



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

**PROTOCOLO
MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA
EXTRAHOSPITALARIA**



**COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA
DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR-MATERNO INFANTIL**

Revisión 1

**MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA
EXTRAHOSPITALARIA**

**COORDINACIÓN ENTRE NIVELES
DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR – MATERNO INFANTIL**

Modificaciones respecto a la versión anterior



Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

**PROTOCOLO
MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA
EXTRAHOSPITALARIA**



Revisión 1

**COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA
DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR-MATerno INFANTIL**

ÍNDICE

1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO	3
4. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO	4
5. TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES	5
6. GRUPOS DE RIESGO PARA TRATAR CON OSELTAMIVIR	8
7. CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA	9
8. TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA	11
9. TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS CON OSELTAMIVIR	12
10. BIBLIOGRAFÍA	13
11. GRUPO DE TRABAJO	13

 <p>Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria</p>	<p>PROTOCOLO CONSENSUADO</p> <p>MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA</p>	 <p>Servicio Canario de la Salud</p>
<p>Mayo 2009</p>		

1. OBJETIVO

Orientar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada en el manejo de la Gripe A/H1N1 en la edad pediátrica.

2. ALCANCE

El ámbito de aplicación de este protocolo incluye a los profesionales sanitarios involucrados en la atención al paciente durante el periodo de la infancia y adolescencia, así como a los niños y las niñas de 0 a 13 años de las Áreas de Salud de Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura.

3. DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO

1.- Niños de 3-14 años: Cuadro de inicio brusco de **fiebre** (temperatura rectal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ o temperatura axilar $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) **y tos y/o dolor de garganta** que además puede ir acompañado de uno o más de otros síntomas/signos como:

- Rinorrea/obstrucción nasal
- Dolor de cabeza
- Malestar general (debilidad y postración)
- Dolores musculares/articulares
- Escalofríos
- Dificultad respiratoria
- Diarreas, vómitos, náuseas y dolor abdominal

En ausencia de una causa conocida distinta a la gripe.

2.- Niños menores de 3 años: fiebre (temperatura rectal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ o temperatura axilar $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) **y tos y/o rinorrea.**

El cuadro clínico puede ir acompañado de otros síntomas/signos como:

- Dificultad respiratoria
- Diarreas y vómitos
- Letargia
- Convulsiones

 <p>Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria</p>	<p>PROTOCOLO CONSENSUADO</p> <p>MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA</p>	 <p>Servicio Canario de la Salud</p>
<p>Mayo 2009</p>		

Es de esperar que la mayoría de los pacientes con sospecha de gripe, en este grupo de edad, presenten un cuadro clínico superponible al de un catarro de vías altas (rinofaringitis): fiebre, tos y mocos. La **bronquiolitis** y la **laringitis aguda** son otras formas de presentación clínica del virus A/H1N1. Aunque infrecuente, el cuadro clínico puede presentarse en los lactantes solo con fiebre y letargia.

3.- Neumonía a cualquier edad

4. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

La gripe no complicada es una enfermedad autolimitada que se resuelve en la mayoría de los casos a los 3-7 días, aunque la tos y el malestar pueden persistir más de dos semanas. El tratamiento sintomático aconsejado consiste en:

- Paracetamol si fiebre, malestar o dolor: 15 mg/kg/dosis en niños mayores de 3 meses. Los niños < 3 meses, si lo precisan, antes de ser derivados al hospital: 10 mg/kg/dosis.
- Suero fisiológico nasal: 2 ó 3 gotas en cada fosa nasal, si el moco es espeso, especialmente 15 minutos antes de las comidas y antes de acostarse.
- Aspiración de secreciones nasales.
- Hidratación correcta. Vigilancia especial en caso de síntomas digestivos.
- No se aconseja el uso de fármacos para la tos y/o los mocos por su falta de eficacia y potencial peligrosidad, especialmente en los niños menores de 6 años.
- Para aliviar la irritación de garganta por la tos se puede utilizar, en niños mayores de 1 año de edad, una pequeña cantidad de miel (con el correspondiente registro sanitario).
- Reposo adecuado a su situación clínica.

 <p>Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria</p>	<p>PROTOCOLO CONSENSUADO</p> <p>MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA</p>	 <p>Servicio Canario de la Salud</p>
<p>Mayo 2009</p>		

5. TRATAMIENTO CON OSELTAMIVIR

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la “WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses” publicada en agosto de 2009 y revisada en febrero de 2010. Así como la Academia Americana de Pediatría (AAP) en su Policy Statement “Recommendations for Prevención and Control of Influenza in Children, 2010-2011” y el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) del US Centres for Disease Control and Prevention (CDC), coinciden en sus recomendaciones que asumimos y resumimos:

El tratamiento con oseltamivir debe ser considerado en:

- Cualquier niño hospitalizado con sospecha de gripe
- Niños de manejo ambulatorio con sospecha de gripe que pertenezcan a algún grupo de riesgo (ver apartado 6), independientemente de su estado de vacunación antigripal.

Otras consideraciones:

- El tratamiento con Oseltamivir se debe iniciar lo más pronto posible desde el inicio de los síntomas, preferiblemente antes de las 48 horas. Los pacientes con una gripe grave o cuyo estado se deteriora deben ser tratados aunque ya haya transcurrido más tiempo.
- No debemos retrasar el tratamiento en espera de los resultados de los test diagnósticos.
- Los test rápidos para detección de antígenos disponibles tienen una sensibilidad baja, especialmente para la cepa H1N1, y no deben usarse para descartar la gripe.
- Los datos actuales de resistencia muestran que más del 99% de las cepas circulantes son sensibles al Oseltamivir.
- El juicio clínico es un factor muy importante y debe tenerse muy en cuenta a la hora de decidir si se instaura tratamiento.

 <p>Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria</p>	<p>PROTOCOLO CONSENSUADO</p> <p>MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA</p>	 <p>Servicio Canario de la Salud</p>
<p>Mayo 2009</p>		

En los pacientes que presenten una clínica compatible con sospecha de caso se debe dar por sentado que la causa es el virus A/H1N1.

El oseltamivir, cuando se prescribe de forma correcta, puede disminuir considerablemente el riesgo de neumonía (una de las principales causas de muerte por gripe pandémica o estacional) y la necesidad de hospitalización. Esta recomendación rige para todos los grupos de pacientes, en particular las embarazadas, y para todos los grupos etarios, *en especial los niños pequeños, incluidos los menores de 1 año.* Estudios recientes (2010) demuestran la eficacia del Oseltamivir en niños, especialmente si se administra durante los dos primeros días de la enfermedad, acortando el tiempo medio de duración de la enfermedad hasta en 3,5 días, reduce en un 50% la aparición de neumonía, disminuye hasta en un 85% las OMA y previene las exacerbaciones en pacientes asmáticos.

Dentro de los grupos de riesgo el CDC, el ACIP, la AAP y la WHO, consideran a **los niños menores de 5 años y especialmente los menores de 2 años.** Recomendamos que, a criterio médico, se tenga en cuenta esta consideración ya que este grupo de edad es el más afectado (mayor número de casos y mayores ratios de hospitalización) y se pueden beneficiar de un tratamiento precoz con Oseltamivir.

Si por cualquier motivo no se puede utilizar el oseltamivir se puede administrar zanamivir, en niños mayores de 5 años.

Los niños mayores de 5 años y que por lo demás están sanos no necesitan el tratamiento con antivíricos a menos que la gripe persista o empeore.

DOSIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL OSELTAMIVIR

Actualmente disponemos de Tamiflu® en cápsulas de 75mg, 45 mg y 30 mg. Preparación y administración para niños mayores de 1 año (AEMPS): Abrir y verter el contenido completo de la cápsula de Tamiflu® de 75 mg en un vasito y añadir, con una jeringuilla, 5 ml de agua potable. Agitar suavemente durante 2 minutos para lograr una

 <p>Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria</p>	<p>PROTOCOLO CONSENSUADO</p> <p>MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA</p>	 <p>Servicio Canario de la Salud</p>
<p>Mayo 2009</p>		

suspensión homogénea, a una concentración de Oseltamivir en la preparación de 15 mg/ml.

Tomar a continuación con la jeringuilla el volumen correspondiente a la dosis que se debe administrar (Tablas 1 y 2) y transferirlo a un segundo vasito, desechando el resto de la preparación. Añadir una cantidad pequeña (no superior a una cucharilla de café) de un alimento edulcorado para enmascarar el sabor amargo. Administrar la totalidad de la mezcla. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Peso	Dosis en mgr	Dosis en ml (suspensión oral: 15 mg/ml)
Menor o igual a 15 kg	30 mg, cada 12 horas	2 ml, cada 12 horas
De 15 hasta 23 kg	45 mg, cada 12 horas	3 ml, cada 12 horas
De 23 hasta 40 kg	60 mg, cada 12 horas	4 ml, cada 12 horas
Mas de 40 kg	75 mg, cada 12 horas	5 ml, cada 12 horas

Tabla 1. Dosificación de Tamiflú® 75 mg cápsulas (preparada en suspensión) en niños mayores de 1 año. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Edad	Dosis en mgr	Dosis en ml (suspensión oral: 15 mg/ml)
Menor de 3 meses	Derivación hospitalaria	Tratamiento hospitalario
De 3 a 5 meses	20 mg, cada 12 horas	1,3 ml, cada 12 horas
De 6 a 11 meses	25 mg, cada 12 horas	1,7 ml, cada 12 horas

Tabla 2. Dosificación de Tamiflú® 75 mg cápsulas (preparada en suspensión) en niños menores de 1 año.

Actualmente disponemos de Tamiflú® en cápsulas de 75mg, 45mg y 30mg. Se encuentra disponible en las Oficinas de Farmacia, además de la presentación en cápsulas de 75 mg, 45 mg y 30 mg en envases de 10 cápsulas, Tamiflú® en **solución a una concentración de 12 mg/ml** de 75 ml.

 <p>Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria</p>	<p>PROTOCOLO CONSENSUADO</p> <p>MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA</p>	 <p>Servicio Canario de la Salud</p>
<p>Mayo 2009</p>		

6. GRUPOS DE RIESGO PARA TRATAR CON OSELTAMIVIR

- **Enfermedades cardiovasculares crónicas (excluyendo la hipertensión)**
- **Enfermedades respiratorias crónicas, incluyendo:**
 - **Displasia bronco-pulmonar**
 - **Fibrosis quística**
 - **Asma**
- **Diabetes melitus tipo I y II con tratamiento farmacológico**
- **Insuficiencia renal moderada-grave**
- **Hemoglobinopatías y anemias moderadas-graves como:**
 - **Drepanocitosis (anemia de células falciformes)**
- **Asplenia**
- **Enfermedad hepática crónica avanzada**
- **Enfermedades neuro-musculares graves, que comprometan la función respiratoria o el manejo de las secreciones de la vía aérea o que puedan aumentar el riesgo de aspiración, incluidos:**
 - **Parálisis cerebral infantil**
 - **Tetraplejías**
 - **Lesiones medulares**
 - **Distrofias musculares**
 - **Desórdenes convulsivos**
 - **Retraso mental**
 - **Síndrome de Down**
 - **Retraso madurativo (Trastorno Generalizado del Desarrollo, Trastornos del Espectro Autista, etc.)**
- **Pacientes con inmunosupresión (incluida la originada por infección por VIH o por fármacos o en los receptores de trasplantes)**
- **Obesidad mórbida (índice nutricional >170%)**
- **Niños y adolescentes, menores de 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye**

 <p>Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria</p>	<p>PROTOCOLO CONSENSUADO</p> <p>MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA</p>	 <p>Servicio Canario de la Salud</p>
<p>Mayo 2009</p>		

La presencia de patologías subyacentes no predice, de manera segura, la aparición de todos los casos graves de gripe. La experiencia en la temporada 2009-2010 de pandemia a nivel mundial nos advierte que aproximadamente **el 40% de los casos graves se presentaron en niños y adultos, generalmente menores de 5º años, que anteriormente estaban sanos (OMS).**

En la temporada actual, según el Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE) del Centro Nacional de Epidemiología, **el 26% de los casos graves de gripe hospitalizados no presentaban ningún factor de riesgo.** <http://vgripe.isciii.es/gripe>

Algunos de estos pacientes experimentan un **deterioro repentino** y muy acelerado de su estado clínico, por lo común **al quinto o sexto día** del inicio de los síntomas.

REACCIONES ADVERSAS AL OSELTAMIVIR Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Antiviral Agents for the Treatment and Chemoprophylaxis of Influenza. MMWR / January 21, 2011 / Vol. 60 / No. 1

Los efectos adversos más frecuentes son **los vómitos y las náuseas**, que pueden ser menos severos si se toma con alimentos.

Trastornos neuro psiquiátricos transitorios, auto agresiones y delirio, se han publicado después de la comercialización del Oseltamivir. La mayoría entre japoneses (adultos y adolescentes). Sin embargo, análisis recientes no encontrado que el Oseltamivir esté asociado a un mayor riesgo de trastornos de este tipo. No obstante, se recomienda advertir a los padres que vigilen la posible aparición de trastornos del comportamiento durante el tratamiento.

7. CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA

Paciente con **sospecha de gripe A y patología grave de base** como: inmunodeprimidos, cardiopatías con repercusión hemodinámica, enfermedad pulmonar grave (fibrosis quística), hemoglobinopatías y anemias moderadas-graves

 <p>Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria</p>	<p>PROTOCOLO CONSENSUADO</p> <p>MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA</p>	 <p>Servicio Canario de la Salud</p>
<p>Mayo 2009</p>		

(drepanocitosis) o enfermedad neuromuscular grave como parálisis cerebral infantil, tetraplejías, lesiones medulares, desórdenes convulsivos, etc.

Paciente con **sospecha de gripe A sin antecedentes de enfermedad de base grave que presente cualquiera de estos criterios:**

- Edad < 3 meses
- Dificultad respiratoria: tiraje subcostal, intercostal, supraclavicular o aleteo nasal
- Disnea
- Taquipnea: FR ≥ 50 r.p.m. (menores de 1 año) FR ≥ 40 r.p.m. (mayores de 1 año)
- Pulsioximetría < 95%
- Episodio de apnea
- Signos de deshidratación
- Alteración del nivel de conciencia, incluido letargia
- Convulsiones

CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN CASO DE NEUMONÍA

<p>FACTORES DE RIESGO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad < 12 meses 2. Sociopatía: malas condiciones higiénicas, incapacidad familiar para prestar la debida atención al niño, falta de confianza de cumplimiento de la terapéutica. 3. Enfermedad de base. Todos los niños que pertenezcan a grupos de riesgo para tratar con Oseltamivir, afectos de neumonía, deben ser derivados al hospital
<p>CRITERIOS CLÍNICOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afectación del estado general: aspecto tóxico, deterioro del nivel de conciencia, 2. Signos de dificultad respiratoria: taquipnea, quejido espiratorio o tiraje 3. Intolerancia oral: vómitos 4. Fracaso tratamiento empírico (antibiótico oral) después de 48-72 horas
<p>CRITERIOS RADIOLÓGICOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afectación multifocal 2. Derrame pleural 3. Cavitación

 <p>Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria</p>	<p>PROTOCOLO CONSENSUADO</p> <p>MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA</p>	 <p>Servicio Canario de la Salud</p>
<p>Mayo 2009</p>		

CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA EN CASO DE BRONQUIOLITIS

1. Edad < 3 meses
2. Antecedentes de prematuridad (< 35 SEG) y que tengan menos de 12 meses de vida
3. Enfermedad de base: cardiopatía congénita con repercusión hemodinámica, enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar, fibrosis quística, malformación congénita), inmunodepresión o enfermedad neuromuscular crónica
4. Historia de apnea
5. Sociopatía grave
6. Deshidratación, vómitos o cualquier otra situación clínica que complique el cuadro
7. Bronquiolitis moderada sin respuesta al tratamiento
8. Bronquiolitis grave

8. TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La etiología bacteriana habitual de la neumonía adquirida en la comunidad está producida por el Neumococo, Haemophylus influenzae y Mycoplasma. Añadimos la del Estafilococo como germen potencial en la actual pandemia de gripe A/H1N1. Nuestra propuesta de tratamiento para un paciente diagnosticado de neumonía y que no precise ingreso hospitalario es:

Oseltamivir (Tamiflú[®]) durante cinco días, a las dosis recomendadas por la Agencia Española del Medicamento **+ un antibiótico durante 10 días**. El antibiótico de elección aconsejado es la amoxicilina-Ac. clavulánico. En caso de que el paciente no tolere este fármaco, se utilizará la cefuroxima axetilo como antibiótico de segunda elección. En caso de alergia a los betalactámicos aconsejamos la claritromicina.

 <p>Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria</p>	<p>PROTOCOLO CONSENSUADO</p> <p>MANEJO DE LA GRIPE A/H1N1 EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA</p>	 <p>Servicio Canario de la Salud</p>
<p>Mayo 2009</p>		

Antibiótico de primera elección

Fármaco	Vía	Dosis	Intervalo	Presentación
Amoxicilina- Ac. Clavulánico	oral	90 mg/kg/día (máximo: 2 gr/día)	cada 8 h	Suspensión 100/12.5 (5 ml = 500 mg)

Antibiótico de segunda elección

Fármaco	Vía	Dosis	Intervalo	Presentación
Cefuroxima Axetilo	oral	30 mg/kg/día (máximo: 1 gr/día)	cada 12 h	Suspensión oral (5 ml = 250 mg)

Antibiótico de elección en alérgicos a penicilina

Fármaco	Vía	Dosis	Intervalo	Presentación
Claritromicina	oral	15 mg/kg/día (máximo: 1 gr/día)	cada 12 h	Suspensión oral (5 ml = 250 mg)

Tabla 2. Antibióticos de elección en la neumonía. Para dosificación ver tablas adjuntas.


9. TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS CON OSELTAMIVIR*

Se aconseja tratar con **Osetamivir (Tamiflú[®])** durante cinco días, a las dosis recomendadas por la Agencia Española del Medicamento, a los pacientes afectos de bronquiolitis, que no presenten patología de base, que cumplan uno de estos requisitos y que no precisen ingreso hospitalario:

1. Fiebre $\geq 39.5^{\circ}$
2. Fiebre > 24 horas de evolución

*BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendaciones generales para evitar la transmisión de Influenza A (H1N1). Ministerio de salud. República Argentina. 17 julio.
http://municipios.msal.gov.ar/h1n1/5_equipos/info_equipos/Recomendaciones_A_H1N1_Julio_17.pdf
- 2.- Documento sobre Infección por virus Influenza A (H1N1). Sociedad Argentina de Infectología. Sociedad Argentina de Infectología. 9 de julio de 2009.
http://www.sap.org.ar/staticfiles/comunicaciones/Documento_GRIPEA_9_7_09.pdf

Revisión 0	PROTOCOLO	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
Mayo 2009	PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL	

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Antiviral Agents for the Treatment and Chemoprophylaxis of Influenza. MMWR / January 21, 2011 / Vol. 60 / No. 1
2. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España . Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Área de Vigilancia de la salud Pública. Boletines de la semana 01/2011, 01/2011 y 03/2011.
<http://vgripe.isciii.es/gripe>
3. American Academy of Pediatrics. Policy Statement-Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2010-2011. Pediatrics Vol 126(4) Oct. 2010
<http://www.toraxjnl.com>.
4. Breese C. Antiviral drugs for the prevention and treatment of Influenza in children. 2011 UpToDate
5. Breese C. Clinical features and diagnosis of influenza in children. 2011 UpToDate.
6. Halasa N. Update on the 2009 pandemic influenza A H1N1 in children. Curr Opin Pediatr 22:83-87. 2010
7. Guideline for Clinicians on the use of rapid Diagnostic Tests for the 2010-2011 Influenza Season. <http://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/index.htm>.

Doña Esther Benítez Rabagliatti

Pediatra. Representante de la Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria

Doña Ángeles Cansino Campuzano

Pediatra. Coordinación de Pediatría Atención Primaria/Atención Especializada Área de Salud de Gran Canaria

Doña Elena Colino Gil

Pediatra. FEA Servicio de Pediatría HUMIC

Doña Rosario García Luzardo

MIR de Pediatría

Don Francisco Machado Fernández

Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

Doña Svetlana Pavlovic

Jefa de Servicio de Pediatría del HUMIC

Doña Concepción Pérez González

Coordinadora de Atención Primaria y Especializada del Área de Salud de Lanzarote

Doña Gladis Rodríguez Pérez

Pediatra representante de la Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria en Fuerteventura

Don Valentín Ruiz Caballero

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Vecindario

11. GRUPO DE TRABAJO

Doña Mayte Angulo Moreno. Pediatra.

Pediatra. FEA Servicio de Pediatría HUMIC

Doña M^a Mar Artilles Suárez

Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud El Calero