la enfermedad aparecen síntomas de gravedad (ver tabla 2).

3. USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

En general, no es necesario realizarlo en Atención Primaria.

En el momento actual de evolución de la pandemia de gripe, la obtención de muestras clínicas debe limitarse a los casos graves de infección por el virus pandémico (H1N1) 2009:

- Pacientes que presentan un cuadro clínico grave compatible con infección por el virus pandémico (H1N1) 2009 que requieren ingreso hospitalario
- Pacientes con sospecha de neumonía por virus pandémico (H1N1) 2009

4. MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO

4.1 Fármacos antivirales, tratamiento y profilaxis

A la vista de la epidemiología actual de la infección por el virus pandémico (H1N1) 2009, únicamente se recomienda la administración de tratamiento con antivirales a los casos sospechosos, probables o confirmados de gripe que requieran hospitalización o a las personas que presenten un riesgo más elevado de sufrir complicaciones por la gripe.

La efectividad del tratamiento es mucho mayor si se administra en las primeras 48 horas, por lo que se recomienda iniciar el tratamiento tan pronto como sea posible. Las pautas y dosis de administración se indican en el Anexo 3.

En cualquier caso, la administración de antivirales es un acto terapéutico individual que debe ir asociado al correspondiente juicio clínico y valoración del riesgo.

En el momento actual no está indicada profilaxis con antivirales.

4.2. Vacunación de la gripe estacional y pandémica

Respecto a la indicación de vacuna de la gripe estacional, se seguirán los mismos protocolos que en los años previos.

La vacunación frente al virus pandémico (H1N1) 2009 se basará en las recomendaciones realizadas desde el Consejo Interterritorial de Salud.

5. CONSEJOS ORGANIZATIVOS

5.1 Organización de triage en los centros

Es previsible que la actual pandemia por virus pandémico (H1N1) 2009 aumente la demanda de atención por la población en los servicios sanitarios. Es necesaria una adecuada planificación al objeto de poder ofrecer una respuesta adecuada y evitar el colapso de las consultas. Una de las funciones claves de la Atención Primaria es la de reorientar el flujo de pacientes tanto internamente, en nuestro ámbito de atención, como en su adecuada derivación al hospital. Por tanto, debemos establecer **sistemas de triage presenciales y no presenciales** que permitan clasificar adecuadamente a los pacientes. Adjuntamos un posible ejemplo organizativo (Ver anexo 1).

Para realizar un uso más eficiente de los recursos asistenciales en el triage planteado deben implicarse profesionales no sanitarios (unidades administrativas) y profesionales de enfermería siguiendo los protocolos establecidos por cada Comunidad Autónoma.

Es preciso **potenciar la atención clínica telefónica** (Ver Anexo 3). En la mayoría de los pacientes la enfermedad va a seguir un curso leve y autolimitado. La atención telefónica por personal sanitario evitaría los desplazamientos innecesarios.

El triage y consejo telefónico debe orientarse hacia la vigilancia y los autocuidados responsables en patologías autolimitadas de resolución espontánea. Reforzar consejos de higiene respiratoria, lavado de manos y medidas higiénicas.

Siempre se realizará una valoración clínica presencial en los pacientes incluidos en el grupo de AR.

5.2 Precauciones para evitar la transmisión

Ante un caso sospechoso de infección por el virus pandémico (H1N1) 2009, se debe:

- Higiene de manos con agua y jabón, y/o con preparados de base alcohólica. Cuando las manos están visiblemente sucias deben lavarse con agua y jabón.

- Colocarles una mascarilla quirúrgica durante todo el tiempo que permanezcan en el centro sanitario y facilitarles pañuelos de papel y acceso a un preparado con base alcohólica para hacer la higiene de manos.
- Habilitar una zona específica de la sala de espera lo mejor ventilada posible para estos pacientes. En esta zona debe haber papeleras y lavamanos ó dispensadores de preparados con base alcohólica accesibles para realizar la higiene de manos.
- Priorizar su asistencia, de manera que se minimice el tiempo que deben permanecer en la sala de espera.
- Los profesionales sanitarios usarán, cuando atiendan al posible caso, mascarilla quirúrgica. En caso de actuaciones con riesgo de generar aerosoles, deberán ponerse un protector respiratorio de partículas (PRP), y si hay riesgo de salpicaduras el resto de elementos que conforman el equipo de protección personal (EPP).

La protección de la mucosa nasofaríngea y la higiene de manos son los dos elementos claves para la prevención de la infección y deben ser priorizados.

Los sanitarios que deban visitar a domicilio a pacientes con sospecha de gripe deben usar una mascarilla quirúrgica y seguir durante la visita las precauciones estándar, que incluye la utilización de protector ocular y bata, si hay riesgo de salpicaduras, y guantes, según el procedimiento a realizar. Así mismo deben disponer de botellas de bolsillo con preparados con base alcohólica para realizar la higiene de manos antes y después de la atención a la persona enferma.

Para más información se aconseja consultar "[Recomendaciones para la prevención de la infección en los centros sanitarios ante casos de infección por el virus de gripe A \(H1N1\) o de la gripe estacional](#)".

5.3 Necesidad de reorganización en los centros

Ante la posible sobrecarga asistencial que va a producir la infección por virus pandémico (H1N1) 2009, conviene tener preparado en los Centros de Salud un plan de actuación que incluya la organización de recursos materiales y humanos.

A continuación se expone un posible modelo de reorganización según la demanda:

- **Aumento de la demanda menor del 20%** (basándose en datos históricos): no existen evidencias científicas ni argumentos logísticos para realizar una actuación distinta a la usual de cada Centro.
- **Aumenta la demanda entre un 20 y un 30%:**
 - Aumentar los recursos de personal sanitario y no sanitario
 - Aumentar en la misma proporción las previsiones de material fungible y de transporte sanitario

Recomendaciones para profesionales de Atención Primaria

- Establecer zonas diferenciadas dentro de los centros para la atención a todos los casos sospechosos de gripe, con mascarillas en sala de espera y mascarilla y guantes en consulta
- Establecer agendas diferenciadas y suspender temporalmente todos los programas, consultas y actuaciones sanitarias demorables
- Establecer un tramo (según necesidades e incidencia) de las agendas de citación para seguimiento telefónico y de los pacientes remitidos para valoración desde el sistema de clasificación o triage
- Se estima que un 20-30% de las personas en edad laboral pueden estar de baja por esta enfermedad.

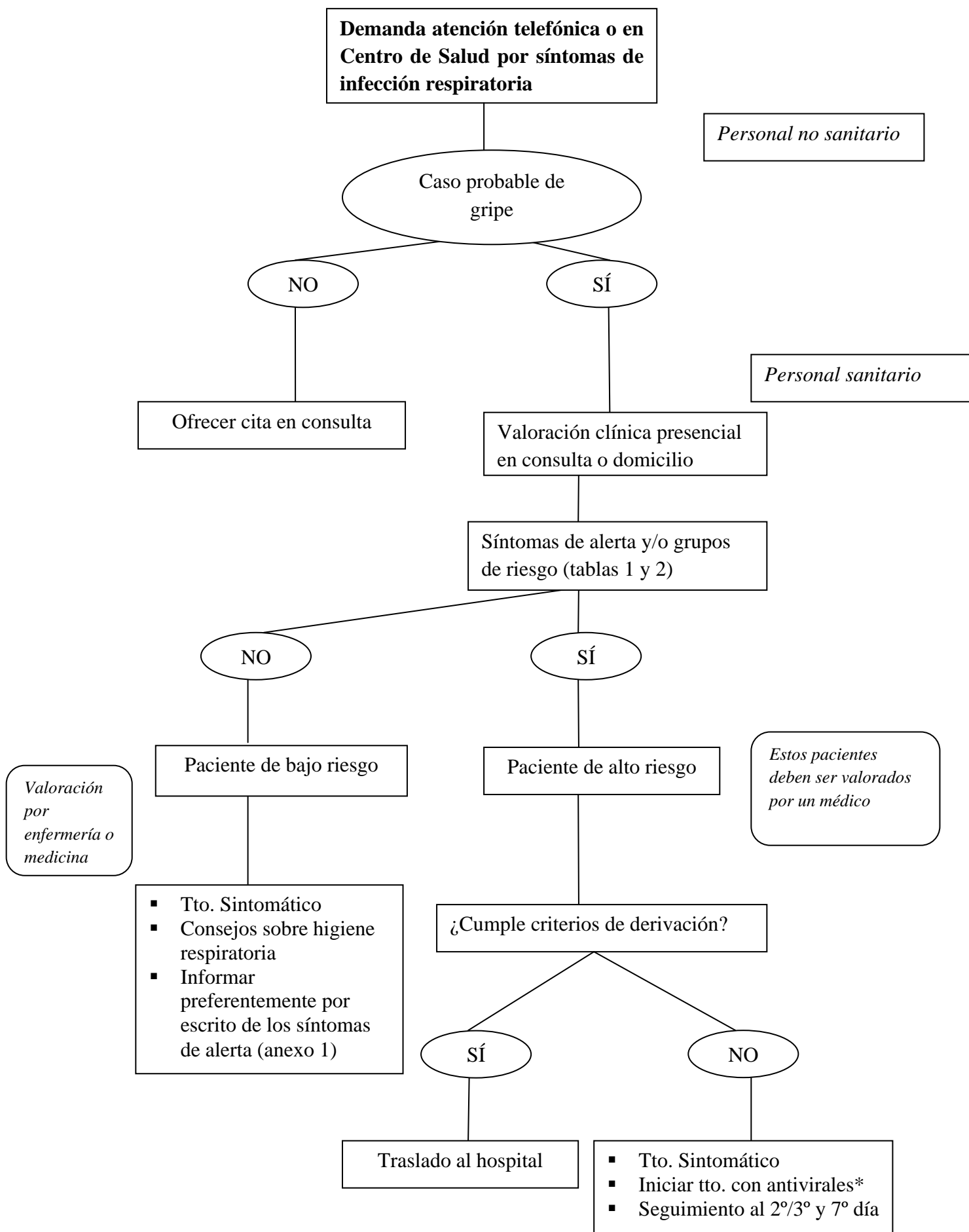
Es preciso articular medidas en la legislación laboral que permitan simplificar al máximo el trámite administrativo de baja laboral con el objetivo de no colapsar las consultas médicas con trámites burocráticos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Emergence of a Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus in Humans. *N Engl J Med* 2009; 360:2605-2615
2. Boivin G, Hardy I, Tellier G and Maziade J. Predicting influenza infection during epidemics with use of a clinical case definition. *Clin Inf Dis*. 2000;31:1166-9.
3. Izurieta HS, Thompson WW, Kramarz P et al. Influenza and the rates of hospitalization for respiratory disease among infants and young children. *N Engl J Med*. 2000; 342:232-9.
4. Call SA, Vollenweider MA, Hornung CA, Simel DL, McKinney WP. Does this patient have influenza? *JAMA*. 2005;293:987-97
5. Vaillant L, La Ruche G, Tarantola A, Barboza P, for the epidemic intelligence team at InVS. Epidemiology of fatal cases associated with pandemic H1N1. *Euro Surveill* 2009; 14(33): 1-3
6. Gilsdorf A, Poggensee G, on behalf of the working group pandemic influenza A(H1N1). Influenza A(H1N1)v in Germany: the first 10,000 cases. *Euro Surveill* 2009; 14(34)]
7. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalizations. *J Infect Dis*. 2000;181:831-7
8. 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Infections- Chicago, Illinois, April-July 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*; 58(33); 913-918;
9. Mangtani P, Mak TK, Pfeifer D. Pandemic H1N1 infection in pregnant women in the USA. *Lancet*. 2009; 374(9688):451-8
10. Hospitalized Patients with Novel Influenza A (H1N1) Virus Infection -California, April-May, 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*; 58:497
11. Neuzil KM, Reed GW, Mitchel EF, Simonsen L, Griffin MR. Impact of influenza on acute cardiopulmonary hospitalizations in pregnant women. *Am J Epidemiol* 1998;148:1094-1102.
12. Hakosalo J, Saxen L. Influenza epidemic and congenital defects. *Lancet* 1971; 2:1346-79
13. Perez R; de la Rosa D; Ponce S; Hernandez M; Quinones F; Bautista E; et INER Working Group on Influenza. Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico. *N Engl J Med*;361: 680-9
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Intensive-care patients with severe novel influenza A (H1N1) virus infection - Michigan, June 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*;58(27):749-52

15. Chowell G; Bertozzi SM; Colchero MA; Lopez-Gatell H; Alpuche-Aranda C; Hernandez M; Miller MA. Severe respiratory disease concurrent with the circulation of H1N1 influenza. *N Engl J Med*;361(7): 674-9.
16. Garske, T., Legrand, J., Donnelly, C. A, Ward, H., Cauchemez, S., Fraser, C., Ferguson, N. M, Ghani, A. C (2009). Assessing the severity of the novel influenza A/H1N1 pandemic. *BMJ* 339: b2840-b2840
17. Fine M J, Auble T E, Yealy D M, Hanusa B H, Weissfeld L A, Singer D E, et al. *N Engl J Med* 1997; 336: 243-250
18. Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Hewak B, Prabhala A, Nair S, Rivetti A. Intervenciones para frenar o reducir la propagación de virus respiratorios (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
19. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; 58: 377-382. *Thorax*. 2003; 58:377-382
20. Commissioned to inform review of NICE Technology Appraisal Guidance 58: Amantadine, oseltamivir and zanamivir for the treatment of influenza. London: National Institute for Clinical Excellence; 2009. (2009).
21. Burch J, Corbett M, Stock C, Nicholson K, Elliot AJ, Duffy S, Westwood M, Palmer S, Stewart L. Prescription of anti-influenza drugs for healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2009; 9: DOI:10.1016/S1473-3099(09)70199-9 NICE 2 Technological Appraisal Guidance N° 158, (2008).
22. Burch J, Paulden M, Conti S, Stock C, Corbett M, Welton NJ, et al. Antiviral drugs for the treatment of influenza: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2009
23. Matheson NJ, Harnden AR, Perera R, Sheikh A, Symmonds-Abrahams M. Inhibidores de la neuraminidasa para la prevención y el tratamiento de la gripe en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
24. EU Health Security Committee (HSC) / Early Warning and Response System (EWRS). Statement on Influenza A(H1N1) 2009: target and priority groups for vaccination URL: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0908_GUI_Pandemic_Influenza_Vaccines_during_the_H1N1_2009_Pandemic.pdf

ANEXO 1. TRIAGE SOSPECHA INFECCIÓN VIRUS PANDÉMICO (H1N1) 2009



Recomendaciones para profesionales de Atención Primaria

Enfermedades del corazón	Sí	No
Insuficiencia Renal	Sí	No
Enfermedades hepáticas	Sí	No
Ausencia de bazo	Sí	No
Enfermedades de la sangre	Sí	No
Enfermedades neuromusculares	Sí	No
Diabetes en tratamiento con fármacos	Sí	No
Inmunosupresión (por fármacos, VIH...)	Sí	No
Obesidad	Sí	No

Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, ir al punto 8.

Si todas las respuestas son No, ir al siguiente punto.

4. ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

Dificultad para respirar	Sí	No
Sensación de que le falta el aire	Sí	No
Dolor o presión en el pecho	Sí	No
Aspecto azulado o amoratado de piel y labios	Sí	No
Mareo o confusión	Sí	No
Empeoramiento repentino	Sí	No
Empeoramiento de los síntomas gripales a los 7 días del inicio	Sí	No

Si algunas de las respuestas anteriores es Sí, ir al punto 8.

Si todas las respuestas son No, ir al siguiente punto.

5. ¿Consideran los cuidadores que debe ser valorado por un médico? Sí No

Si la respuesta es Sí, ir al punto 8.

Si la respuesta es No, ir al punto 7.

6. No presenta síntomas compatibles con gripe o de empeoramiento, se ofrecerá cita programada en consulta.

7. La enfermedad puede ser gripe u otra enfermedad. Recomiende hidratación, reposo relativo, o paracetamol o ibuprofeno para la fiebre y los dolores de cabeza o musculares, y de advertencias sobre qué hacer si empeora y el seguimiento.

8. Este paciente debería ser evaluado por el médico (anamnesis y exploración física).

ANEXO 3

1. PREPARACIÓN y ADMINISTRACIÓN de TAMIFLU® ADOLESCENTES y ADULTOS

Tamiflu® está disponible en cápsulas duras de 30, 45 y 75 mg, así como en suspensión oral a una concentración de 12 mg/ml. Las dosis previstas en la ficha técnica de Tamiflu® para adultos y adolescentes (<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/tamiflu/emea-combined-h402es.pdf>) se muestran en la siguiente tabla:

Adultos y adolescentes	
75 mg, 2 veces al día	6,25 ml, 2 veces al día

La duración del tratamiento es de 5 días comenzando en los primeros dos días desde que aparecen los síntomas de la gripe.

A. Recomendaciones para la preparación y administración de Tamiflu® en pacientes con problemas de deglución

Los adultos, adolescentes que no puedan tragar las cápsulas duras de Tamiflu® pueden recibir las dosis apropiadas de la suspensión oral tal y como se muestra en la tabla anterior. Sin embargo, cuando la presentación comercializada de Tamiflu® suspensión oral no se pueda conseguir, se puede preparar una solución oral a partir de las cápsulas de 75 mg.

B. ¿Cómo transformar Tamiflu® 75 mg cápsulas en una solución oral?

Para conseguir una solución oral a partir de las cápsulas de 75 mg de Tamiflu®, se deberán abrir éstas vertiendo su contenido en agua potable adicionada con una pequeña cantidad de alimento edulcorado para enmascarar el sabor amargo de la mezcla. Dependiendo de la dosificación y el grupo de edad se puede transformar en diferentes volúmenes.

C. ¿Cómo dosificar Tamiflu® 75 mg cápsulas cuando se transforma en una solución oral?

En el caso de adultos y adolescentes, dado que la dosis es de 75 mg dos veces al día, abrirá una cápsula de 75 mg y se mezclará en una **cantidad pequeña de alimento edulcorado** (como máximo una 1 cucharilla de café) para enmascarar el sabor amargo. La mezcla se debe remover bien y tomar inmediatamente después de su preparación.

2. PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA SOLUCIÓN ORAL DE OSELTAMIVIR FOSFATO PREPARADA A PARTIR DE MATERIA PRIMA ALMACENADA POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las Autoridades de las Comunidades Autónomas disponen de las instrucciones para la preparación de solución oral a partir de la materia prima de Oseltamivir (fosfato). Se describe a continuación el procedimiento recomendable para administrar las dosis pertinentes a partir de la citada solución oral.

A. Recomendaciones de preparación y administración en adultos y adolescentes (de 13 a 17 años de edad)

La dosis prevista es de 75 mg, dos veces al día, que equivale a 5 ml de la solución oral dos veces al día. El sabor amargo de la solución puede ser enmascarado de manera similar a la descrita anteriormente.

3. PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE OSELTAMIVIR A PARTIR OSELTAMIVIR 30MG COMPRIMIDOS, FABRICADOS POR EL MINISTERIO DE DEFENSA

A. Recomendaciones para la preparación y administración de Oseltamivir 30 mg comprimidos en adultos y adolescentes (de 13 a 17 años de edad)

La dosis es de 75 mg, que equivale a 2 comprimidos y medio, 2 veces al día.

B. Recomendaciones para la preparación y administración de Oseltamivir 30 mg comprimidos en pacientes con problemas de deglución

Los adultos, adolescentes o niños que no puedan tragar los comprimidos pueden recibir las dosis apropiadas disolviendo previamente los comprimidos en agua (aproximadamente en 2 cucharadas soperas de agua). Para enmascarar el sabor amargo se puede añadir una cantidad pequeña (máximo una cucharadita de café) de alimento edulcorado. La mezcla se debe remover, debiéndose administrar todo el contenido al paciente. La mezcla se debe tomar inmediatamente después de su preparación.