



Consejo de Redacción: Ana Isabel Rivas Pérez; Mauricio Vázquez Cantero
Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Consejería de Sanidad y Consumo
Carretera de San Amaro nº 12. Ceuta. 51.001
Tfno: 856200239; Fax: 956513971; E-mail: boletin@ceuta.es; www.ceuta.es/sanidad

Edita: Consejería de Sanidad y Consumo
Imprime: Sociedad Cooperativa Imprenta Olimpia
I.S.S.N.: 1988-8899
Depósito Legal: CE. 95-2007

SUMARIO:

- **INTRODUCCIÓN**
- **ACTUACIONES ANTE LA DETECCIÓN DE CASOS DE INFECCIÓN POR NUEVO VIRUS DE LA GRIPE A (H1N1)**
- **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS HUMANOS DE INFECCIÓN POR VIRUS PANDÉMICO (H1N1) 2009**

Introducción

Desde la declaración por la OMS de fase pandémica VI el 11 de junio de 2009, las actuaciones en vigilancia han ido adaptándose rápidamente a los cambios en la situación epidemiológica internacional y nacional.

Si bien al inicio era precisa una estrategia de contención del nuevo virus, que llevaba a identificar todos los casos y vigilar todos los contactos, en la actual etapa de circulación del virus se ha pasado a una estrategia de mitigación del impacto social y sanitario.

Ya no es preciso identificar todos los casos, únicamente los graves o los detectados por redes centinela. Tampoco es necesario de manera general investigar los brotes y no es útil ni operativo realizar seguimiento e identificación de contactos.

Los protocolos de vigilancia epidemiológica y sus estrategias han ido actualizándose conforme ha evolucionado la situación internacional y nacional, siendo los vigentes los que se presentan a continuación.

Actuaciones ante la detección de casos de infección por nuevo virus de la gripe A (H1N1)

- En los casos graves, en los que el cuadro clínico indique ingreso hospitalario, se implementarán las medidas de control de la infección de transmisión respiratoria por gotas y de contacto. Se mantendrá al paciente en aislamiento durante 7 días ó si la duración de los síntomas respiratorios es mayor, hasta 24 horas tras el cese de dichos síntomas.
- Los casos leves permanecerán en su domicilio hasta que la persona haya pasado al menos 24 horas sin fiebre (la ausencia de fiebre no debe ser debida al uso de fármacos antitérmicos), o hasta que lo determine el clínico que realiza la asistencia al caso.
- Se insistirá en la importancia de las medidas de higiene básicas.
- Tratamiento con antivirales:
 - En general, únicamente se administrará tratamiento con antivirales a los casos que requieran hospitalización o a los que tengan un riesgo más elevado de sufrir complicaciones por gripe (ver grupos de riesgo más adelante).
 - La efectividad del tratamiento es mucho mayor si se administra en las primeras 48 horas, por lo que se recomienda iniciar el tratamiento tan pronto como sea posible.
- No será necesario establecer identificación, seguimiento ni, en general, administración de profilaxis a los contactos de los casos detectados.
- En cualquier caso, la administración de antivirales es acto terapéutico individual que debe ir asociado al correspondiente juicio clínico y valoración del riesgo.
- La toma y envío de muestras se realizará siguiendo los procedimientos indicados en protocolo adjunto para los sanitarios del sistema público de salud. Los sanitarios no pertenecientes a este sistema deberán usar un procedimiento similar con sus laboratorios concertados o de referencia.

GRUPOS DE POBLACIÓN DE ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES POR GRIPE

En la situación epidemiológica actual, y ante un cuadro clínico compatible con gripe, se podrá considerar la administración de tratamiento con antivirales en las personas con alguna de las siguientes condiciones clínicas:

- Mujeres embarazadas
- Enfermedades cardiovasculares crónicas (excluyendo la hipertensión).
- Enfermedades respiratorias crónicas (incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma moderada-grave persistente).
- Diabetes mellitus tipo I y tipo II con tratamiento farmacológico.
- Insuficiencia renal moderada-grave.
- Hemoglobinopatías y anemias moderadas-graves.
- Asplenia.
- Enfermedad hepática crónica avanzada.
- Enfermedades neuromusculares graves.
- Pacientes con inmunosupresión (incluida la originada por infección por VIH o por fármacos o en los receptores de trasplantes).
- Obesidad mórbida (índice de masa corporal igual o superior a 40).
- Niños/as y adolescentes, menores de 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye.

En todos estos grupos de población habrá que valorar la oportunidad de prescribir la medicación antiviral según criterios individualizados de beneficio/riesgo.

La administración de tratamiento con antivirales en las personas mayores de 65 años sin condiciones clínicas subyacentes adicionales no se ha considerado de momento, pero se está realizando una valoración continua de su inclusión en función de los datos epidemiológicos que van surgiendo.

El Subcomité de Vacunas y Antivirales no ha incluido a los niños pequeños dentro de los grupos de población a los que administrar antivirales ante la presencia de síntomas compatibles con gripe cuya clínica no sea grave o no requiera hospitalización. Esta consideración se ha realizado teniendo en cuenta que el cuadro clínico de la enfermedad ocasionada por el virus pandémico (H1N1) 2009 es leve en la gran mayoría de los casos.

ANEXO I. Utilización de antivirales frente al nuevo virus de gripe A (H1N1).

	Oseltamivir (Tamiflu®)	Zanamivir (Relenza®)								
Vía de administración, presentación y biodisponibilidad	Vía Oral Cápsulas y suspensión oral Alta biodisponibilidad	Vía inhalatoria oral Polvo para inhalación con dispositivo específico Baja biodisponibilidad (2%)								
Tratamiento (CASOS)	Tratamiento durante 5 días.	Tratamiento durante 5 días.								
- Adultos	75 mg, 2 veces al día,	2 inhalaciones de 5 mg, 2 veces/día.								
- Niños	1-12 años: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- ≤ 15 Kg</td> <td>30 mg, 2 veces/día</td> </tr> <tr> <td>- >15kg a 23 Kg</td> <td>45 mg, 2 veces/día</td> </tr> <tr> <td>- >23 Kg a 40 Kg</td> <td>60 mg, 2 veces/día</td> </tr> <tr> <td>- >40 Kg</td> <td>75 mg, 2 veces/día</td> </tr> </table>	- ≤ 15 Kg	30 mg, 2 veces/día	- >15kg a 23 Kg	45 mg, 2 veces/día	- >23 Kg a 40 Kg	60 mg, 2 veces/día	- >40 Kg	75 mg, 2 veces/día	≥ 5 años: 2 inhalaciones de 5 mg, 2 veces/día.
- ≤ 15 Kg	30 mg, 2 veces/día									
- >15kg a 23 Kg	45 mg, 2 veces/día									
- >23 Kg a 40 Kg	60 mg, 2 veces/día									
- >40 Kg	75 mg, 2 veces/día									
	Menores de 1 año (2 - 3 mg/kg/12h) ¹ : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- < 3 meses</td> <td>12 mg, 2 veces/día</td> </tr> <tr> <td>- 3 - 5 meses</td> <td>20 mg, 2 veces/día</td> </tr> <tr> <td>- 6 - 11 meses</td> <td>25 mg, 2 veces/día</td> </tr> </table>	- < 3 meses	12 mg, 2 veces/día	- 3 - 5 meses	20 mg, 2 veces/día	- 6 - 11 meses	25 mg, 2 veces/día			
- < 3 meses	12 mg, 2 veces/día									
- 3 - 5 meses	20 mg, 2 veces/día									
- 6 - 11 meses	25 mg, 2 veces/día									
Efectos adversos	Comunes (5-10 %) Náuseas, vómitos y cefaleas	Muy raros Broncoespasmo (pacientes con asma)								

¹ Nota informativa de la AEMPS para profesionales sanitarios (08/05/2009).

Fuente: Fichas técnicas y Nota informativa de AEMPS (08/05/2009).

Dosificación de oseltamivir en solución oral para niños*

		TAMIFLU® suspensión oral (12mg/ml)	TAMIFLU® cápsulas de 75 mg diluidas, diferentes concentraciones de agua potable	Formulación de solución oral de oseltamivir 15mg/ml
	Dosis	Volumen	Volumen (concentración de la dilución)	Volumen
1-12 años				
- ≤ 15 Kg	30 mg	2,5 ml	2 ml (75mg/5 ml)	2 ml
>15kg a 23 Kg	45 mg	3,75 ml	3 ml (75mg/5 ml)	3 ml
>23 Kg a 40 Kg	60 mg	5 ml	4 ml (75mg/5 ml)	4 ml
- >40 Kg	75 mg	6,25 ml	5 ml (75mg/5 ml)	5 ml
<1 año*				
< 3 meses	12 mg		0,8ml (75mg/5ml)	
3 - 5 meses	20 mg		0,8ml (75mg/3ml)	
6 - 11 meses	25 mg		1 ml (75mg/3ml)	

* Cantidades aproximadas. En menores de un año, se administrará según el peso del niño, tal y como se describe en la nota informativa de la AEMPS (08/05/2009)

La prescripción y dispensación de los antivirales frente a la gripe A se realizará siguiendo los criterios generales que el Grupo de Trabajo de Vacunas y Antivirales ha establecido para cada ámbito asistencial y que cada Administración Sanitaria y/o centros sanitarios ha adaptado a su funcionamiento interno, poniéndolo en conocimiento de sus profesionales sanitarios.

Introducción

El día 11 de junio de 2009, la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), elevó el nivel de alerta pandémica de fase 5 a fase 6.

La OMS considera que en estos momentos la pandemia reviste en general una gravedad moderada. Esta estimación se basa en la información clínica y epidemiológica reunida por la Organización hasta la fecha, así como en los datos aportados por sus Estados Miembros respecto al impacto de la pandemia en sus sistemas de salud y, en general, en su funcionamiento social y económico.

En esta fase, la OMS recomienda que los países mantengan la vigilancia con los siguientes objetivos:

- Identificar los cambios genéticos, antigénicos o funcionales del virus (por ejemplo, de la sensibilidad a los fármacos antivirales).
- Identificar los eventos que indicarían rápidamente los cambios epidemiológicos de la enfermedad. Se debe recoger información que permita evaluar la gravedad de la enfermedad a nivel nacional. La OMS ha recomendado que todos los países mantengan una estricta vigilancia para detectar cualquier evento inusual, como por ejemplo agrupaciones de casos graves o mortales de infección por el virus pandémico (H1N1) 2009, agrupaciones de casos de enfermedad respiratoria que requieran hospitalización, o cuadros clínicos inhabituales asociados a una especial gravedad o mortalidad¹
- Disponer de la información adecuada sobre el funcionamiento del sistema de atención de salud para garantizar su continuidad y la rápida aplicación de los ajustes que sean necesarios.

Los esfuerzos deben centrarse principalmente en la mitigación del impacto sanitario y social del virus mediante la atención apropiada a los enfermos en su domicilio o en centros sanitarios, y el esfuerzo ya no debe estar en intentar contener la transmisión de la enfermedad. Así, cuando el virus ya ha comenzado a circular en un país, deben abandonarse medidas que requieren muchos recursos, como la identificación y seguimiento de los contactos de los casos detectados. También debe limitarse la profilaxis con antivirales y reservar estos fármacos para el tratamiento de los pacientes, especialmente de aquellos que presenten o corran el riesgo de presentar enfermedad grave.

De igual forma, la OMS recomienda que durante lo que quede de periodo pandémico, la obtención de muestras clínicas para análisis del virus no debe ser generalizada, sino limitada a casos seleccionados, para ahorrar recursos de laboratorio y, al mismo tiempo, obtener la información esencial. Es importante resaltar que el diagnóstico de laboratorio no cambia la estrategia de manejo clínico y terapéutico de los casos.

En este momento, cobra especial relevancia la vigilancia de los casos graves. La gravedad de una pandemia es uno de los parámetros más importantes a determinar puesto que las medidas de control de la enfermedad estarán en gran medida en función de la gravedad de la misma. La vigilancia de casos graves producidos por el virus pandémico (H1N1) 2009 ayudará a definir mejor las características de las personas con mayor riesgo de padecer una enfermedad grave y es esencial para priorizar y dirigir adecuadamente los esfuerzos de prevención y control de la pandemia.

Por otro lado, la estimación de la gravedad de la pandemia, ayudará a determinar el impacto sobre los servicios de salud y las medidas de Salud Pública que deban ser adoptadas¹.

En España, desde hace varias semanas, la Red de Médicos Centinelas está detectando la circulación del virus pandémico. El incremento en el número de casos se acompaña de formas de presentación clínica más grave, por ello, se hace necesario revisar la estrategia de vigilancia.

¹ ECDC. Surveillance and studies in a pandemic in Europe. June 2009. www.ecdc.europa.eu
Boletín Epidemiológico de Ceuta, 2009-8

En España, las epidemias anuales de gripe estacional ocasionan un número de casos de gripe que oscila entre 500.000 y 1.400.000 casos², siendo los menores de 15 años el grupo que registra las incidencias de gripe más elevadas. Por otra parte, el exceso de hospitalizaciones y mortalidad por gripe y neumonía en periodos de actividad gripal, en relación a periodos sin circulación de virus gripales, se ha estudiado mediante modelos que permiten descartar la contribución de otros virus respiratorios como el VRS. De este modo, se estima un exceso total de hospitalizaciones atribuibles a gripe de 17.457³ (exceso medio anual de 1940 hospitalizaciones), de las que un 10% y 67% se producen en menores de 5 años y mayores de 64 años. Así mismo se estima un exceso total de mortalidad atribuible a gripe de 3.318 (exceso medio anual de 474 defunciones), de la que un 86% ocurren en mayores de 74 años.

Sin embargo, por los datos disponibles hasta el momento, los casos graves producidos por el nuevo virus no tienen las mismas características epidemiológicas ni clínicas que los que se presentan en temporadas de gripe estacional. La mayoría de los casos se están detectando en adultos jóvenes y un porcentaje importante de ellos no presentan factores de riesgo asociados a la aparición de complicaciones por gripe.

Estrategia de vigilancia

La vigilancia del nuevo virus de la gripe en Ceuta, mientras se mantenga la actual situación epidemiológica, se centrará en:

- **Sistema de Vigilancia de Gripe Estacional a través de la Red Centinela de Gripe de Ceuta**
- **Vigilancia de casos graves**
- **Vigilancia de agrupaciones de casos de infección respiratoria aguda**

² Vigilancia de la gripe en España. Informes de temporada. Disponible en: <http://vgripe.isciii.es/gripe/inicio.do>.

³ López-Cuadrado T, Larrauri A, Jimenez S, de Mateo S. "Influenza-Associated to Hospitalizations and Deaths in Spain". International Meeting on Emerging Diseases and Surveillance. IMED 2009.Viena.

I. Sistema de Vigilancia de Gripe Estacional a través de la Red Centinela de Gripe de Ceuta

Se seguirá el Manual de procedimiento y funcionamiento de la Red Centinela de Gripe de Ceuta versión 2009 y Adaptación transitoria a la fase pandémica VI (Anexo I), que sigue las recomendaciones del Protocolo de mantenimiento de vigilancia de la gripe del Sistema de Vigilancia de la gripe en España versión 07-09-09.

El objetivo de esta estrategia es disponer de información sobre las tendencias de la infección en cuanto a intensidad y distribución geográfica y proporcionar una muestra representativa de los casos que aparecen en la población general (básicamente casos leves). La toma de muestras de laboratorio permitirá la monitorización de las características del virus en la comunidad.

II. Vigilancia de casos graves

Se hará siguiendo el protocolo establecido (Anexo II).

El objetivo de esta estrategia es definir las características clínico epidemiológicas y virológicas de los casos que presentan enfermedad grave, para poder priorizar y dirigir adecuadamente los esfuerzos de prevención y control en la situación de pandemia. La estimación de los casos graves ayudará también a determinar el impacto sobre los servicios de salud y las medidas de salud pública que deban ser adoptadas.

III. Vigilancia de agrupaciones de casos de infección respiratoria aguda

En la situación epidemiológica actual, y teniendo en cuenta que la información necesaria sobre la circulación en los próximos meses del virus pandémico (H1N1) 2009 se va a obtener a través de los sistemas de vigilancia puestos en marcha, no será necesario la investigación epidemiológica de las agrupaciones de infecciones respiratorias agudas de forma generalizada. Únicamente se recomienda la investigación en aquellas situaciones en las que las autoridades de Salud Pública estimen necesario hacer una intervención especial.

En este contexto, las agrupaciones que se produzcan en los centros escolares y otras instituciones docentes, no precisan de una investigación específica. A estas instituciones se les informará, al inicio de la temporada, de las actuaciones a seguir ante la aparición de casos compatibles con síndrome gripal, que, de forma general, no precisan de una investigación epidemiológica.

Los dos protocolos han sido consensuados, elaborados y difundidos por el **Grupo de Vigilancia del Plan ceutí de Preparación y Respuesta ante una pandemia de gripe**, compuesto por:

- Dr. Rafael Antonio Berruezo Fernández, Jefe de Sanidad de la COMGE-CEUTA
- Dr. Julián Manuel Domínguez Fernández, FEA de Medicina Preventiva y Salud Pública y Responsable del S.P.R.L. del Hospital del Ingesa
- Dr. José López Barba, FEA de Microbiología y Responsable de Microbiología del Laboratorio del Hospital del Ingesa
- Dr. Antonio Muñoz Alcaide, Analista Clínico del Hospital Militar
- Dr. Diego Sánchez De Mora Gálvez, Director Médico de Atención Primaria
- Dr. José Antonio Martínez Martín, Neumólogo del Hospital Militar
- Dr. Rafael Rodríguez Calero, Comandante Médico de la Guardia Civil de Ceuta
- Dra. M^a Isabel Revilla Saavedra, Jefe de Servicio de Sanidad Exterior
- Dra. Ana Isabel Rivas Pérez, Jefe del Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la Consejería de Sanidad.

Corresponden a la última actualización de fecha 14 de septiembre de 2009.

Esta estrategia está basada en el documento propuesto por el Subcomité de Vigilancia y aprobado por la Comisión de Salud Pública con fecha 9 de septiembre de 2009.

Los documentos complementarios a la actuación ante la detección de casos son:

- Protocolo de toma de muestras standard
- Protocolo de toma de muestras casos graves

Los documentos complementarios a la estrategia de vigilancia son:

- Manual de funcionamiento y procedimiento de la Red Centinela de Gripe de Ceuta versión 2009 y su adaptación transitoria a la fase pandémica VI
- Estrategia de vigilancia de casos graves de infección por virus pandémico H1N1.