

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Artículos valorados críticamente

Definición de caso de sospecha de gripe en España: un ejemplo de variabilidad injustificada e injustificable

Buñuel Álvarez JC¹, Murga Cabero S², Cortés Marina RB³

¹ABS Girona-4 (Institut Català de la Salut). Girona (España).

²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Girona Josep Trueta. Girona (España).

³ABS Girona-3. Girona (España).

Correspondencia: José Cristóbal Buñuel Álvarez, jcbunuel@gmail.com

Palabras clave en inglés: influenza A virus, H1N1 subtype; epidemiology; equity in health.

Palabras clave en español: subtipo H1N1 del virus de la influenza A; epidemiología; equidad en salud.

Fecha de recepción: 18 de febrero de 2010 • **Fecha de aceptación:** 2 de marzo de 2010

Fecha de publicación en Internet: 25 de marzo de 2010

Evid Pediatr. 2010;6:7.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Buñuel Álvarez JC, Murga Cabero S, Cortés Marina RB. Definición de caso de sospecha de gripe en España: un ejemplo de variabilidad injustificada e injustificable Evid Pediatr. 2010;6:7.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/pdf?id=2010-6-7>

©2005-10 • ISSN: 1885-7388

Definición de caso de sospecha de gripe en España: un ejemplo de variabilidad injustificada e injustificable

Buñuel Álvarez JC¹, Murga Cabero S², Cortés Marina RB³

¹ABS Girona-4 (Institut Català de la Salut). Girona (España).

²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Girona Josep Trueta. Girona (España).

³ABS Girona-3. Girona (España).

Correspondencia: José Cristóbal Buñuel Álvarez, jcbunuel@gmail.com

Referencia bibliográfica: Hernández Merino A. 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. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11:383-98.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: no hay dos definiciones iguales de caso sospechoso de gripe entre todas las revisadas. Este hecho puede comprometer la validez final de los datos acumulados

Comentario de los revisores: la variabilidad de la definición de caso de sospecha de gripe entre las diversas Comunidades Autónomas no se justifica por criterios científicos. Se propone la existencia de una institución sanitaria de ámbito estatal con competencias sobre este tema y otros en los que también existe variabilidad injustificada.

Palabras clave: subtipo H1N1 del virus de la influenza A; epidemiología; equidad en salud.

Case definition of suspected influenza in Spain: an example of unjustified and unjustifiable variability

Abstract

Authors' conclusions: there are not two identical definitions of suspected flu cases among all the reviewed ones. This fact may compromise the final validity of the accumulated data.

Reviewers' commentary: the variability of the case definition of suspected influenza among autonomous communities is not justified by scientific criteria. We propose the existence of a state-level health institution with jurisdiction over this issue and others in which there is also unjustified variability.

Key words: influenza A virus, H1N1 subtype; epidemiology; equity in health.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: comparar la definición de caso sospechoso de infección por el virus An H1N1 entre las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), y valorar la validez del conjunto de datos.

Fuentes de datos: entre el 15 de julio y el 20 de agosto de 2009 se efectuó una búsqueda en las webs del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) y de las Consejerías de Sanidad de las CCAA. Cuando no existía acceso a información relacionada se contactó con profesionales que pudieran proporcionarla. La búsqueda se extendió a documentos publicados en cualquiera de los idiomas oficiales del Estado.

Selección de estudios: se recopilaron los protocolos y documentos oficiales (la última versión y posteriores actua-

lizaciones) de las distintas Consejerías de Sanidad de las CCAA y del MSPS. Se obtuvo información procedente de 16 CCAA (todas excepto Cantabria y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla). Cuando dicha información no estaba disponible en algunas zonas geográficas, se contactó con profesionales locales que pudieran complementar la información.

Extracción de datos: se realizó por una sola persona. Inicialmente se detallaron las diferentes variables que definen un caso sospechoso o probable. Posteriormente, a partir de las fuentes de información, se elaboraron tablas comparativas en donde se reflejan qué variables tiene en cuenta cada CCAA, así como la Comisión Europea y el European Centre for Disease Prevention and Prevention, para la definición de caso sospechoso o probable.

Resultados principales: Se analizó y comparó (entre las diferentes CCAA) cada variable por separado:

- Período de incubación: esta variable sólo aparece en siete de las 16 CCAA, y dentro de ellas, hay discrepancias en cuanto al tiempo (\leq siete días, siete días o entre uno y siete días).
- Forma de comienzo o presentación: solo aparece en cuatro CCAA, en tres como inicio súbito y en una como “en menos de 12 horas”.
- Fiebre: como síntoma cardinal que es, aparece en prácticamente todos los protocolos (excepto uno), pero de diversas maneras. En algunos como $>38^\circ$, en otros como $\geq 38^\circ$, en uno como $>$ de $37,5^\circ$ y, en el resto, como “fiebre o febrícula” sin determinar punto de corte.
- Otras manifestaciones clínicas: el conjunto de sintomatología acompañante es definido de forma muy dispar, existiendo cinco formulaciones diferentes.
- Otras causas descartadas: en la práctica totalidad (11 de 16) no consta esta variable.
- Criterios epidemiológicos: este criterio hace referencia a si, aparte de la sintomatología, el paciente ha estado en “un ambiente epidemiológico” favorable para el desarrollo de gripe pandémica. En cuanto a esta variable, existen diferencias significativas entre CCAA: diez no la tienen en cuenta y las seis restantes sí, de diferente forma cada una de ellas.
- Neumonía: esta variable se tiene en cuenta en diez CCAA.
- Fallecimiento: este criterio se recoge en las mismas CCAA que el ítem anterior.

Conclusión: existe una gran disparidad entre las diferentes CCAA en referencia a los criterios para definir “caso sospechoso o probable” de infección por el virus gripal AnH1N1, que conlleva al registro de casos diferentes (según en qué CCAA se recojan los datos). Y este hecho pone en duda la validez de la información acumulada, a partir de la cual se extraerán conclusiones. Parece necesario el liderazgo de una institución u organismo situado competencialmente por encima de las CCAA –como podría ser el Consejo Interterritorial de Salud– con el fin de aunar criterios diagnósticos y poder recoger datos epidemiológicos de forma homogénea.

Conflicto de intereses: no existe.

Fuente de financiación: no consta.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: la aparición de un nuevo virus gripal, el An H1N1 en abril de 2009, la extensión de la nueva gripe por todo el planeta y la posterior declaración de pandemia, junto al temor inicial de que la nueva gripe pudiera ser una enfermedad de elevada morbimortalidad, fueron motivos suficientes para que todos los países del mundo elaboraran sus planes de preparación y respuesta. Dentro de estos, un criterio fundamental fue definir qué se consideraba caso de sospecha

de gripe, el primer paso para conocer la magnitud de la enfermedad. En España las competencias en materia de sanidad están transferidas a las CCAA. Parece fundamental que existan unos criterios únicos y uniformes en todas las zonas geográficas del territorio. El presente estudio intenta determinar si verdaderamente esa necesaria unidad de criterio ha existido en todas las CCAA.

Validez o rigor científico: este estudio podría considerarse como una revisión sistemática de características especiales. Por la peculiaridad de su objetivo, se buscó información en sitios web de fuentes sanitarias oficiales, tanto del MSPS como de las diferentes CCAA. La búsqueda se realizó en las páginas web de los distintos organismos. Cuando la información no estaba disponible, se contactó con profesionales sanitarios que pudieran complementar la información. Se recuperó información publicada en los cuatro idiomas oficiales del Estado (castellano, catalán, gallego y euskera). Por lo tanto, puede considerarse que la búsqueda fue exhaustiva y rigurosa.

Importancia clínica: los resultados de este estudio ponen de manifiesto la existencia de una gran variabilidad inter-CCAA en cuanto a la definición de caso de sospecha de gripe. No hemos encontrado que esta situación se haya dado en otros países, en los que ha existido una sola definición^{1,2}. Las consecuencias de esta variabilidad pueden ser graves ya que se ha podido, según la mayor o menor rigurosidad de los criterios, infra o sobre-estimar la incidencia de la enfermedad según el territorio. La multiplicación de planes de preparación y respuesta (al menos uno por CCAA más los del MSPS) ante la gripe pandémica debe ser motivo de reflexión por el consumo de recursos humanos y económicos que han representado, y siguen representando. Otros ejemplos de variabilidad en España son, por ejemplo, la existencia en España de 19 calendarios vacunales diferentes³, hecho no justificable por motivos científicos y fuente de agravios comparativos y de inequidad del sistema sanitario. La variabilidad injustificada es un problema que se extiende a otras facetas de la sanidad; valga como ejemplo el caso de las adeno-amigdalectomías, con cifras que en España oscilan entre 2,95 intervenciones por 10.000 niños y 39,20 intervenciones por 10.000 niños según la zona geográfica⁴.

Aplicabilidad en la práctica clínica: los resultados de este estudio deben mover a la reflexión a nuestros responsables políticos. Ante determinados problemas de salud es preciso que exista unidad de criterio entre MSPS y CCAA. Quizá sea el momento de plantear la unificación, en un solo organismo sanitario oficial de ámbito estatal, de algunas competencias sanitarias esenciales, como sucede en otros países^{1,2}. La respuesta dispar y heterogénea ante la gripe pandémica o la existencia de 19 calendarios oficiales en España son sólo dos de los motivos que recomiendan plantear esta posible solución.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Health Protection Agency. Pandemic (H1N1) 2009 Influenza: information for health professionals. Clinical diagnostic criteria [consultado 2 mar 2010]. Disponible en http://www.hpa.org.uk/HPA/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/1240812234677/#diagnostic_crit
2. Australian Government's Health Emergency website. Commonwealth Department of Health and Ageing H1N1 Influenza 09 (PROTECT PHASE) Summary Sheet for General Practitioners [consultado 2 mar 2010]. Disponible en [http://www.healthemergency.gov.au/internet/healthemergency/publications.nsf/Content/976EAFBD7F009F5CA25763C001A6F7C/\\$File/GP%20summary%20Sheet%20PROTECT%20phase%20-%20190609%201030.pdf](http://www.healthemergency.gov.au/internet/healthemergency/publications.nsf/Content/976EAFBD7F009F5CA25763C001A6F7C/$File/GP%20summary%20Sheet%20PROTECT%20phase%20-%20190609%201030.pdf)
3. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Calendarios vacunales españoles [actualizado 18 nov 2009] [consultado 17 feb 2010]. Disponible en <http://www.aepap.org/vacunas/calvaces.ht>
4. Oterino de la Fuente D, Castaño Riera E. La amigdaloadenoidectomía infantil después de Glover. AVPM [consultado 17 feb 2010]. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=27&hijos=6&indice=1&subindice=0&nieto=50&marcado=1&viene=ppal>