



los infectados)

- Población joven (0,2% <15 años; 35%, entre 5-44 años; 3% > 65 años)
- 20-25% de los hospitalizados ingresan UCI. El riesgo de ingresar en UCI es 15 veces mayor que en gripe estacional
- 70-80% pertenecen a grupos de riesgo de complicaciones
- Tasa de mortalidad en España: $0,1-0,3/10^5$ habitantes (0,014% de los infectados)
 - 7-20% de los ingresado en UCI fallecen
 - Letalidad similar o inferior a la estacional
 - Los casos graves y letales se producen en adultos jóvenes (70%, 25-64 años)
 - Más del 80% de los fallecido pertenecen a grupos de riesgo (97% en España)
 - Más del 80% fallecen por complicaciones neumónicas consientes en una neumonía vírica o bacteriana grave rápidamente progresiva que origina un síndrome de distress respiratorio y/o shock

4.- CRITERIOS DE ATENCIÓN EN CENTROS

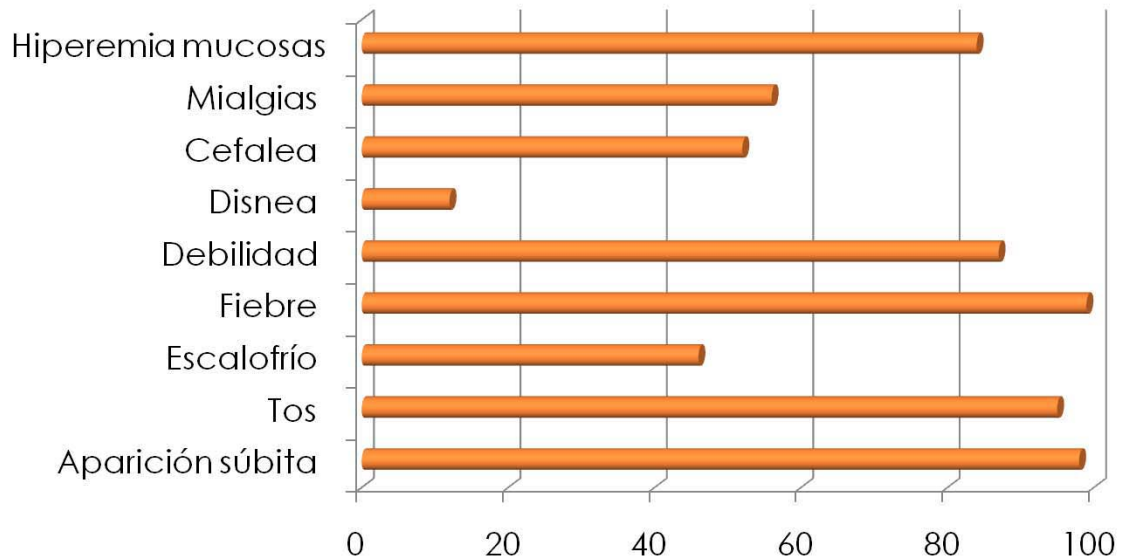
4.1 Síndrome se infección respiratoria aguda que precisa consulta

¿Son suficientemente sensibles y específicos los criterios clínicos utilizados en la actualidad para la definición de caso sospechoso de infección por el virus AH1N1?

- La gripe es una enfermedad con un espectro clínico amplio. Los síntomas más frecuentes son **fiebre, tos, cefalea, dolor de garganta, cansancio y debilidad general, congestión y/o secreción nasal, escalofríos y mialgias, presentes en un 80% o más de los pacientes**. Una quita parte de los casos han cursado con vómitos y/o diarrea. En España los primeros casos diagnosticados y confirmados han presentado tos (91,4%), fiebre (80,8%), malestar general (73,9%), cefalea (64,4%), rinorrea (60,7%), dolor faríngeo (57,3%), mialgias (54,9%) y en menos del 10% vómitos o diarrea (1). La prevalencia de los diferentes síntomas varían con la edad y gravedad
- Existen diferencias clínicas en la infección por virus A según gravedad del cuadro (1,18,24):



Series 1



Características	Población general (06/07/09)
Número de paciente	737
Edad (años)	5-12: 32% >65: 2%
Fiebre	80,8%
Tos	91,4%
Dificultad respiratoria	
Malestar general	73,9%
Cefalea	64,4%
Rinorrea	60,7%
Dolor garganta	57,3%
Mialgia	54,9%
Diarrea	10%
Vómitos	8,4%
Convulsiones	Nd
Alteración conciencia	Nd

ND: no datos. Fuente: MSyPS

- El **inicio brusco**, la presencia de **debilidad, fiebre y tos** son las características clínicas de los casos confirmados, presentes en más del 90% de los caso sospechosos de gripe AH1N1 (26):

Datos acumulados hasta la semana 45 de 2009. Red Médicos Centinelas de la CAM

- Desde el 22 de Julio de 2009 en España el sistema de registro e información de la incidencia de la gripe, está basado en la tasa estimada (por 100.000 habitantes) a



partir de los datos de los sistemas de vigilancia epidemiológica de las CC. AA. de acuerdo con las instrucciones de los respectivos servicios de Salud Pública. En la actualidad **no existe concordancia entre las CCAA en los criterios de definición de caso sospechoso de infección por el virus gripal A H1N1-2009** (27).

- En la mayoría de los documentos y protocolos oficiales de las CCAA en relación con la definición de **caso sospechoso** y la definición de la European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) se incluyen entre las variables que conforman la definición la presencia de **fiebre, síntomas generales y respiratorios y un inicio súbito de los síntomas** (28,29).
- La definición actual de caso sospechoso del **Ministerio de Sanidad y Política Social** incluye a cualquier persona con **fiebre >38°C de inicio agudo**, en ausencia de otra causa conocida y **al menos dos signos o síntomas de infección respiratoria aguda**: tos, rinorrea, dolor de garganta, dificultad respiratoria, cefalea, mialgia o malestar general. Se refuerza la sospecha si existe como antecedente el contacto estrecho con un caso de gripe. Pueden ir acompañados de diarrea y vómitos. La presencia de neumonía es también criterio de caso sospechoso (30).
- La **fiebre** es uno de los **síntomas cardinales del síndrome gripal** y, por tanto, uno de los principales criterios clínicos de definición de caso, con un punto de corte $\geq 38^{\circ}\text{C}$. El **comienzo brusco** de los síntomas es una característica bien conocida del síndrome gripal. **Los síntomas o signos de infección respiratoria aguda** son necesarios para completar el diagnóstico del síndrome gripal. La combinación de fiebre y tos de inicio agudo, tiene un mayor valor predictivo para la infección por el virus influenza en mayores de 60 años. La seguridad diagnóstica aumenta en los periodos epidémicos (31).
- El diagnóstico sindrómico de gripe pandémica no puede establecerse con seguridad por datos clínicos. El riesgo de infección gripal bien condicionado por la magnitud de la epidemia en ese momento. A pesar del incremento de casos posible en el periodo pandémico, es también previsible que exista un incremento de la demanda asistencial por otras infecciones respiratorias agudas y no será fácil diferenciar entre gripe y estas infecciones. Por este motivo se precisan **criterios diagnósticos de caso sospechoso con elevada sensibilidad**.

Recomendación:

- La **definición clínica de caso sospechoso de gripe AH1N1**, exige los siguientes criterios (ECDC):
 1. **Inicio brusco (menos de 24 horas) de los síntomas**
 2. **Presencia de fiebre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$) y tos acompañado de alguno de los síntomas relacionados más frecuentemente con la infección por el virus influenza** (cefalea, dolor de garganta, dificultad respiratoria, cansancio y debilidad general, congestión y/o secreción nasal, cefalea, escalofríos y



dolores musculares)

3. También se considera casos sospechoso:

- i. La presencia de neumonía (enfermedad respiratoria grave)
 - ii. El fallecimiento por causa de una enfermedad respiratoria aguda idiopática
- Se recomienda la **unificación de los criterios de definición clínica de caso sospechoso** en todas las Comunidades autónoma

4.2 Necesidad de valoración clínica

¿Qué pacientes requieren una valoración clínica en consulta?

- Los niños, adolescentes y adultos jóvenes son los grupos más frecuentemente infectados por la gripe AH1N1. **Los cuadros más graves y mortales de la enfermedad se han producido en menores de 50 años.** El 12% de los casos fatales se producen en mayores de 60 años (22). En la gripe estacional, alrededor del 90% de los casos graves y mortales se producen en personas de 65 años de edad o más. Las tasas de hospitalización en > 60 años por gripe AH1N1 han sido del 5% frente al 50% en gripe estacional (18).
- Aunque aproximadamente una tercera parte de los casos de enfermedad severa se presenta en jóvenes aparentemente sanos, **en la mayoría de los pacientes sin factores de riesgo** de enfermedad grave por gripe AH1N2, la infección ha seguido un **curso autolimitado con resolución espontánea completa** aproximadamente en una semana.
- Las **complicaciones graves y letales** se han producido principalmente en pacientes con **factores o condiciones de riesgo de enfermedad grave por gripe** (22,25).
- Los pacientes con enfermedad grave, generalmente presentan un **empeoramiento progresivo desde el inicio de los síntomas** (17,18,23).

Recomendación

- **La valoración clínica presencial quedaría limitada a los pacientes con signos o síntomas de enfermedad grave y aquellas personas con alto riesgo de sufrir complicaciones por la influenza con especial atención a los pacientes que presentan un empeoramiento progresivo desde el inicio de los síntomas.**



4.3 Tipo de valoración clínica

¿Qué valoración clínica debe realizarse a los pacientes con sospecha de gripe AH1N1?

- Los **síntomas clínicos más frecuentes** en los **pacientes hospitalizados en España** **fiebre, tos, dificultad respiratoria y malestar general**. Entre los que han requerido **ingreso en UCI** los síntomas más frecuentes han sido el **malestar general, diarrea, dificultad respiratoria y alteración de la conciencia** (18).
- En relación con las manifestaciones clínicas en los pacientes graves, los **síntomas digestivos** aparecen **con mayor frecuencia** (18). La **dificultad respiratoria** está presente en todos los grupos de edad, siendo más frecuente su presentación en los **pacientes de 65 y más años**. El **malestar general** se presenta más frecuentemente en los **mayores de 15 años** (18, 24).

Características	Población general (06/07/09)	Graves (24/09/09)	Mortales (23/09/09)
Número de paciente	737	303	36
Edad (años)	5-12: 32% >65: 2%	< 15: 5.5% 15-44: 61% 45-64: 25% >64: 13.8%	<15: 10,2% (45% UCI)
Fiebre	80,8%	96,9%	100%
Tos	91,4%	95,7%	96,8%
Dificultad respiratoria		77,3% (95,2% en ≥65)	91,2%
Malestar general	73,9%	90.5% 92,2% (15-64 años) 100% > 65 años	93,1%
Cefalea	64,4%	ND	40%
Rinorrea	60,7%	31,5% 69,2% (< 4 años)	28%
Dolor garganta	57,3%	ND	43.5%
Mialgia	54,9%	ND	63%
Diarrea	10%	23% (5-14 años) 27% (<5 años)	20%
Vómitos	8,4%	46% (5-14 años) 27% (<5 años)	20%
Convulsiones	Nd	ND	4,2%
Alteración conciencia	Nd	ND	12,2%

- La fiebre alta, por sí sola, no es un criterio de gravedad ni de aparición de complicaciones, pero es un dato objetivo necesario para el diagnóstico de caso probable. Además si se mantiene de forma sostenida durante cuatro o más días o reaparece en el periodo de convalecencia, requiere una valoración clínica para descartar una complicación neumónica.



- La complicación más frecuente es mayo La neumonías secundaria a sobreinfección bacteriana causan también neumonía grave (1/3 de los casos mortales). La insuficiencia respiratoria y el shock resistente han sido las causas más comunes de defunción (25).
- La insuficiencia respiratoria y shock refractario, secundarias a una complicación neumónica han sido las causas más comunes de gravedad y muerte en pacientes con infección por gripe AH1N1 complicada (25).
- Para valorar la severidad clínica de la infección, se precisa conocer los datos clínicos sugestivos de inestabilidad hemodinámica.

Recomendación

- **Los pacientes con sospecha de infección por H1N1 valorados clínicamente por un profesional sanitario deberán tener registrados las constantes que ayuden a descartar o confirmar la inestabilidad hemodinámica del paciente: temperatura axilar o rectal, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.**
- **Se recomienda medición de la saturación de oxígeno en la sangre mediante pulsioximetría y la auscultación pulmonar ante pacientes:**
 1. **Pertenecientes a los grupos de riesgo**
 2. **En presencia de signos y/o síntomas de dificultad respiratoria u otros signos de gravedad**
 3. **Cuadro de mala evolución clínica.**

4.4 Seguimiento clínico de los pacientes con sospecha de infección por el virus AH1N1

¿Qué seguimiento debe realizarse a los pacientes infectados por el virus AH1N1 que permanecen en domicilio?

- La evolución de la mayoría de los pacientes sin signos de gravedad al inicio es a la resolución espontánea con o sin tratamiento antiviral. Tanto en la gripe estacional como en la pandémica, la fiebre comienza remitir entre el 3º y 4º día del inicio y desaparece
- Los datos disponibles de los casos de infección por AH1N1 que han desarrollado una infección severa se corresponden generalmente con el patrón de aparición en el periodo de convalecencia precoz (17).
- En los casos graves, en general, los pacientes comienzan a deteriorarse alrededor de los 3 a 5 días después del inicio de los síntomas. El deterioro es rápido y muchos



pacientes desarrollan insuficiencia respiratoria en un plazo de 24 horas y han de ser ingresados de inmediato en una unidad de cuidados intensivos. En estos casos el momento del ingreso la mayoría de los pacientes necesitan ventilación mecánica para poder respirar (25)

- En España la mediana de ingreso en hospital de los casos graves es de 3 días con un intervalo entre 0 y 20 días (18,24). La mediana de ingreso en UCI es de 4 días (18)
- El seguimiento clínico puede hacerse telefónicamente mediante una anamnesis para descartar síntomas que indiquen severidad del proceso. En los casos en que exista sospecha de empeoramiento se aconseja realizar una valoración clínica en consulta (centro de salud o en el domicilio del paciente).

Recomendación

- **El seguimiento clínico debe realizarse a los pacientes incluidos en los grupos de alto riesgo**
- **A los pacientes incluidos en los grupos de alto riesgo:**
 1. **Se les debe indicar la necesidad de asegurar siempre que sea posible la existencia de un cuidador identificado y estable del paciente**
 2. **Se aconseja un seguimiento telefónico precoz al 3º día y un control al final del período de curación estimado al 7º día.**
- **A todos los pacientes se les debe aconsejar sobre la consulta inmediata a un profesional sanitario si a lo largo de la evolución de la enfermedad aparecen síntomas de severidad (confusión o mareo repentino, disminución del nivel de conciencia, dificultad respiratoria, dolor torácico intenso y persistente, palpitaciones frecuentes y mantenidas, incapacidad para orinar en 24 horas, vómitos frecuentes y constantes, persistencia de la fiebre después del 5º día desde el inicio, empeoramiento brusco de la enfermedad a partir del 6º día o empeoramiento progresivo desde el inicio del mismo).**