GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Lineamientos técnicos para la prevención y control, de la influenza

El Salvador 2025

GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Lineamientos técnicos para la prevención y control de la influenza

El Salvador 2025

2025 Ministerio de Salud

Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000
Página oficial: http://www.salud.gob.sv

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Adhonorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Adhonorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud *Adhonorem*

Equipo técnico

Dr. Eddy Chacón	Dirección de Epidemiología
Dr. Héctor Ramos	
Dr. César Velásquez	
Dr. Luis Castillo Durán	Dirección Nacional de Hospitales
Dr. Jaime Enrique Cruz	Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención
Dra. Antoneta Peralta	Dirección Integral Materno Perinatal, Niñez y Adolescencia
Dra. Nataly Guevara	
Dra. Carolina Hernández	
Licda. Zulma Martínez Hernández	Dirección de Inmunizaciones
Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla	Dirección de Regulación
Dra. Graciela Baires Escobar	
Licda. Ruth Carolina Vásquez	Laboratorio Nacional de Salud Pública
Licda. Laura Arévalo Ávila	
Dra. Miriam de Lourdes Dueñas de Chicas	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dr. Rolando Cedillos	Hospital Nacional Especializado Rosales

Índice

Acuerdo		1
I.	Introducción	2
II.	Objetivos	3
III.	Ámbito de aplicación	3
IV.	Contenido técnico	3
V.	Disposiciones finales	13
VI.	Vigencia	13
VII.	Referencias bibliográficas	14

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Distrito de San Salvador y Capital de la República, 25 de agosto de 2025.

Acuerdo n.° 2179
El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud
Considerando:

I. Que el artículo 65 de la *Constitución* determina que: "la salud de los habitantes constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento".

II. Que el numeral 2 del artículo 42 del *Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo* establece que compete al Ministerio de Salud: "Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población".

III. Que los artículos 3 y 13 de la *LeydelSistemaNacionalIntegradoenSalud*establece que el Sistema Nacional Integrado en Salud, está constituido por las instituciones públicas y privadas que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, y el Ministerio de Salud, como ente rector está facultado para coordinar, integrar y regular el mismo.

IV. Que los artículos 129, 130 y 139 del *Código de Salud* declaran como de interés público, las acciones contra las enfermedades transmisibles para lo cual el Ministerio de Salud, tendrá a su cargo los aspectos de control de las mismas.

V. Que se deben establecer las disposiciones técnicas para la prevención, diagnóstico, manejo clínico y control de la influenza en El Salvador, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud, para disminuir la morbi-mortalidad y la diseminación de la enfermedad en la población.

Por tanto, en uso de las facultades legales, acuerda emitir los siguientes:

Lineamientos técnicos para la prevención y control de la influenza

I. Introducción

La influenza representa uno de los desafíos más críticos para la salud pública mundial, impactando anualmente a cerca de mil millones de personas y causando cientos de miles de muertes. Esta carga afecta de manera desproporcionada a los países de ingresos bajos y medianos, donde se registra el 99% de los fallecimientos en niños menores de cinco años. La complejidad de esta amenaza radica en la capacidad de mutación del virus, que se manifiesta en formas estacionales, pandémicas y zoonóticas, estas últimas con altos índices de mortalidad.

Es fundamental diferenciar entre las distintas formas de presentación de la enfermedad: la influenza estacional, causada por virus que circulan anualmente entre la población humana; la influenza pandémica, que emerge de forma infrecuente cuando un nuevo subtipo de virus de influenza A, para el cual la población carece de inmunidad, adquiere la capacidad de transmitirse eficientemente de persona a persona; y la influenza zoonótica, que ocurre cuando virus de origen animal infectan esporádicamente a los seres humanos. Actualmente los virus de influenza tipo A y B son los responsables de las epidemias estacionales. Entre los virus de tipo A, predominan los subtipos A(H1N1)pdm09 y A(H3N2), mientras que los virus de tipo B se clasifican en los linajes B/Yamagata y B/Victoria. Esta diversidad y la continua evolución antigénica del virus exigen una vigilancia epidemiológica y virológica constante.

El presente documento establece las directrices nacionales estandarizadas y basadas en la evidencia científica más reciente para la prevención, el diagnóstico y el manejo clínico de la influenza en El Salvador. El propósito fundamental de estos lineamientos es dotar al personal de salud y a los gestores del sistema sanitario de un marco de referencia claro y unificado que permita optimizar la atención al paciente y fortalecer la vigilancia epidemiológica y la capacidad de respuesta del Sistema Nacional Integrado de Salud. Es importante destacar que estas recomendaciones han sido cuidadosamente alineadas con las directrices globales, asegurando que la respuesta de nuestro país se integre a los esfuerzos internacionales y se beneficie de las mejores prácticas globales para mejorar los resultados en la salud de nuestra población.

II.Objetivos

General:
Establecer las disposiciones técnicas para la prevención y control de la influenza estacional y de potencial pandémico,en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud para disminuir la morbi-mortalidad y la diseminación de la enfermedad entre la población.

Específicos
1. Definir los criterios para el manejo clínico, tratamiento a prevención y control de la influenza estacional y de potencial pandémico.
2. Desarrollar las pautas para la vigilancia, detección y diagnóstico temprano de casos de influenza estacional y de potencial pandémico.
3. Estandarizar el monitoreo, asistencia técnica y evaluación para garantizar el cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos.

III. Ámbito de aplicación

El personal multidisciplinario de los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud están sujetos al cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos.

IV. Contenido técnico

1. Generalidades

1.1 Definiciones de caso: toda persona que presente uno o más de los siguientes síntomas: fiebre, tos seca, rinorrea, congestión nasal, odinofagia, dificultad respiratoria, y/o diarrea sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

1.2 Definiciones de caso de vigilancia centinela

a) **Enfermedad tipo influenza（ETI):** todo paciente de cualquier edad con una infección respiratoria aguda con temperatura medida de> 38°C o historia de fiebre y tos, con aparición en los últimos 10 días.

b) **Infección respiratoria aguda grave（IRAG):** todo paciente de cualquier edad con una infección respiratoria aguda, con historia de fiebre o fiebre medida ≥38°C y tos, con aparición dentro de los últimos diez días y que requiere hospitalización.

c) **Infección respiratoria aguda inusitada（IRAGI):** toda persona que cumpla con uno de los siguientes criterios: Infección respiratoria aguda grave (IRAG) en persona con exposición directa a animales(aves, cerdos y otros).
   - **IRA:** en persona que ha viajado durante los 10 días previos al inicio de síntomas a países donde se ha identificado la circulación de virus respiratorios nuevos o emergentes.
   - **IRAG** en un profesional de salud que ha atendido a un paciente con IRAG.
   - **IRAG** o neumonía grave que es parte de un conglomerado de IRAG.
   - **IRAG** en adultos jóvenes previamente sanos.
   - **IRAG** fallecido en grupos de riesgo (embarazadas, adultos jóvenes, menores de 8 años, con antecedente de viaje a zonas con circulación de virus de potencial pandémico en los 10 días anteriores). El plazo máximo para la toma de muestra al cadáver es de 2 horas desde el fallecimiento (tomarla siempre antes de preparar el cadáver).

2. Prevención

2.1 Vacunación contra la influenza estacional

El Ministerio de Salud a través de la Dirección de Inmunizaciones son los responsables de brindar las directrices en materia de inmunización al SNIS en cumplimiento a Las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunizaciones (SAGE) son discutidas y retomadas de acuerdo con la realidad del país a través de las reuniones con el Comité Técnico Asesor Nacional en Inmunizaciones (NITAG).

La prevención de influenza se realiza principalmente a través de vacunación anual específica contra influenza. Actualmente la vacuna que se está utilizando desde el año dos mil once, es la vacuna del hemisferio sur, debido a la estacionalidad de influenza que es similar a la de los países de suramérica.

El Salvador, cuenta con vigilancia centinela de los virus influenza circulantes cada año, la cual es utilizada para la toma de decisiones sobre la selección de la vacuna.

La aplicación de la vacuna de influenza permite reducir el riesgo de contagio en las poblaciones objetivo vulnerables como: menores de 5 años, embarazadas, adultos mayores, personal de salud y personas adultas con enfermedades no transmisibles. Está demostrado que la vacunación tiene muchos beneficios para reducir:

a) Riesgo del contagio en poblaciones susceptibles.
b) Hospitalización.
c) Riesgo de muertes.

Cada año se planifica y ejecuta un plan de campaña de vacunación contra la influenza estacional, por parte de la Dirección de Inmunizaciones se establecen las fases y estrategias para su ejecución en los diferentes niveles por el personal de los establecimientos de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Las especificaciones técnicas de la vacunación, se describen en los Lineamientos técnicos para la prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles vigente.

3. Cuadro clínico

3.1 Sintomatología

El personal de salud de los diferentes niveles de atención del SNIS debe verificar que el cuadro clínico se puede presentar como una enfermedad leve y autolimitada y se caracteriza por los siguientes síntomas:

a) Tos seca.
b) Fiebre.
c) Congestión nasal.
d) Odinofagia.
e) Cefalea.
f) Mialgias.
g) Trastornos gastrointestinales pueden estar presentes.
h) Hasta una enfermedad grave que requiere hospitalización.

3.2 Grupos de riesgo

Los grupos de riesgo son:

a) Menores de 1 año.
b) Mayores de 60 años.
c) Mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio.
d) Adultos con comorbilidades.

3.3 Complicaciones

Las complicaciones graves incluyen:

a) Neumonía.
b) Síndrome de distrés respiratorio.
c) Sepsis.
d) Muerte (casos mas severos).

3.4 Periodo de incubación

El período de incubación de influenza generalmente es de 2 a 7 días. No obstante, se han reportado periodos hasta 17 días posiblemente debido a una exposición no identificada a animales infectados o a fuentes medioambientales.

3.5 Periodo de transmisibilidad

El período de transmisibilidad va desde: 1 a 2 días antes de inicio de síntomas:

a) Adultos mayores de 12 años, hasta 7 días después de la remisión de la fiebre.
b) Niños menores de 12 años, hasta 21 días en niños después de inicio de síntomas.

3.6 Clasificación

El personal de salud debe saber que los pacientes se presentarán en cualquier estadio, sin embargo, para fines de evaluación clínica se clasificación grupos, diferenciados entre sí por:

a) Nivel de gravedad del paciente al momento de la atención, que condiciona el lugar donde se manejará.
b) Medidas terapéuticas a implementar.
c) Estos grupos se conocerán como Grupo 1, Grupo 2 y Grupo 3:

Tabla 1. Clasificación clínica pacientes de influenza por complejidad

Grupos	Sintomatología	Manejo
Grupo 1 **No Neumonía**	Desarrollo súbito de: 1. Fiebre mayor o igual a 38º C 2. Tos seca y / o dolor de garganta 3. Puede haber otros síntomas como: congestión nasal, cefalea, mialgias y trastornos gastrointestinales 4. No dificultad respiratoria	Ambulatorio (no aplica en mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio febriles)
Grupo 2 **Neumonía leve**	1. Sintomatología del Grupo 1 más: 2. Dificultad respiratoria leve (no aleteo nasal, no dificultad a mínimos esfuerzos, no tirajes) 3. Taquipnea de acuerdo a la edad 4. Estertores crepitantes inspiratorios 5. Sin disminución de la saturación de O_2<95 % 6. Alerta	Ambulatorio (no aplica en mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio) valorar ingreso en pacientes con comorbilidades o factores de riesgo*
Grupo 3 **Neumonía grave**	1. Sintomatología de Grupo 2 más: 2. Tirajes subcostales y subdiafragmáticos severos 3. Estridor en reposo 4. Aleteo nasal 5. Alteraciones de la saturación de O_2 6. Cianosis 7. Letárgico, irritable ó inconsciente 8. Hipotensión 9. Sepsis o choque séptico en mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio	Hospitalario

	y/o Signos de Peligro en Niños: 1. Intolerancia a la vía oral 2. Convulsiones 3. Letárgico, irritabilidad, llanto inconsolable ó no respuesta a estímulos 4. y/o síntomas adicionales que el médico considere que agraven el cuadro clínico	

*Niños menores de 1 año y adultos mayores de 60 años. comorbilidades: Asma, EPOC o fibrosis quística, antecedentes de displasia broncopulmonar, trastornos neurológicos, trastornos hematológicos, Diabetes mellitus u otros trastornos endocrinológicos, trastornos cardiológicos, renales, hepáticos, Obesidad, <19 años que toman salicilatos, inmunosuprimidos (VIH, Cáncer, uso crónico de esteroides, inmunodeficiencias primarias).

4. Diagnóstico

El diagnóstico de influenza se realizará de acuerdo a lo establecido en los *Lineamientosde vigilancia centinela devirus respiratorios*, vigente o de acuerdo con la complejidad de casos especiales. se basa en el cuadro clínico y pruebas diagnósticas (virológicas) se realizará de acuerdo con los normativa vigente o de acuerdo con la complejidad de casos especiales.

4.1 Exámenes de laboratorio

Los exámenes de laboratorio o de gabinete deberán corresponder con la clasificación clínica del caso descrita en la tabla 2.
como:

a) Hemograma.
b) Proteína C reactiva.

4.2 Exámenes de gabinete

En los casos que correspondan a los grupos 2 o 3, es recomendable la toma de rayos X de tórax. Debe tenerse en cuenta que los hallazgos radiológicos son inespecíficos.

a) Infiltrados difusos, multifocales o en parche.
b) Infiltrados intersticiales.
c) Consolidación segmentaria o lobular con broncogramas aéreos.
d) Derrames pleurales son poco frecuentes.

4.3 Diagnóstico clínico

a) En cuadros iniciales se ha encontrado la presencia de infiltrados bilaterales difusos con patrón en vidrio esmerilado.
b) De existir una infección bacteriana sobreagregada, en la radiografía de tórax se encontrarán áreas radiopacas de consolidación neumónica, acompañadas de broncograma aéreo y, en ocasiones, derrame pleural.
c) En las fases iniciales del síndrome de distrés respiratoria por adultos se encuentran finas opacidades borrosas no muy específicas, las cuales evolucionan a un edema intersticial generalizado (ambos pulmones), y finalmente una consolidación completa manifiesta por radiopacidad de ambos campos pulmonares (pulmones blancos).
d) En las mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio con influenza debe realizarse tamizaje de dos pasos para sepsis según *"Protocolo para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia", vigente.*

4.4 Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial de influenza deben considerarse:

a) Otros virus respiratorios (COVID-19, VSR, metapneumovirus, (entre otras).
b) Neumonías bacterianas.
c) Tuberculosis.
d) Otras enfermedades febriles como las arbovirosis; entre otras.

4.5 Diagnóstico de laboratorio

Previo a la obtención de muestras se debe de realizar la selección del caso según la definición de caso y el método sistemático de muestreo recomendado en los *Lineamientostécnicosdelavigilanciacentinela*, vigentes.

La adecuada toma de las muestras, el correcto manejo, envío de las mismas y su preciso procesamiento son esenciales tanto para una detección temprana de casos como para orientar el manejo de pacientes y entender la epidemiología de la enfermedad.

Tabla 2. Métodos y muestras para diagnóstico de influenza

Métodos de ensayo	Tiempo transcurrido entre FIS y FTM	Tipo de muestra	Envase o contenedor requerido	Técnica de recolección de muestras	Cantidad requerida	Condiciones de envío (tiempo y temperatura)	Tiempo de respuesta
IFI	Entre el 1° y 5° día.	Células del epitelio del tracto respiratorio superior / inferior	Medio de transporte viral (MTV) comercial o preparado por LNSP	Hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo combinado, aspirado nasofaríngeo	3 mL del medio MTV * (contenien do los 2 hisopos)	En cadena de frío (2 - 8 °C), Tiempo de envío: no debe exceder las 72 horas posteriores a la toma de muestra.	8 días hábiles (desde la recepción en el laboratorio). Reporte en sistema VIGEPES.
RT-PCR	Entre el 6° y 10° día.	Células del epitelio del tracto respiratorio superior / inferior	Medio de transporte viral (MTV) comercial o preparado por LNSP	Hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo combinado, aspirado nasofaríngeo	3 mL del medio MTV* (contenien do los 2 hisopos)	En cadena de frío (2 - 8 °C), Tiempo de envío: no debe exceder las 72 horas posteriores a la toma de muestra.	8 días hábiles (desde la recepción en el laboratorio). Reporte en sistema VIGEPES.

Para las recomendaciones generales para toma, manejo y envío de muestras, consultar el manual de toma manejo y envío de muestras de Laboratorio, vigente.

4.5.1 Criterios de rechazo específicos

4.5.1.1 Relacionados con error en la toma, manejo y envío de muestras

a) Medio de transporte no recomendado.
b) Muestra tomada con hisopo no recomendado (madera y algodón).
c) El MTV no contiene los dos hisopos con los que se tomó la muestra.
d) No formar parte de la población blanco (ETI, IRAG o IRAGI).
e) Muestras que no cuenten con cadena de frío.
f) Muestras derramadas.
g) Muestras mal embaladas (sin triple embalaje).
h) El lapso de fecha de inicio de síntomas (FIS) y fecha de toma de muestra (FTM) es

mayor de 10 días.

i) No coincide la información de la muestra con el formulario.
j) Muestra que se exceden las 72 horas entre toma de muestra y recepción en el LNSP.

4.5.1.2 Relacionados con el formulario VIGEPES-02 incompleto, equivocado, faltante o ilegible

a) Información incompleta (en campo de médico o laboratorio solicitante).
b) No cuenta con firma y/o sello de médico solicitante, profesional de laboratorio o personal de salud que toma la muestra y sello del establecimiento.
c) Envío de muestra sin boleta VIGEPES-02.
d) Boleta sin sospecha diagnóstica.

4.5.2 Interpretación de resultados

Los resultados de las pruebas de laboratorio obtenidos son introducidos en el sistema informático en línea, la información de la vigilancia se analiza semanalmente para evaluar las características epidemiológicos y compararlos con temporadas previas entre los datos analizados están las tendencias a lo largo del tiempo, grupos de riesgo más afectados y evaluación de los patrones virales para detectar posibles cambios.

4.5.2.1 RT-PCR

a) **Positivo:** se detectó material genético del virus en estudio (Influenza, adenovirus, parainfluenza, virus sincitial respiratorio o SAR CoV-2), dependiendo el virus detectado puede identificar el subtipo si corresponde como es el caso de los virus de influenza, parainfluenza y virus sincitial respiratorio.
b) **Negativo:** no se detectó material genético correspondiente a los virus respiratorios de la vigilancia centinela, pero "SI" se detectó suficiente material genético humano para determinar la calidad de la muestra.
c) **Muestra inadecuada:** no se detectó material genético en la muestra de alguno de los virus respiratorios comprendidos dentro de la vigilancia centinela y además no se detectó material genético humano en la muestra por lo que se sospecha la presencia de un factor interviniente en la prueba tales como:
   - ✓ Error en la técnica de toma de muestra asociada a no rotar el hisopo en la fosa nasal o el cepillado indicado en las amígdalas y parte posterior de la faringe.
   - ✓ Error en la selección de materiales para la toma de muestra (no utilizar los hisopos y MTV recomendados por el LNSP).
   - ✓ Componentes del triple embalaje sucio o con agentes inactivadores de la PCR (cloro, alcohol entre otros). No mantener y transportar en cadena de frío.

4.5.2.2 IFI

a) **Positivo:** se detectó patrón de fluorescencia dentro de la célula respiratoria que es característico para cada virus respiratorio.
b) **Negativo:** no se detectó patrón de fluorescencia.
c) **Muestra inadecuada:** se cataloga como una muestra inadecuada cuando no se observan células respiratorias o en escasa cantidad por lo cual no se detectó fluorescencia y puede estar relacionado con:
   - ✓ Error en la técnica de toma de muestra asociada a no rotar el hisopo en la fosa nasal o el cepillado indicado en las amígdalas y parte posterior de la faringe.
   - ✓ Desprendimiento de improntas.
   - ✓ Dilución inadecuada del sedimento celular.
   - ✓ No mantener y transportar en cadena de frío.

5.Tratamiento

5.1 Grupo 1. manejo

a) Manejo ambulatorio, con medidas de aislamiento en el hogar.
b) Terapia de soporte: Líquidos orales abundantes y una adecuada nutrición en el hogar.
c) Analgésicos-antipiréticos: acetaminofén:

- Niños: 10mg/Kg/dosis vía oral c/6 horas.
- Adultos: 500mg vía oral c/6 horas.

No debe administrarse ácido acetilsalicílico o productos que contengan salicilatos, en especial a pacientes menores de 18 años por el riesgo de Síndrome de Reye.

Orientar cuándo debe regresar al establecimiento de salud: Si presenta taquipnea, dificultad respiratoria, tirajes, estridor en reposo, aleteo, cianosis, letargia o inconciencia, y/o signos de peligro en niños: no puede beber ó tomar el pecho, vomita todo, presenta convulsiones, letárgico ó inconsciente.

5.2 Grupo 2. neumonía leve

5.2.1 Manejo ambulatorio

Debe incluir medidas de aislamiento en el hogar.

a) **Valorar el riesgo añadido:** Existen excepciones para el manejo ambulatorio, y son aquellas condiciones que involucran un riesgo añadido las cuales el médico tratante considerará para indicar ingreso hospitalario:

- ✓ Enfermedad de base: cardiopatías, pulmonares crónicas, enfermedad renal o hepática.
- ✓ Neonatos, pacientes inmunosuprimidos pacientes con VIH.
- ✓ Desnutrición G. II-III, anemia de células falciformes, uso crónico de esteroides y otros.
- ✓ Menores de 6 meses con taquipnea.
- ✓ Deshidratación grave.
- ✓ Mujeres en periodo de embarazo parto y puerperio.

La indicación de ingreso al hospital se hará a la zona de aislamiento de influenza pandémica; y dependerá adicionalmente del contexto de la pandemia y la disponibilidad de recursos del establecimiento.

b) Terapia de soporte: líquidos orales abundantes y una adecuada nutrición en el hogar, y orientar sobre drenaje de secreciones y palmopercusión.

c) **Analgésicos-antipiréticos: a cetaminofén**

✓ Niños: 10mg/Kg/dosis vía oral c/6 horas.
✓ Adultos: 500mg vía oral c/6 horas.

No debe administrarse aspirina o productos que contengan salicilatos, en especial a pacientes menores de 18 años, por el riesgo de Síndrome de Reye.

d) **Antivirales: oseltamivir:** es el tratamiento de elección recomendado y debe ser administrado en las primeras 48 horas de inicio de síntomas

✓ En mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio se debe iniciar el oseltamivir independiente del tiempo de inicio de síntomas.

El esquema de dosis a emplear es el siguiente:

a) Adultos (Incluyendo mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio): 75mg vía oral 2v/día por 5 días.
b) Niños:
   - 2 semanas -1 año: 3mg/kg VO 2 veces por 5 días.
   - >1 año – 12 años: 30-75 mg VO 2veces por 5 días.
   - >13 años: 75mg vía oral 2 veces por 5 días.

La administración de los antivirales estará sujeta a la disponibilidad de los mismos. No se recomienda la monoterapia con adamantanes.

Antibióticos para neumonía Leve: no se deben utilizar antibióticos profilácticos

Ante evidencia clínica de infección bacteriana sobreagregada que es frecuente en influenza, considerar el uso de antibióticos orales siguiendo los criterios de tratamiento empírico de *NeumoníaAdquiridaenlaComunidad*:

a) Adultos:
- ✓ Ambulatorio: amoxicilina 1g VO c/8 horas por 5días.
- ✓ Hospitalizados: ceftriaxona 1g EV c/12 horas por 5 días.

b) Adultos alérgicos:
- ✓ Ambulatorio: azitromicina 500mg VO c/día por 5 días o claritromicina 500mg VO c/12 horas por 5 días.
- ✓ Hospitalizados: levofloxacina 750mg IV c/día por 5 días.

c) Niños:
- ✓ Ambulatorio: amoxicilina (80mg/Kg/día divididas c/12horas x 5 a 7 días) o amoxicilina/ácido clavulánico 60 mg/kg/día VO cada 12 horas por 5-7 días.
- ✓ Hospitalizados:
  - Ampicilina 250mg/kg/día EV dividido cada 6 horas por 7 días.
  - Ceftriaxona 75mg/kg/día EV por 5 -7 días si hay sospecha de *Staphylococusaureus* agregar oxacilina 200mg/kg/día dividido c/6 horas por 10 días.

d) Niños alérgicos :
- ✓ Ambulatorio:azitromicina 10mg/Kg/día VO c/día x 5 días (DM 500mg) o claritromicina 15 mg/Kg/día C/12 horas por 7 días. (DM500mg).
- ✓ Hospitalizados: clindamicina EV 40mg/kg/días dividido c/6 horas por 7-10 días.

e) En mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio:
- ✓ Ceftriaxona 2g EV c/día en dosis extendida hasta 48 horas afebril luego amoxicilina/ácido clavulánico 500mg VO c/8 horas por 5 días más azitromicina 500mg VO c/d por 5 días.
- ✓ Alergia a penicilina: clindamicina 600mg EV c/8 horas en dosis extendida hasta 48 horas afebril luego clindamicina 600mg VO c/8 horas por 5 días mas azitromicina 500mg VO c/días por 5 días.

A los esquemas descritos para manejo de neumonía sobreagregada, se debe complementar con oseltamivir, según dosis descrita previamente.

5.3 Grupo 3 neumonía grave

Hospitalización en el la zona de aislamiento para enfermedades respiratorias agudas; los casos graves que requieran cuidados especiales, como ventilación asistida, se hará en aquellos establecimientos que cuenten con Unidad de Cuidados Intensivos o áreas de aislamiento con ventilación mecánica.

Para impedir la transmisión nosocomial de la enfermedad, además de guardar las precauciones estándar y basadas en la transmisión, se recomienda cumplir las medidas de aislamiento preventivo y los lineamientos para traslado de pacientes.

5.3.1 Criterios de ingreso o referencia a unidad de aislamiento con ventilación mecánica o UCI

a) Toda neumonía con complicaciones refractarias al manejo en el establecimiento
b) Incapacidad de mantener una SaO_2 mayor de 92% con una FiO_2 mayor de 0.6.
c) Paciente en condición de choque séptico.
d) Dificultad respiratoria severa evidenciada por clínica o por gasometría que amerite ventilación asistida.
e) Mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio con diagnóstico sepsis o choque séptico.
f) Riesgo añadido descompensado refractario a manejo en el establecimiento.

5.3.2 Terapia de soporte para paciente críticamente enfermos

Incluye:
a) Nutrición adecuada.
b) Prevención y manejo de infecciones nosocomiales.
c) Prevención de trombosis venosa profunda.
d) Sangrado gastrointestinal.
e) Cuidados de enfermería drenaje de secreciones.
f) Palmopercusión de acuerdo al estado del paciente.
g) Oxigenación.
h) Ventilación mecánica efectiva y oportunas (con los cuidados para minimizar barotrauma).

5.3.2.1 Oxigenoterapia: La administración de oxígeno suplementario es esencial para el manejo exitoso de la enfermedad moderada a severa por virus de influenza.

a. Ante hipoxemia leve inicie con oxígeno por cánula nasal:
Adultos: 5 L/min.
Niños: 3 L/min.
b. Ante hipoxemia moderada inicie con oxígeno por mascarilla:
Adultos: 10L/min.
Niños: 3-5 L/min.
c. Ante hipoxemia severa.
Intubación y ventilación mecánica.

5.3.2.2 Analgésicos-antipiréticos:

Acetaminofén: Niños: 10mg/Kg/dosis vía oral c/6horas; a dultos: 500mg vía oral c/6 horas

5.3.2.3 Antivirales:

- ✓ Doble dosis de oseltamivir durante 10 días es el tratamiento de elección recomendado y debe ser administrado en las primeras 48 horas de inicio de síntomas.
- ✓ La administración de los antivirales estará sujeta a la disponibilidad de los mismos. No se recomienda la monoterapia con adamantanes.

Para conocer detalles sobre oseltamivir y otras alternativas de antivirales.

5.3.2.4 Antibióticos: en presencia de gravedad siempre tratar de identificar agente etiológico.

a. Adultos:

- ✓ Ceftriaxona 1g IV c/12h por 7 días + azitromicina 500 mg VO c/día por 5 días o levofloxacina 750mg IV c/d por 7 días
- ✓ Si se sospecha *P. aeruginosa* u otro bacilo Gram negativo piperacilina tazobactam 4.5g EV c/6h o meropenem 1 g EV c/8h + azitromicina 500 mg VO c/día por 5 días
- ✓ Si se sospecha neumonía por *S.aureus*. vancomicina 1 g EV c/12 horas o linezolid 600mg EV c/12 horas 14 días.

b. Niños

- ✓ Menores de 3 meses

Oxacilina 200 mg/Kg/día EV, dividida en 4 dosis + cefotaxima 75 a 100 mg/Kg/día EV c/8 horas por 7 a 10 días. Ajustar de acuerdo con edad gestacional

- ✓ Mayores de 3 meses
  - ◆ Ceftriaxona 75-100mg/kg/día EV cada 24h por 5-7d, si sospecha infección por S. aureus, sensible a la meticilina, agregar oxacilina 200 mg/Kg/día EV, dividida en 4 dosis por 14 días. Si hay factores de riesgo para *S.aureus*resistente a la meticilina, se usará vancomicina 40-60mg/kg/día EV dividida en 4 dosis por 14 días.
  - ◆ Si se sospecha *P.aeruginosa* u otro bacilo Gram negativo piperacilina tazobactam 200-300 mg/kg/d EV dividido c/6-8h o meropenem 60-90 mg/kg/día EV dividido c/8h por 5-7 días.
  - ◆ En caso de sospechar *Mycoplamapneumoniae*azitromicina 10mg/kg/día VO por 5 días.

c. Mujeres en periodo de embarazo, parto y puerperio

Se debe cumplir en dosis extendida a pasar en 2 a 3 horas

- ✓ Cobertura para Gram (-) y anaerobios:
- ◆ Piperacilina-tazobactam 3.375 g EV c/8h 0 4.5 g EV c/6h o meropenem 1 g EV c/8h (si tuvo hospitalización reciente) o cefepime 1-2 g EV c/8h más metronidazol 500 mg EV c/8 horas, más
- ◆ Cobertura para Gram (+): vancomicina 15-20 mg/kg c/8h-12 horas o linezolid 600 mg EV/VO c/12 horas (para mujeres con alergia a vancomicina)

Al esquema descritos para manejo de neumonia grave, se debe complementar con oseltamivir según dosis descrita previamente.

6. Detección y notificación

Se realizará vigilancia pasiva en todos los establecimientos del SNIS y colaboradores aplicando la definición de caso de ETI, Neumonía, IRAG, IRAGI. Al detectar un caso sospechoso de ETI son de notificación agrupada semanal, la sospechas de Neumonía o IRAGI, el personal de salud del SNIS deberá notificar de manera individual e inmediata, en caso de un nuevo virus de potencial pandémico la notificación se realizara en las primeras 24 horas y llenar el formulario de VIGEPES 01, introduciéndolo en la plataforma VIGEPES como evento de notificación individual como "Evento relevante de salud pública" siguiendo lo establecido en los *LineamientotécnicosdeVigilanciaEpidemiológicadeEl Salvador*, VIGEPES, vigentes. Nota: Todo rumor o aviso en la comunidad sobre un caso sospechoso debe ser notificado al nivel de atención correspondiente para ser verificado.

7. Investigación de campo

Ante la sospecha o confirmación de una IRAGI o infección respiratoria de un virus de influenza de potencial pandémico, se activarán los Equipos de Respuesta Rápida Interinstitucionales (ERR-I) conformados por personal multidisciplinario (referente de epidemiología, médico, enfermera, personal de saneamiento ambiental, médico veterinario, promotores de salud, entre otros.) del SNIS y colaboradores tales como MAG,

MARN y otras instituciones de acuerdo con la necesidad, para la investigación y contención del brote según Lineamientos técnicos para el abordaje de brotes epidémicos y otros eventos de salud pública.

8. Monitoreo, asistencia técnica, supervisión y evaluación

Ante el aparecimiento de casos de virus de potencial pandémico en el país se elaborarán y presentarán informes inmediatos y de seguimiento sobre muestras tomadas, lugar de procedencia, resultados y acciones de control. Los cuales serán apegados a las disposiciones establecidas del Lineamientos técnicos para el abordaje de brotes epidémicos y otros eventos de salud público.

V. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del Sistema Nacional Integrado de Salud dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

Los presentes Lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por los presentes lineamientos técnicos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

c) Derogatoria

Deróganse las Guía de atención clínica para la influenza pandémica Parte I y parte II, de fecha 02/05/2008.

VI. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

Comuníquese,

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Adhonorem*

VII. Referencias bibliográficas

1. Lineamientos influenza,disponible en. sars-cov-2-vsr-otros-virus-respiratorios Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus
2. Guías de práctica clínica para manejo de Influenza, disponible en: clinical guidelines-for-influenza---translation-summary-spanish.pdf
3. Antiviral Drugs for Seasonal Influenza for 2024-2025, The medical letter on drugs and therapeutics issue 1717 p 193, dec 9, 2024