

Nueva gripe [A(H1N1) 2009]: definición de caso sospechoso. Revisión de la concordancia en los criterios de definición de caso utilizados en las distintas comunidades autónomas españolas

Á. Hernández Merino

Pediatra. CS La Rivota. Servicio Madrileño de Salud, Área 8 Atención Primaria. Alcorcón, Madrid. España.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11:383-98

Ángel Hernández Merino, ahernandez.gapm08@salud.madrid.org

Resumen

Introducción: la actual pandemia por un nuevo virus gripal y sus potenciales e inciertos efectos sobre la población han motivado un extraordinario despliegue de acciones a todos los niveles. Todos los preparativos se basan en los datos de situación de la pandemia. Este estudio pretende examinar la concordancia entre los criterios de definición de caso sospechoso de infección por el nuevo virus de las distintas comunidades autónomas (CC. AA.) españolas y discutir su posible impacto en la validez de la información acumulada.

Material y métodos: se han recopilado, analizado y comparado los documentos y protocolos oficiales de las consejerías de sanidad de las CC. AA. en relación con la definición de caso sospechoso de infección por el nuevo virus gripal, mientras ha estado vigente el sistema de registro e información basado en la recogida exhaustiva e individualizada de casos.

Resultados: se han encontrado documentos referidos a 16 de las 17 CC. AA (todas menos Cantabria y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla). Todas las variables que conforman la definición de caso muestran diferencias notables entre las CC. AA. estudiadas; en especial los criterios de fiebre (con distintos umbrales) y las manifestaciones clínicas que caracterizan al síndrome gripal.

Discusión: no hay dos formulaciones iguales de caso sospechoso entre todas las estudiadas, lo cual puede comprometer la validez final de los datos acumulados que son la base para los análisis y preparativos realizados.

Palabras clave: Gripe pandémica, Vigilancia epidemiológica.

Abstract

Introduction: the present pandemic by a novel flu virus and its potential and uncertain effects on the population, have produced an extraordinary amount of actions at all levels. All arrangements are based on data of the pandemic situation. This paper approaches the concordance in the suspected case definition criteria of infection by the new virus among the Spanish

El autor declara no presentar posibles conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

autonomous communities (AA. CC.) and to discuss its possible impact on the validity of the cumulated information.

Material and methods: documents and official protocols of the AA. CC. Health Departments on novel flu suspected case definition have been compiled, while being in force the recording and information system based on the comprehensive and individualized record of cases.

Results: documents of 16 of the 17 AA. CC. (all but Cantabria and the autonomous towns of Ceuta and Melilla) have been found. All the variables that take part in the definition of case show outstanding differences among the AA. CC. studied; especially the criteria of fever (with various level thresholds) and the clinical manifestations of the flu-like syndrome.

Discussion: there aren't two equal formulations of suspected case among the studied ones, what compromises the final validity of the cumulated data which are the basis for the analysis and arrangements made.

Key words: Pandemic flu, Epidemiologic surveillance.

Introducción

Desde hace varios años, los expertos de la OMS vienen advirtiendo del riesgo de aparición de nuevos virus gripales con capacidad para producir pandemias de consecuencias inciertas y de difícil previsión. La comprobación de la emergencia de un nuevo virus gripal en México y Estados Unidos (EE. UU.), en abril del presente año, con capacidad para infectar y transmitirse con facilidad entre los individuos y para el cual la mayoría de la población mundial es susceptible, ha elevado al máximo nivel la preocupación de expertos y autoridades de todos los países del mundo.

El nuevo virus gripal [A(H1N1) 2009] se ha extendido rápidamente por la mayoría de los países de América, Europa y resto del mundo. La OMS elevó el nivel de alerta de la pandemia por gripe de la

fase 5 a la fase 6 el 11 de junio pasado¹. Las pandemias de gripe, ya sean moderadas o graves, constituyen acontecimientos de importancia considerable, dada la susceptibilidad casi universal de la población mundial a la infección y el impacto potencial sobre las poblaciones y los sistemas sanitarios.

En esta situación, y tras las advertencias de la OMS, todos los países se han lanzado a hacer predicciones y preparativos para poner a punto planes de contingencia que permitan abordar posibles situaciones de elevado impacto en la población. El potencial de la pandemia, según predicen los expertos, y los planes en marcha son de tal magnitud que trascienden la esfera meramente sanitaria y asistencial, involucrando a todos los sectores sociales, a los ámbitos político, económico e industrial. Y están ya suponien-

do unos costes y gastos extraordinarios. Todo ello sin olvidar el impacto mediático de la pandemia gripal, que podría, llegado el caso, ser un elemento extraordinariamente positivo o negativo en la lucha contra la pandemia.

El Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS)², con datos de los sistemas de vigilancia epidemiológica, estima una tasa de gripe clínica en Atención Primaria de 51,75 casos por 100.000 habitantes en el conjunto del país la semana que acabó el día 5 de septiembre. Desde finales de abril de 2009 hasta ahora se han registrado 25 fallecidos (tasa de letalidad de 0,18 fallecidos por cada 1.000 enfermos²).

La preparación y respuesta a un riesgo global de la magnitud de la actual pandemia constituye un reto para cualquier organización sanitaria. En nuestro caso, la particular distribución de competencias entre organismos estatales (el MSPS, el Consejo Interterritorial [CI] del Sistema Nacional de Salud) y las comunidades autónomas (CC. AA.) se enfrenta a dificultades añadidas nacidas de la necesidad de coordinación entre numerosas y muy distintas entidades. El optimismo y la esperanza de mitigar los efectos potenciales de la pandemia actual solo se pueden basar en un liderazgo claro y en el concierto, complementariedad y siner-

gismo sistemáticos entre todos los actores. En el seno del CI se han tomado decisiones con el propósito de establecer bases comunes para la lucha contra la pandemia en las CC. AA. Estas son las encargadas de implementar las medidas concretas en las poblaciones que les corresponden.

Hasta finales del mes de julio pasado ha estado vigente un sistema de información y registro basado en el recuento individualizado de casos sospechosos en toda la red asistencial, tanto en Atención Primaria (AP) como en los hospitales, adaptado a las recomendaciones de seguimiento de la pandemia en fase 5. El CI acordó el 22/07/2009 cambiar el sistema de registro e información de la incidencia de la gripe, pasando a uno basado en la tasa estimada (por 100.000 habitantes) a partir de los datos de los sistemas de vigilancia epidemiológica de las CC. AA. (que abarcan al 2% de la población)³; este cambio, de acuerdo con la fase pandémica alcanzada (la 6), ha sido implementada por las distintas CC. AA. de forma irregular a lo largo del mes de agosto. Estos son los dos sistemas de información que han servido para la vigilancia de situación de la pandemia, el análisis y las predicciones oficiales.

De modo que hasta finales del mes de julio, el conjunto de todos los profesio-

nales de los niveles asistenciales han sido los encargados de recopilar y remitir la información de cada caso de forma individualizada y exhaustiva, y ello, en cada CC. AA., siguiendo las instrucciones de los respectivos servicios de Salud Pública. El objetivo de este estudio es examinar la concordancia entre los criterios de definición de caso [sospecha de infección por el virus gripal A(H1N1) 2009] de las distintas CC. AA. y discutir su posible impacto en la validez de la información acumulada.

Material y métodos

Se han recopilado, analizado y comparado los documentos y protocolos oficiales de las consejerías de sanidad de las CC. AA. en relación con la definición de "caso sospechoso" ("caso" en adelante) de infección por el nuevo virus gripal [A(H1N1) 2009] mientras ha estado vigente el sistema de registro e información basado en la recogida individualizada de casos.

Se ha buscado exhaustivamente en las webs institucionales del MSPS y de las consejerías de sanidad de todas las

Tabla I. Criterios que conforman la definición de caso sospechoso o probable de infección por el nuevo virus gripal A(H1N1) 2009

Período de incubación		
Manifestaciones clínicas	Forma de comienzo o presentación	
	Fiebre	
	Síntomas generales	Mialgias, malestar general o cefalea
	Síntomas o signos respiratorios	Tos, rinorrea, dolor de garganta o dificultad respiratoria
	Síntomas digestivos	Vómitos, diarrea
Síndrome gripal	Síndrome gripal –genérico– (o según algunos textos, infección respiratoria aguda). Respiratorios: tos, rinorrea, dolor de garganta, dificultad respiratoria. Generales: cefalea, mialgias, malestar general	
Criterios epidemiológicos	Uno de los siguientes en los 7 días previos: estancia en zonas con actividad gripal confirmada; contacto estrecho con caso probable o confirmado; trabajar en un laboratorio o manipulador de muestras potencialmente contaminadas	
Otras causas descartadas		
Neumonía (infección respiratoria grave)		
Fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa desconocida		

CC. AA., Ceuta y Melilla. En algunos casos los documentos se han obtenido a través de la comunicación personal de profesionales con ejercicio en Atención Primaria, bien aportando los documentos o facilitando el acceso a páginas webs poco visibles desde las webs institucionales.

Los documentos se han recopilado entre las fechas del 15 de julio y el 20 de agosto de 2009, y se ha incluido la última versión o actualización a la que se ha tenido acceso, siempre en relación a los criterios de definición de caso para el recuento individualizado de casos en toda la red asistencial vigente hasta finales del mes de julio.

Se han recogido en la tabla I todas las variables que conforman la definición de caso sospechoso o probable y el significado preciso de cada término. Se establecen tres tipos de casos sospechosos: el primero, definido por un conjunto de manifestaciones clínicas y/o datos epidemiológicos; el segundo, los casos de neumonía (o infección respiratoria grave); y el tercero, los casos de fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa no aclarada. No se incluye en el estudio lo relacionado con la definición de caso confirmado mediante criterios de laboratorio.

Resultados

Se han incluido todas las CC. AA. excepto Cantabria, de la que no se ha podido conseguir información; tampoco se ha encontrado información de las ciudades autónomas Ceuta y Melilla.

En 10 de las 16 CC. AA. restantes la información se ha obtenido de documentos disponibles en Internet; son Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid, País Vasco y Valencia. La navegación y búsqueda en las webs institucionales, salvo excepciones contadas, ha sido muy laboriosa. A destacar que en los casos de las webs oficiales de Cataluña y Galicia la información se ofrece solo en catalán y gallego, respectivamente, no habiéndose encontrado las versiones correspondientes en castellano.

En los demás casos los documentos no parecían estar disponibles en Internet y se obtuvieron a través de contactos personales con profesionales de Atención Primaria de las respectivas comunidades, que enviaron copias electrónicas de los documentos originales.

En la tabla II se muestran los criterios de definición de caso sospechoso de la Comisión Europea y el ECDC (European Centre for Disease Prevention and Con-

Tabla II. Criterios de definición de caso sospechoso (ECDC, MSPS)

CC. AA.		ECDC ⁴	MSPS ⁵
	Fecha de actualización	01/05/2009	20/05/2009
	Criterios		7 días
	Y		
	Y	Sí	Sí
	Y		
			Pueden acompañar
		Sí **	Sí **
	Y		
	O	Sí	Sí
	O	Sí	Sí
	Y	Sí §§	Sí ***

ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control; **MSPS:** Ministerio de Sanidad y Política Social.

* Mialgias, malestar general o cefalea.

† Tos, rinorrea, dolor de garganta o dificultad respiratoria.

‡ Diarrea y vómitos.

§ Síndrome gripal –genérico– (o según algunos textos infección respiratoria aguda). Respiratorios: tos, rinorrea, dolor de garganta, dificultad respiratoria. Generales: cefalea, mialgias, malestar general.

** No específica cuántos signos o síntomas de los citados debe reunir el caso.

†† Infección respiratoria grave.

‡‡ Fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa desconocida.

§§ Contacto estrecho con un caso confirmado en los 7 días previos a la aparición de la enfermedad o trabajar en un laboratorio o manipulador de muestras potencialmente contaminadas.

*** Uno de los siguientes en los 7 días previos: estancia en EE. UU., México o países del hemisferio sur; contacto estrecho con caso probable o confirmado; trabajar en un laboratorio o manipulador de muestras potencialmente contaminadas.

rol)⁴ (01/05/2009) y del MSPS⁵ (20/05/2009), correspondientes al comienzo de la pandemia y que después ya no han sido modificados.

En la tabla III (dividida en 4 partes para facilitar la presentación de los datos) se presentan los datos requeridos en cada CC. AA. para definir los casos sospechosos (Andalucía⁶, Aragón⁷, Asturias⁸, Baleares⁹, Canarias¹⁰, Castilla-La Mancha¹¹, Castilla y León¹², Cataluña¹³, Extremadura¹⁴, Galicia¹⁵, La Rioja¹⁶, Madrid¹⁷, Murcia¹⁸, Navarra¹⁹, País Vasco²⁰ y Valencia²¹).

Período de incubación

Solo 7 de las 16 CC. AA. incluidas en este estudio hacen referencia a este dato en su definición de caso sospechoso o probable, y lo hacen marcando distintos períodos de tiempo. Son:

- Andalucía, Castilla y León y Galicia: ≤ 7 días.
- Cataluña, La Rioja y Murcia: 7 días.
- Madrid: 1-7 días.

Forma de comienzo o presentación

Solo 4 de las 16 CC. AA. incluyen este dato. Son:

- Baleares, Castilla-La Mancha y Navarra: comienzo súbito (sin precisar más).
- Canarias: menos de 12 horas.

Fiebre

La fiebre constituye uno de los síntomas cardinales del síndrome gripal, y,

por tanto, uno de los principales criterios clínicos de definición de caso. La mayoría de las CC. AA. (12 de 16) señalan algún límite o punto de corte preciso:

- Más de 37,5 °C: Andalucía.
- Más de 38 °C: Aragón, Asturias, Baleares, Castilla y León, Extrema-

Tabla III. Criterios de definición de caso sospechoso (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares y Canarias). (Parte 1 de 4)

CC. AA.		Andalucía ⁶	Aragón ⁷	Asturias ⁸	Baleares ⁹	Canarias ¹⁰
Fecha actualización		23/07/2009	16/07/2009	30/06/2009	22/06/2009	16/07/2009
Criterios	Incubación	< 7 días				
Y	Comienzo				Súbito	< 12 horas
Y	Fiebre (> 38 °C)	> 37,5 °C	Sí	Sí	Sí	Fiebre o febrícula
Y	Síntomas generales *	Pueden acompañar				≥ 1
	Síntomas o signos respiratorios †	Sí ‡				≥ 1 §
	Síntomas digestivos **	Pueden acompañar	Pueden acompañar	Pueden acompañar		
	Síndrome gripal ††		≥ 2	≥ 2	Sí ‡	
Y	Otras causas descartadas					Sí
O	Neumonía ‡‡	Sí	Sí	Sí		
O	Exitus §§	Sí	Sí	Sí		
Y	Criterios epidemiológicos ***		Sí	Sí †††		

CC. AA.: comunidades autónomas.

* Mialgias, malestar general o cefalea.

† Tos, rinorrea, dolor de garganta o dificultad respiratoria.

‡ No específica cuántos signos o síntomas de los citados debe reunir el caso.

§ Excluyen el síntoma rinorrea.

** Diarrea y vómitos.

†† Síndrome gripal –genérico– (o según algunos textos infección respiratoria aguda). Respiratorios: tos, rinorrea, dolor de garganta, dificultad respiratoria. Generales: cefalea, mialgias, malestar general.

‡‡ Infección respiratoria grave.

§§ Fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa desconocida.

*** Uno de los siguientes en los 7 días previos: estancia en EE. UU., México o países del hemisferio sur; contacto estrecho con caso probable o confirmado; trabajar en un laboratorio o manipulador de muestras potencialmente contaminadas.

††† Estancia previa también incluye (con reservas) a Reino Unido y Canadá.

Tabla III. Criterios de definición de caso sospechoso (Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña y Extremadura). (Parte 2 de 4)

CC. AA	C. La Mancha ¹¹	C. y León ¹²	Cataluña ¹³	Extremadura ¹⁴
Fecha de actualización	31/07/2009	10/07/2009	31/07/2009	07/07/2009
Criterios	Incubación	≤ 7 días	7 días	
Y	Comienzo	Súbito		
Y	Fiebre (> 38 °C)	Fiebre (o febrícula)	≥ 38 °C	Sí
Y	Síntomas generales *	o un síntoma general		
	Síntomas o signos respiratorios†	≥ 1 §		
	Síntomas digestivos **		Pueden acompañar	Pueden acompañar
	Síndrome gripal ††		Sí ‡	Sí ‡
Y	Otras causas descartadas	Sí		
O	Neumonía‡‡		Sí	Sí
O	Exitus §§		Sí	Sí
Y	Criterios epidemiológicos ***		Sí	Sí

CC. AA.: comunidades autónomas; C: Castilla.

* Mialgias, malestar general o cefalea.

† Tos, rinorrea, dolor de garganta o dificultad respiratoria.

‡ No específica cuántos signos o síntomas de los citados debe reunir el caso.

§ Excluyen el síntoma rinorrea.

** Diarrea y vómitos.

†† Síndrome gripal –genérico– (o según algunos textos infección respiratoria aguda). Respiratorios: tos, rinorrea, dolor de garganta, dificultad respiratoria. Generales: cefalea, mialgias, malestar general.

‡‡ Infección respiratoria grave.

§§ Fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa desconocida.

*** Uno de los siguientes en los 7 días previos: estancia en EE. UU., México o países del hemisferio sur; contacto estrecho con caso probable o confirmado; trabajar en un laboratorio o manipulador de muestras potencialmente contaminadas.

dura, La Rioja, Madrid, Murcia, País Vasco y Valencia.

– Igual o más de 38 °C: Cataluña.

Además otras CC. AA. incluyen los criterios genéricos “fiebre o febrícula” (Canarias, Castilla-La Mancha, Galicia) o “fiebre” (Navarra); en todos estos casos sin precisar más.

Otras manifestaciones clínicas

Las demás manifestaciones clínicas se agrupan de forma dispar y discrecional. Se han encontrado 5 fórmulas distintas para establecer el conjunto mínimo de síntomas y signos propios del caso sospechoso.

En general siguen el patrón de “fiebre más alguno de los demás síntomas o sig-

Tabla III. Criterios de definición de caso sospechoso (Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia y Navarra). (Parte 3 de 4)

CC. AA.		Galicia ¹⁵	La Rioja ¹⁶	Madrid ¹⁷	Murcia ¹⁸	Navarra ¹⁹
Fecha de actualización		25/06/2009	08/05/2009	03/07/2009	03/07/2009	NC
Criterios	Incubación	< 7 días	7 días	< 7 días	7 días	
	Comienzo					Súbito
Y	Fiebre (> 38 °C)	Fiebre	Sí	Sí	Sí	
Y	Síntomas generales *	(o febrícula) o un síntoma general				
	Síntomas o signos respiratorios †	≥ 1 §				
Y	Síntomas digestivos**			Pueden acompañar	Pueden acompañar	
	Síndrome gripal ††		Sí ‡	≥ 2	Sí ‡	Sí ‡
Y	Otras causas descartadas	Sí		Sí		Sí
O	Neumonía ‡‡		Sí	Sí	Sí	Sí
O	Exitus §§		Sí	Sí	Sí	Sí
Y/O	Criterios epidemiológicos***		Sí ‡‡‡	No §§§	Sí	

CC. AA.: comunidades autónomas. NC: no consta.

* Mialgias, malestar general o cefalea.

† Tos, rinorrea, dolor de garganta o dificultad respiratoria.

‡ No específica cuántos signos o síntomas de los citados debe reunir el caso.

§ Excluyen el síntoma rinorrea.

** Diarrea y vómitos.

†† Síndrome gripal –genérico– (o según algunos textos infección respiratoria aguda). Respiratorios: tos, rinorrea, dolor de garganta, dificultad respiratoria. Generales: cefalea, mialgias, malestar general.

‡‡ Infección respiratoria grave.

§§ Fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa desconocida.

*** Uno de los siguientes en los 7 días previos: estancia en EE. UU., México o países del hemisferio sur; contacto estrecho con caso probable o confirmado; trabajar en un laboratorio o manipulador de muestras potencialmente contaminadas.

‡‡‡ Estancia en México o EE. UU. solo.

§§§ Se refuerza la sospecha si existe como antecedente el contacto estrecho con un caso de gripe.

nos". Por ejemplo, fiebre (o febrícula en algún caso) y:

- Síntomas o signos respiratorios (sin precisar número mínimo): Andalucía.
- Síndrome gripal (al menos dos del conjunto de síntomas o signos): Aragón, Asturias, Madrid y País Vasco.
- Síndrome gripal (sin precisar número

ro mínimo de síntomas o signos): Baleares, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Murcia, Navarra y Valencia.

- Síntomas generales (al menos uno) y síntomas o signos respiratorios (al menos uno, excluyendo rinorrea): Canarias.

Tabla III. Criterios de definición de caso sospechoso (País Vasco y Valencia). (Parte 4 de 4)

CC. AA.		País Vasco ²⁰	Valencia ²¹
	Fecha de actualización	21/07/2009	30/07/2009
	Criterios		
	Incubación		
Y	Comienzo		
Y	Fiebre (> 38 °C)	Sí	Sí
Y	Síntomas generales *		
	Síntomas o signos respiratorios †		
	Síntomas digestivos ‡	Pueden acompañar	Pueden acompañar
	Síndrome gripal §	≥ 2	Sí **
Y	Otras causas descartadas		
O	Neumonía ††		
O	Exitus ‡‡		
Y/O	Criterios epidemiológicos §§		

CC. AA.: comunidades autónomas.

* Mialgias, malestar general o cefalea.

† Tos, rinorrea, dolor de garganta o dificultad respiratoria.

‡ Diarrea y vómitos.

§ Síndrome gripal –genérico– (o según algunos textos infección respiratoria aguda). Respiratorios: tos, rinorrea, dolor de garganta, dificultad respiratoria. Generales: cefalea, mialgias, malestar general.

** No específica cuántos signos o síntomas de los citados debe reunir el caso.

†† Infección respiratoria grave.

‡‡ Fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa desconocida.

§§ Uno de los siguientes en los 7 días previos: estancia en EE. UU., México o países del hemisferio sur; contacto estrecho con caso probable o confirmado; trabajar en un laboratorio o manipulador de muestras potencialmente contaminadas.

En las dos CC. AA. restantes, el criterio “fiebre o febrícula” no es obligatorio; exigen la presencia de “fiebre o síntomas generales” (al menos uno de: fiebre o febrícula, mialgias, malestar o cefalea) y síntomas o signos respiratorios (al menos uno, excluyendo rinorrea): Castilla-La Mancha y Galicia.

Otras causas descartadas

La mayoría de las CC. AA. (11 de 16) no hacen mención a este criterio. Sin embargo, otras (Canarias, Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid y Navarra) incluyen

el requisito de que los criterios clínicos para ser válidos como indicativos de “caso sospechoso de infección gripal” deben no ser explicados por otra causa detectable.

Criterios epidemiológicos

Unas CC. AA. incluyen el requisito de la concurrencia de criterios epidemiológicos obligados, además de los criterios clínicos anteriores. Otras, por el contrario, no.

Entre las primeras se encuentran: Aragón, Asturias, Castilla y León, Extremadura, La Rioja y Murcia. Estas CC. AA.

exigen que los casos sospechosos además de las manifestaciones clínicas correspondientes acrediten haber estado en los 7 días previos en EE. UU., México, países del hemisferio sur, o bien contacto estrecho con un caso probable o confirmado, o bien, trabajar en un laboratorio o ser manipulador de muestras o productos potencialmente contaminados. No obstante, algunas comunidades añaden particularidades: Asturias extiende la estancia previa a Reino Unido y Canadá, mientras que, al contrario, La Rioja la limita a EE. UU. y México.

Las CC. AA. que solo incluyen criterios clínicos y omiten el requisito de cumplir criterios epidemiológicos son: Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco y Valencia. No obstante, Madrid matiza que el contacto estrecho con un caso confirmado de gripe refuerza la sospecha basada en los criterios clínicos.

Neumonía

En la mayoría de las CC. AA. (10 de 16) el diagnóstico de neumonía (o infección respiratoria grave) constituye por sí misma, y sin necesidad de otros criterios, un caso sospechoso.

Por el contrario, no mencionan este criterio Baleares, Canarias, Castilla-La

Mancha, Galicia, País Vasco y Valencia.

Fallecimiento

Con el criterio de "fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa desconocida" ocurre exactamente lo mismo que en el párrafo anterior y en las mismas CC. AA.

Discusión

El primer aspecto a destacar es la dificultad para encontrar y acceder a la información buscada a través de Internet. Las páginas webs de las CC. AA., salvo contadas excepciones, son poco intuitivas y los documentos cambian de ubicación con frecuencia. En algunos casos la información está situada en zonas no visibles de las webs (*intranet*), y en bastantes simplemente parece no estar disponible en Internet (Andalucía, Aragón, Canarias, Extremadura, Murcia y Navarra). Además, en Galicia y Cataluña, que cuentan con dos lenguas oficiales, la información solo está disponible en una de ellas, con lo que una parte de la población podría no tener acceso a la información.

El segundo aspecto importante es la disparidad de las definiciones de caso de cada CC. AA. y la falta de rigor o sentido común de algunas variables recogidas o del modo en que se concretan. Por partes:

- Llama la atención que algunas definiciones incluyen la variable "período de incubación" independientemente de los criterios epidemiológicos. En un escenario clínico –asistencial– es una variable no aplicable en la mayoría de las ocasiones, y en una enfermedad como la gripe con un espectro clínico amplio incluyendo formas muy poco sintomáticas, no tiene ningún sentido. Por otro lado, puestos a definir de forma sensata el período de incubación, habrá que usar expresiones como " ≤ 7 días", ya que otras como, especialmente, la de "7 días" son poco rigurosas.
- El comienzo brusco es una característica bien conocida y reconocible del síndrome gripal²² y, sin embargo, solo se recoge en las definiciones de 4 de las 16 CC. AA. estudiadas.
- La fiebre es uno de los síntomas cardinales del síndrome gripal y, por tanto, uno de los principales criterios clínicos de definición de caso. Todas las guías²³ y expertos^{4,5} señalan el punto de corte en "más de 38 °C", y sin embargo 6 CC. AA. marcan otros umbrales sin aparente justificación y sentido: más de 37,5 °C: Andalucía; igual o más de 38 °C: Cataluña; y otras incluyen criterios imprecisos como "fiebre o febrícula" (Canarias, Castilla-La Mancha, Galicia) o "fiebre" (Navarra). Incluso, Castilla-La Mancha y Galicia admiten definir casos de gripe sin fiebre.
- El apartado de "otras manifestaciones clínicas" es el culmen de la falta de homogeneidad y rigor. Es verdad, para empezar, que las definiciones del ECDC⁴ y del MSPS⁵ adolecen de imprecisión, ya que solo dicen "síntomas o signos de infección respiratoria aguda" sin más (tabla II). En este contexto, las CC. AA. hacen verdaderos juegos malabares a la hora de instruir a sus profesionales en la técnica para la detección de casos sospechosos; la consecuencia es la imprecisión y la variabilidad injustificada.
- En el apartado de "otras causas descartadas" también hay variedad. Canarias, Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid y Navarra exigen haber descartado otras causas que pudieran justificar los síntomas o signos susceptibles de ser catalogados de gripe. Pero ¿es que es posible descartar de forma mínimamente segura la participación etiológica de agentes como los demás virus respi-

ratorios –adenovirus, etc.– solo por la clínica?, ¿cómo puede contener la definición de caso un requisito imposible de cumplir?

- En el apartado siguiente, los criterios epidemiológicos, ocurre más de lo mismo. Aragón, Asturias, Castilla y León, Extremadura, La Rioja y Murcia estiman imprescindible la estancia previa en alguna zona endémica. Pero ¿qué sentido tiene este requisito si nos encontramos ya en la fase 6 de la pandemia?; es decir, el agente está ya diseminado por todo el planeta. Los matices que añaden algunas CC. AA., para más inri, resultan pintorescos. Las restantes 10 CC. AA. no incluyen los criterios epidemiológicos en la definición de caso, lo cual es más razonable.
- Los criterios de “neumonía” y “fallecimiento por una enfermedad respiratoria aguda de causa desconocida” muestran nuevamente la disparidad entre las CC. AA.

La gripe es una enfermedad con un espectro clínico amplio y un gran número de infecciones son poco o nada sintomáticas. Por ello, si se plantea el objetivo de la búsqueda exhaustiva de casos hay que recurrir a una definición amplia, abierta, que amplíe la sensibilidad aun en detri-

mento de la especificidad. Sin embargo, esta estrategia es de difícil implementación en los escenarios clínicos asistenciales de nuestro medio, por cuanto que exige dedicar mucho esfuerzo y tiempo a esta tarea, lo cual en un período de alta demanda asistencial puede llegar a ser imposible. Los profesionales pueden no valorar la necesidad de dedicar el tiempo requerido a la tarea propuesta si están sometidos a cargas asistenciales importantes. Las autoridades sanitarias y los servicios de Salud Pública deberían reflexionar sobre esto.

Los datos mostrados parecen reflejar que cada CC. AA. recogió casos posiblemente distintos. Por tanto, los datos acumulados carecen de rigor. Cabe discutir en qué medida las distintas definiciones de caso han afectado a la homogeneidad de los casos registrados, y también sobre la validez final de los mismos. Con los datos disponibles no se puede avanzar más en este sentido, pero es indiscutible que el sistema usado no conduce al objetivo de un registro fiable y reflejo fiel de la situación. Si las CC. AA. establecen sus criterios de forma independiente y, como se ve en este estudio, alejándose de la línea establecida por el MSPS, no se podrán acumular sus registros y se pierde la única oportunidad de conocer la realidad.

Si la fuente de información global está basada en estrategias individualistas de las CC. AA., como se pone de manifiesto en este estudio, los análisis y preparativos que se están haciendo pueden resultar no adecuados, y no hemos de olvidar que la magnitud de los gastos que están conllevando estos preparativos es realmente extraordinaria. O sea, podemos estar usando grandes cantidades de recursos públicos de forma ineficaz.

La situación reflejada en este estudio, que no es nueva^{24,25}, tiene también como efecto el desgaste y falta de confianza de los profesionales; por ejemplo, este mes de septiembre, a las puertas de la posible explosión de la pandemia, las CC. AA. y el propio MSPS se han lanzado a poner en marcha grupos de trabajo y comisiones que, con el voluntarismo como única herramienta de trabajo, tratan de hacer previsiones y preparativos para lo que se nos avecina; todos estos grupos de profesionales trabajarán sobre las mismas premisas y con los mismos objetivos; es decir, imprevisión y derroche de esfuerzos.

¿Se está abordando de forma racional la crisis sanitaria actual relacionada con la pandemia por el virus de la nueva gripe A(H1N1) 2009? La respuesta es incierta si nos atenemos a los datos mostrados en este estudio. ¿Es posible que la propia es-

tructura sea el impedimento para enfocar razonablemente los temas de salud pública?; quizás, y en tal caso habría que revisarla²⁶; o quizás no, en cuyo caso, al menos habría que *engrasarla* y *hacerla andar*. En cualquiera de los casos se necesitará el liderazgo claro de una entidad por encima de las CC. AA.; el CI parecería poder asumir esta función en este momento, pero su eficacia es más que dudosa a la vista de lo ocurrido. En cuanto a la relación del CI con los profesionales y los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud, cabe decir como botón de muestra que lo único que sabemos todos de sus deliberaciones y acuerdos es lo que nos cuentan los medios de comunicación generales tras las ruedas de prensa posteriores a sus últimas reuniones, y que su web oficial está *muda* desde finales de 2008²⁷.

Agradecimientos

Agradezco la colaboración inestimable en la recolección de documentos de M.^a Dolores Cantarero (Castilla-La Mancha), Irene Casares Alonso (Castilla y León), Be-goña Domínguez Aurrecoechea (Asturias), Elisa de Frutos Gallego (Cataluña), Nuria García Sánchez (Aragón), César García Vera (Aragón), Pedro Jesús Gorrotxategi Gorrotxategi (País Vasco), Juan José Morell Bernabé (Extremadura), Ma-

nuela Sánchez Echenique (Navarra), M.^a Dolores Sánchez Díaz (Castilla y León), Javier Soriano Faura (Valencia) y Juan Ruiz-

Canela Cáceres (Andalucía). También a los miembros del Equipo Editorial de la *Revista Pediatría de Atención Primaria*.

Bibliografía

1. OMS. El nivel de alerta de pandemia de gripe se eleva de la fase 5 a la fase 6 (11 de junio de 2009) [consultado el 12/08/2009]. Disponible en www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/es/index.html
2. MSPS. Informe semanal de situación nacional [consultado el 12/09/2009]. Disponible en www.msc.es/servCiudadanos/alertas/informesGripeA/090910.htm
3. MSPS. Nota de prensa: Cambio en el sistema de información sobre los casos de gripe A/ H1N1 en situación de pandemia en fase 6 [consultado el 18/08/2009]. Disponible en www.msc.es/gabinePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1597
4. Diario Oficial de la Unión Europea (01/05/2009). Decisión de la Comisión de 30 de abril de 2009 (2009/363/CE) que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión n.º 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. ECDC. Influenza A(H1N1)v - Common case definition [consultado el 01/08/2009]. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:110:0058:0059:ES:PDF>
5. MSPS. Definición de caso humano de infección por nuevo virus de la gripe A/H1N1. 20/05/2009 [consultado el 15/08/2009]. Disponible en www.seimc.org/noticias/brotegripeAH1N1/recomendaciones/gripeAH1N1msps4.pdf
6. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Preparación y respuesta ante la pandemia de gripe. Versión 9, 23 de julio de 2009. Sevilla: Consejería de Salud; 2009. p. 4.
7. Gobierno de Aragón. Servicio Aragonés de Salud. Normas de actuación frente a la nueva gripe humana por virus A(H1N1). 16 de julio de 2009. Zaragoza: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa-Sector 3; 2009. p. 12.
8. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Actuaciones ante la aparición de casos humanos de infección por nuevo virus de gripe A(H1N1). 30 de junio de 2009. Dirección General de Salud Pública y Participación; 2009. p. 3 [consultado el 20/08/2009]. Disponible en www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF%20DE%20TEMAS/Salud/Nueva%20gripe/protocolo_fase6.pdf
9. Conselleria de Salut y Consum. Direcció General de Salut Pública y Participació. Govern de les Illes Balears. Documento sobre cambios en la estrategia de vigilancia de la infección por el nuevo virus de gripe A/H1N1. Versión del 22/06/2009 [consultado el 15/08/2009]. Disponible en <http://epidemiologia.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST337ZI52342&id=52342>
10. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Protocolo de actuación ante la infección por nuevo virus de la gripe A/H1N1 en Atención Primaria. 16 de julio de 2009.
11. Castilla-La Mancha. Plan Regional de Actuaciones Frente a una Pandemia de Gripe. Anexo I. Normas de actuación ante la detección de un caso

por el nuevo virus de la gripe A/H1N1. 08 de agosto de 2009 [consultado el 10/08/2009]. Disponible en http://sescam.jccm.es/web1/gripe/documentos/Anexo_I_Manejo_Caso_08_08_2009.pdf

12. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Definición de caso humano de infección por nuevo virus de la gripe A/H1N1. Fecha 10/07/2009.

13. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla d'actuació a Catalunya enfront d'una infecció pel virus pandèmic (H1N1) 2009. 31 de julio de 2009 [consultado el 12/08/2009]. Disponible en www.gencat.cat/salut/dep Salut/html/ca/dir438/gr27042009.pdf

14. Fuente: comunicación personal (12/08/2009).

15. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. Espazo de Saúde. Gripe A(H1N1)v. Documento n.º 5 (26/06/2009) [consultado el 10/08/2009]. Disponible en www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=62533

16. Gobierno de La Rioja. Plan de preparación y respuesta frente a la pandemia de gripe en La Rioja. Protocolo de actuación ante un caso de enfermedad gripal con potencial pandémico [consultado el 10/08/2009]. Disponible en www.riojasalud.es/ficheros/nueva_def_caso.pdf

17. Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. Protocolo de actuación frente a casos de infección por nuevo virus de la gripe A/H1N1. Definición de caso humano de infección por nuevo virus de la gripe A/H1N1. Fecha 03/07/2009 [consultado el 31/07/2009]. Disponible en www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142554609496&language=es&pageName=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142548610562

18. Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, Ser-

vicio de Epidemiología. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Fecha 03/07/2009.

19. Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública. Actuación ante casos de gripe en Atención Primaria.

20. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. Plan de acción frente a una pandemia gripal en Euskadi (PAPGE) [consultado el 10/08/2009]. Disponible en www.osalan.net/datos/Fase-6-Virus%20AH1N1_21jul09_CAV.pdf

21. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Portal de información a los profesionales, A(H1N1) [consultado el 12/08/2009]. Disponible en <http://progra.sp.san.gva.es/inicio>

22. Criado Vega EA. P. Gripe (v.1/2007). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [consultado el 10/09/2009]. Disponible en <http://infodoctor.org/gipi/> [actualizado el 11/10/2007].

23. Lim WS. Pandemic flu: clinical management of patients with an influenza-like illness during an influenza pandemic. *Thorax*. 2007;62;1-46. doi:10.1136/thx.2006.073080.

24. De Sandoval PX. Las 17 Españas no se entienden. *El País*, Sección Sociedad, 16/01/2009 [consultado el 12/08/2009]. Disponible en www.elpais.com/articulo/sociedad/Espanas/entienden/elpepisoc/20090116elpepisoc_1/Tes

25. Rodríguez A. Dime dónde resides y te diré qué fármacos te financia la sanidad. *El Mundo*, Sección Sanidad, 26/03/2009 [consultado el 12/08/2009]. Disponible en www.elmundo.es/suplementos/salud/2009/797/1238022008.html

26. 2009: viejos y nuevos retos. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:11-6.

27. Ministerio de Sanidad y Política Social. El Consejo Interterritorial [consultado el 30/08/2009]. Disponible en www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/home.htm