



Sistema de
Vigilancia Epidemiológica
de Andalucía



JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud
Dirección General de Salud Pública
y Participación

Monografía

**GRUPO DE VIGILANCIA DE
GRIPE DE ANDALUCIA
INFORME DE LA TEMPORADA
2004 - 2005.**

GRUPO DE VIGILANCIA DE GRIPE DE ANDALUCIA

INFORME DE LA TEMPORADA 2004 - 2005.

1.- INTRODUCCION.

En Andalucía, la vigilancia epidemiológica de la gripe mediante la tradicional declaración de EDO, se complementa desde la temporada 1994-95 con vigilancia microbiológica y datos individualizados de casos sospechosos que proporciona el grupo de participantes en la notificación voluntaria de gripe (Grupo de Vigilancia de Gripe). Hasta la temporada 1997-1998, participaron 16 profesionales (15 médicos generales y 1 pediatra), en la temporada 1998-1999 se amplió el Grupo hasta 20 (17 médicos generales y 3 pediatras).

El Grupo de Vigilancia de Gripe esta constituido por:

- 20 profesionales distribuidos por todas las provincias: 17 médicos generales y 3 pediatra, todos ellos ubicados en centros de salud (C. de S.) y consultorios de Atención Primaria en las ubicaciones que a continuación se exponen:
 - Consultorio de Pechina, Almería (Angeles Oteros Corpas)
 - C. de S. Virgen del Mar, Almería (Ernestina Azor)
 - Consultorio de San Martín del Tesorillo, Cádiz. (José Gil Martín)
 - C. de S. Sanlúcar Barrio Bajo, Cádiz (Nuria Martinez Moral)
 - C. De S. Jerez San Telmo, Cádiz. (Fernando de Osma Rodriguez)
 - C. de S. Rodríguez Arias. San Fernando, Cádiz. (Juan Antonio Navarro González)
 - C. de S. Atalaya. Conil, Cádiz. (Juan Carlos Moreno Caravaca)
 - C. de S. Levante Norte, Córdoba. (Francisca Ceinos Vicente)
 - C. de S. Poniente, Córdoba (Rafael Bejarano Cielos)
 - C. de S. La Chana, Granada (Dolores Rueda Lozano)
 - C. de S. Zaidín, Granada (Javier Sanchez-Ruiz Cabello)
 - C. de S. Motril, Granada (José Luis Schiaffino Cano)
 - C. de S. Valverde del Camino, Huelva (M^a Dolores Corrochano Dali)
 - C. de S. Cartaya, Huelva (Victoria Yagues López)
 - C. de S. Peal del Becerro, Jaén (Gregorio Martos Toribio)
 - C. de S. Alcaudete, Jaén (Manual Zafra Garrido)
 - C. de S. Cártama, Málaga (Carlos Guerra Garcia)
 - C. de S. Trinidad - Jesús Cautivo, Málaga (José Manuel Andrade López)
 - C. de S. de Arahal, Sevilla (Manuel Cid Chavero)
 - C. de S. Fuensanta Pérez Quirós, Sevilla (Begoña Gil Barcenilla)
- El laboratorio de Microbiología del Hospital Virgen de las Nieves, Granada (Unidad de virología: Jose M^a Navarro).
- La Dirección General (D.G.) de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud y la D.G. de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

La gripe como enfermedad transmisible, se caracteriza por su presentación en ondas epidémicas con un patrón estacional típico, que en el hemisferio norte corresponde a los meses de invierno. Su gran transmisibilidad y su elevada morbilidad, se reflejan en su repercusión tanto en el absentismo laboral como escolar en ese periodo.

El virus gripal se caracteriza por su mutabilidad, lo que conlleva cambios antigénicos que condicionan el comportamiento epidemiológico de la enfermedad cada temporada.

El objetivo de este grupo es conocer en esta Comunidad Autónoma el comportamiento epidemiológico y las características virológicas de la gripe cada temporada, mediante la vigilancia de ambos aspectos de la enfermedad.

Todos los participantes realizan tanto vigilancia epidemiológica como virológica, esta última mediante la recogida de muestras de frotis faríngeo.

Andalucía participa en el "European Influenza Surveillance Scheme" (EISS): la información a este sistema es facilitada a través del Centro Nacional de Epidemiología (CNE), organismo que coordina todas las redes centinelas de gripe de aquellas Comunidades Autónomas que la tienen implantada.

La temporada de gripe se inicia la semana epidemiológica 40 de un año y concluye la semana 20 del siguiente año. Los datos que aquí se presentan corresponden al periodo comprendido desde la semana 40 de 2004 (del 3 al 9 de octubre) a la semana 20 de 2005 (del 15 al 21 de mayo).

A efectos de diagnóstico en Atención Primaria, se considera que un paciente es diagnosticado de gripe, cuando cumple alguno de los siguientes requisitos:

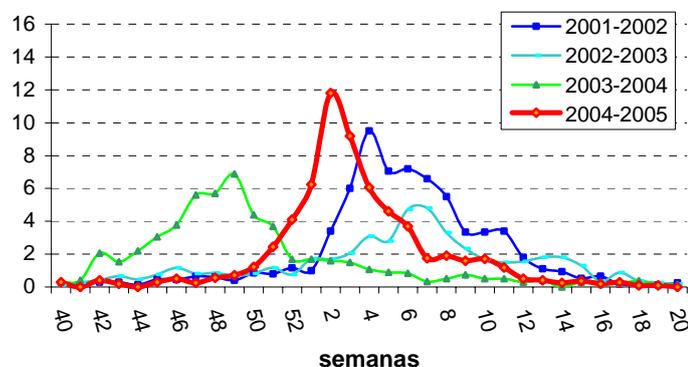
- A.- Cultivo de virus o evidencia serológica de gripe.
- B.- Epidemia de gripe más cuatro de los criterios incluidos en el apartado
- C.- Seis de los siguientes criterios:
 - Aparición súbita (en menos de 12 horas).
 - Tos.
 - Escalofríos.
 - Fiebre.
 - Debilidad y postración.
 - Mialgias, dolores generalizados.
 - Mucosa nasal y faríngea enrojecida, sin otros signos físicos respiratorios relevantes.
 - Contacto con enfermo de gripe.

2.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Durante la temporada 2004 - 2005, el Grupo de Trabajo de Gripe ha registrado un total de 760 casos sospechosos de esta enfermedad, con una tasa de 949 casos por cada cien mil habitantes para una población de referencia de 80,091 personas. Con estos datos, se puede calificar la temporada de intensidad moderada, con unas tasas de incidencia dentro de los valores esperados y menores que los registrados en la anterior en que la tasa fue de 1,029 casos por cien mil.

En la gráfica se presenta la evolución de la temporada que aquí se describe junto con las tres previas, según la razón nº de casos / nº de informantes por semana.

GRAFICO 1
GRIPES CENTINELA ANDALUCIA.
Indice semanal 2001-2002 a 2004-2005.



En esta temporada 2004-2005, cabe destacar:

- Se ha caracterizado por un "pico" epidémico agudo, acumulándose en las semanas 2 y 3 más del 40% del total de casos, siendo sus tasas de incidencia respectivamente 269'86 y 235'36 por 10⁵ valores muy por encima de la tasa máxima de la pasada temporada 2003-2004 que fue de 164'02, durante la cual, no obstante, se registraron en total casi un 8% más de casos.
- Tras el rápido descenso de la curva, se produce una estabilización de los valores entre las semanas 7 a 10 (finales de febrero y comienzos de marzo) coincidente con la circulación de virus tipo B.
- El mayor número de aislamientos se concentró en las semanas del pico epidémico anual: de los 75 aislamientos registrados esta temporada, el 41% se concentró entre las semana 1 a 4 de 2005.

En las siguientes tablas y en los gráficos número 2, 3 y 4, se presenta la distribución según **grupo de edad, género y grupo poblacional** :

Gº EDAD	0 - 4 años	5 - 14 años	15-39 años	40-64 años	>64 años
Nº CASOS (%)	86 (11'3)	186 (24'5)	256 (33'7)	181 (23'8)	51 (6'7)

GENERO	Masculino	Femenino
Nº CASOS (%)	378 (49'7)	382 (50'3)

GRUPO POBLACIONAL	Nº CASOS	%
1. ALTO RIESGO	66	8.7
2. POTENCIALMENTE TRANSMISORES	25	3.3
3. OTROS GRUPOS	40	5.3
4. POBLACIÓN GENERAL	626	82.7

Con relación a las variables analizadas, destaca:

- **Género:** La distribución por género es prácticamente al 50% en ambos.
- **Edad:** analizando la edad por quinquenios, se observa que en la etapa escolar (de 5 a 19 años) se acumula el 32% de casos (242), que al añadirle los menores de 5 se incrementa hasta un 43% (328).
- **Grupos de población:** presenta una distribución similar a la registrada en temporadas anteriores, siendo el grupo definido como "población general" (4) el que acumula el mayor número de casos con el 82'7% de los mismos (626). Le sigue a gran distancia el grupo 1 de "alto riesgo" con un 8'7%.

GRAFICA 2
Gripe centinela Andalucía 2004-2005.
Distribución según grupo de edad.

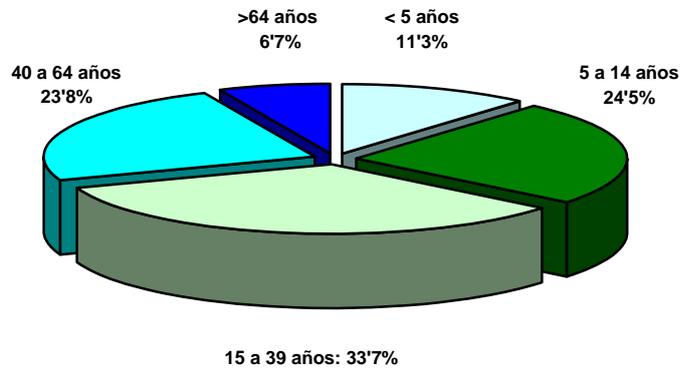


GRAFICO 3
Gripe centinela Andalucía 2004-2005
nº casos según edad y género

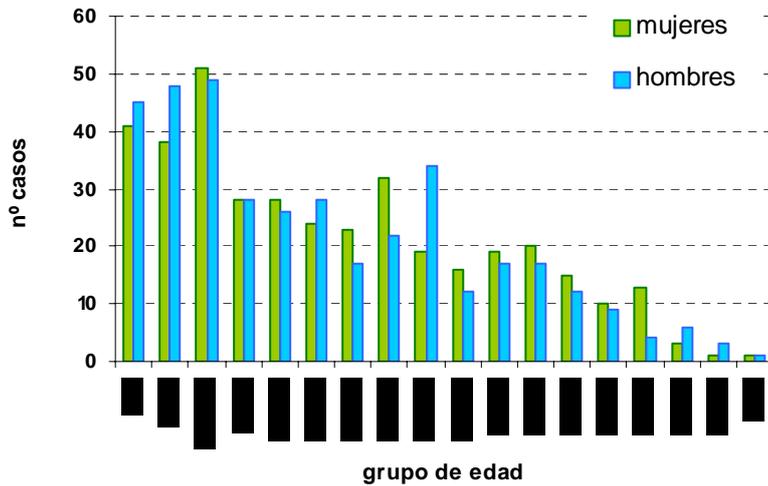
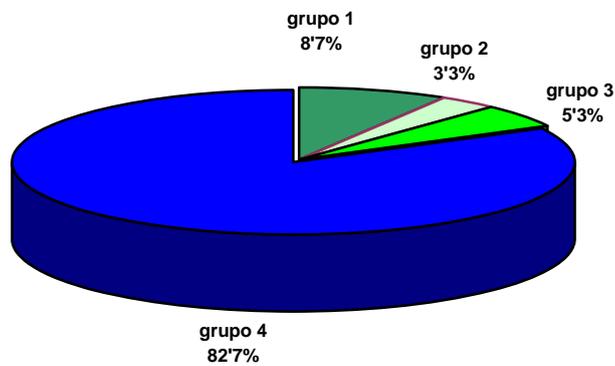


GRAFICO 4
Gripe centinela Andalucía 2004-2005
Distribución según grupo de población



De los 760 casos sospechosos, se registra la variable "antecedente de vacunación antigripal" en 754, que se distribuyen entre 686 no vacunados (91%) y 68 si vacunados (9%).

En las siguientes tablas, se presenta la distribución, según grupo de edad y de población, de los casos con y sin antecedente de vacuna antigripal cuando constan aquellas variables.

Casos con antecedente de vacunación

GRUPO DE EDAD	GRUPO DE POBLACION				TOTAL (%)
	1	2	3	4	
<15	3	0	0	0	3 (4.4)
15-39	2	1	4	9	16 (23.5)
40-64	7	1	1	7	16 (23.5)
> 64	24	3	4	2	33 (48.5)
TOTAL	36	5	9	18	68

Entre los **casos previamente vacunados**, destaca:

- Los mayores de 64 años acumulan el mayor número de casos -33-, esto es el 48'5% del total, concentrándose el 73% (24) de estos en el grupo de población 1 (alto riesgo).
- Le siguen los grupos de 15 a 39 y de 40 a 64 años, con 16 casos (23'5%) respectivamente, que se reparten entre los diferente grupos de población.
- En el grupo de menores de 15 años, los 3 casos que registran (4'4%), corresponden a niños del grupo de población 1 (alto riesgo).

Casos sin antecedente de vacunación

GRUPO DE EDAD	GRUPO DE POBLACION				TOTAL (%)
	1	2	3	4	
<5	2	0	0	82	84 (12.3)
5-14	6	1	1	174	182 (26.6)
15-39	4	7	12	215	238 (34.9)
40-64	6	12	13	131	162 (23.7)
> 64	10	0	5	2	17 (2.5)
TOTAL	28	20	31	604	683

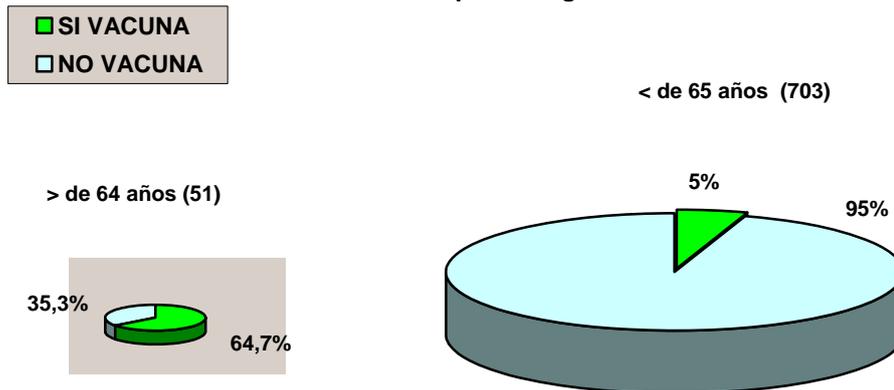
En los **casos no vacunados**, destaca:

- Como viene observándose con anterioridad, el mayor número de casos sospechosos se concentra en el grupo de población general, con el 88'4% de casos (604), y dentro de este, el grupo de 15 a 39 años es el que acumula el porcentaje más alto de los mismos -36%-, seguido del de 5 a 14 con un 29%.

En el gráfico nº 5 se representa el estado vacunal previo según dos grandes grupo de edad:

- En los menores de 65 años, los valores son similares a los de la temporada anterior: 95% sin vacunación frente al 5% con antecedentes de vacuna previa.
- En los mayores de 64 años, se observa un incremento importante en el porcentaje de previamente vacunados, que pasa a un 64,7% frente al 49% de la temporada 2003-04. Este valor supera también el registrado en 2002-03 que fue del 62%.

GRAFICO 5
Gripe centinela Andalucía 2004-2005
Estado vacunal previo según edad



3.- VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA.

El laboratorio de microbiología del hospital Virgen de las Nieves de Granada, durante la temporada 2004 - 2005 ha analizado 296 muestras de frotis faríngeos de personas que cumplan los requisitos de "sujetos en estudios" (Persona de cualquier edad que sea atendida por el médico informante o su sustituto, ya sea en urgencias o consulta, con síndrome febril (>38º) más un cuadro respiratorio en general, que se encuentre dentro de los tres primeros días desde que se iniciaron los síntomas), recogidas por los 20 profesionales participantes.

Se han obtenido 75 aislamientos de virus influenza, esto es el 25% de las muestras, que se han distribuido entre 55 virus tipo A (H₃N₂) y 20 tipo B. Aunque el número total de muestra analizadas ha sido muy inferior al de otras temporadas, el porcentaje de aislamientos ha aumentado: así, la pasada temporada 2003-2004 se recogieron 611 muestras y fueron positivas el 17,8% de las mismas.

Como se puede observar en la tabla resumen de la temporada, (ver tabla pg. 9 y gráficos 6 y 7) el primer aislamiento de virus influenza tipo A se registró la semana epidemiológica 48 de 2004 (última semana de noviembre), y partir de ahí se mantuvo circulando hasta la semana 7 de 2005 (segunda quincena de febrero); la semana 5 se aisló el primer virus tipo B, que ha persistido hasta la semana 15, casi el final de la temporada.

Las semanas con mayor número de aislamientos han sido la 2 y 3 de 2005 que entre ambas acumulan el 25% del total.

En la siguiente tabla se presenta los resultados obtenidos en laboratorio según estado vacunal del caso respecto al total de aislamientos, cuando es conocida la referida variable. En 10 aislamientos consta antecedente de vacunación.

RESULTADO LABORATORIO	VACUNA PREVIA		TOTAL (%)
	SI	NO	
NEGATIVO	18	203	221 (75%)
POSITIVO	10	65	75 (25%)
TOTAL	28	268	296

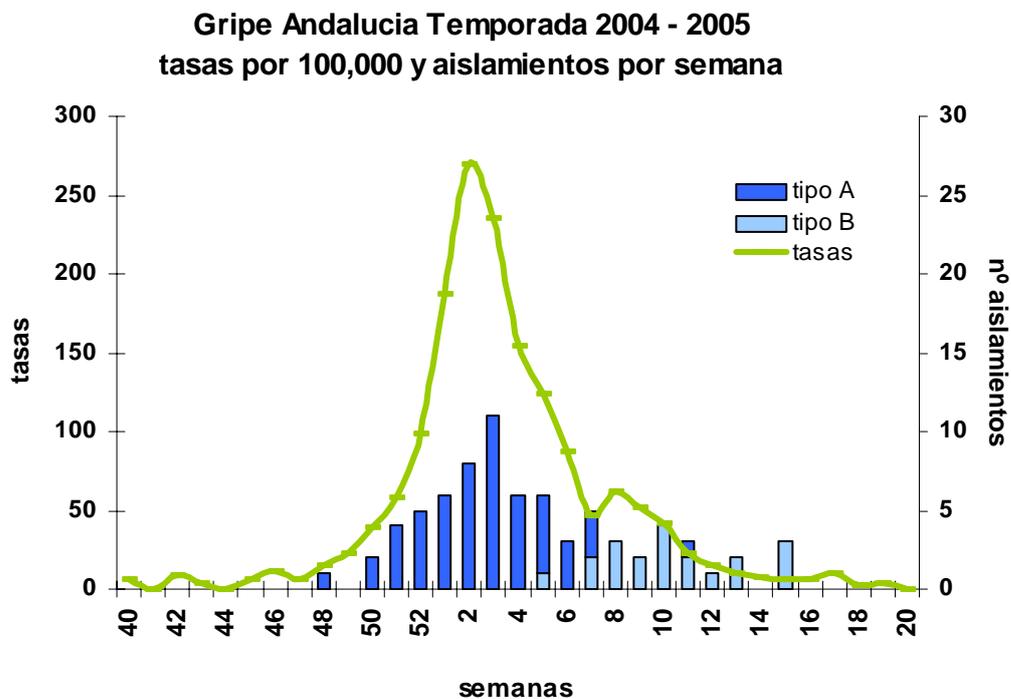
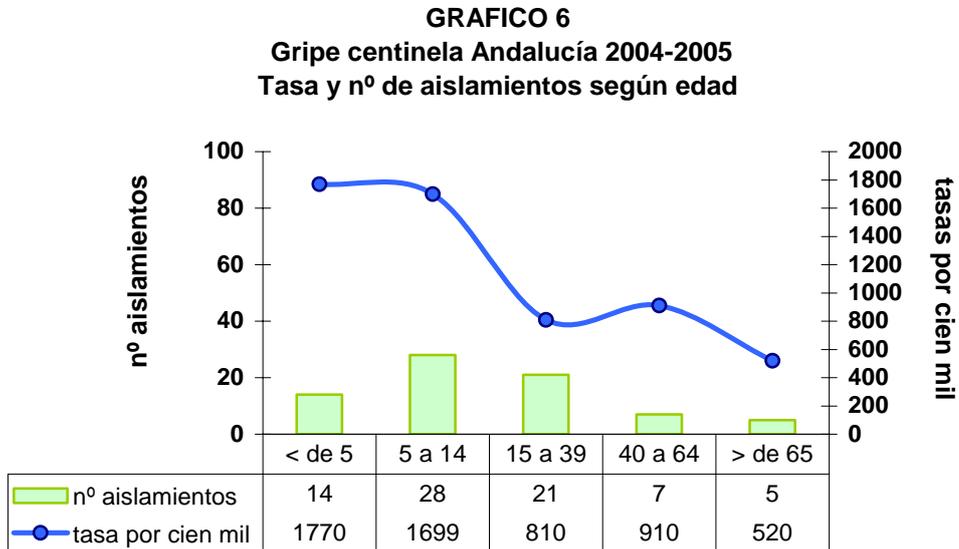
A continuación se presenta la distribución de las muestras analizadas según los grandes grupos de edad y los resultados obtenidos:

GRUPO EDAD	Nº TOTAL MUESTRAS	RESULTADOS	
		-	+ : A/B (% por grupo de edad)
< 5 años	87	72	14: 9/5 (18.7%)
5 - 14 "	97	70	28: 21/7 (37.3%)
15 - 39 "	67	46	21: 17/4 (28.0%)
40 - 64 "	29	22	7: 4/3 (9.3%)
> 64 "	16	11	5: 4/1 (6.7%)
TOTAL	296	221	75: 55/20

La distribución de aislamientos grupo de edad, muestra un comportamiento similar al descrito en los datos epidemiológicos. En el caso de la edad, los menores de 15 años acumulan el 56% (42) del total de muestra positivas al virus influenza, de las cuales 30 han sido de tipo A y 12 tipo B.

Según el informe del laboratorio, el estudio serológico y caracterización genómica de las cepas de influenza A aisladas en Andalucía son similares a A/Wellington/1/20/04 (H3N2), similar a la cepa A/Fujian/411/2002(H3N2) utilizada en la vacuna recomendada para la temporada 2004-2005. Los virus B son similares a B/Shanghai/361/2002.

En el gráfico 6 se presenta la distribución de los aislamientos y la tasa correspondiente según los grupos de edad .



La siguiente tabla muestra un resumen de los datos epidemiológico y virológicos distribuidos por semana:

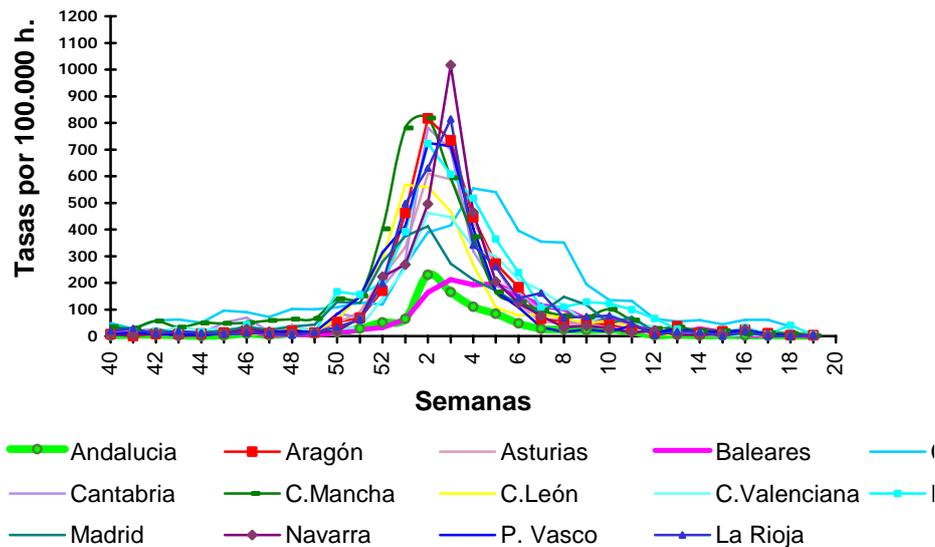
SEMANA	Nº DE INFORMANTES	Nº CASOS	INDICE	TASA	Nº DE MUESTRAS	AISLAMIENTOS	
						TIPO A	TIPO B
40	7	2	0.3	6.67			
41	4	0	0	0			
42	10	4	0.4	8.25	3		
43	10	2	0.2	3.92	8		
44	10	0	0	0	3		
45	10	3	0.3	6.11	11		
46	14	7	0.5	11.36	13		
47	16	4	0.25	6.0	12		
48	12	7	0.58	15.18	9	1	
49	11	8	0.72	22.97	0		
50	9	11	1.22	39.46	8	2	
51	9	22	2.44	58.66	9	4	
52	10	41	4.1	98.40	13	5	
1	8	50	6.25	187.1	8	6	
2	15	177	11.8	269.86	18	8	
3	14	128	9.2	235.36	34	11	
4	14	85	6.07	154.76	20	6	
5	14	65	4.64	124.1	21	5	1
6	10	37	3.7	87.74	15	3	
7	12	21	1.75	46.51	11	3	2
8	10	19	1.9	61.96	7		3
9	11	18	1.6	51.41	3		2
10	11	19	1.72	41.25	14		4
11	11	13	1.18	23.18	12	1	2
12	6	3	0.5	15.46	5		1
13	10	4	0.4	9.9	2		2
14	8	2	0.25	7.56	9		
15	8	3	0.37	6.94	7		3
16	10	2	0.2	6.36	3		
17	7	2	0.3	9.91	9		
18	10	1	0.1	3.11	0		
19	7	1	0.1	4.32	4		
20	8	0	0	0	5		
TOTAL		760			296	55	20

4.- VIGILANCIA DE LA GRIPE EN ESPAÑA: RESUMEN DE LA TEMPORADA 2004 - 2005

En cuanto a la evolución de la incidencia y de los aislamientos de gripe durante la temporada 2004 – 2005 en aquellas Comunidades Autónomas con redes centinelas, aunque las tasas de incidencias son muy dispares entre ellas, si hay coincidencia en las semanas en que se registra el pico epidémico anual, siendo Andalucía una de las redes que registra una incidencia más baja, hecho observado también en temporadas anteriores; en cuanto los aislamientos se aprecia una gran similitud tanto en la distribución temporal como en el tipo de virus aislados predominantes.

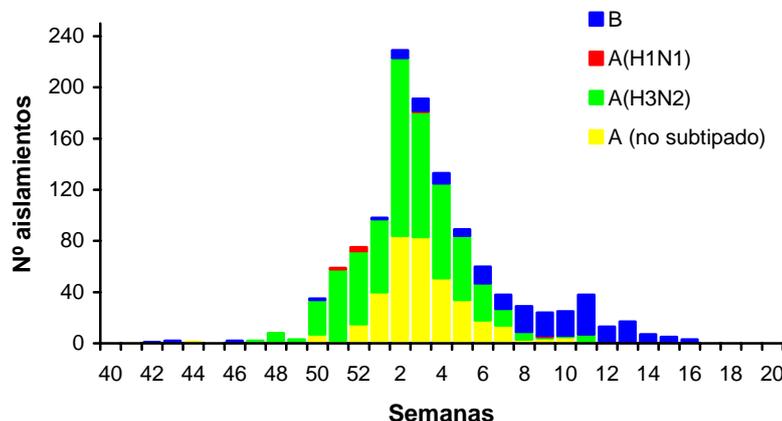
<http://193.146.50.130/htdocs/ve/ve.htm>

**Incidencia de gripe. Redes centinelas de España.
Variación regional temporada 2004-05.
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología**



En el conjunto de las Redes Centinelas del territorio nacional se ha realizado la caracterización genética de 108 virus A (H₃N₂) que resultaron similares a la cepa A/California incluida en la vacuna para la próxima temporada. Como se puede observar en la siguiente gráfica, aunque en Andalucía no se ha registrado aislamientos del virus tipo A (H₁N₁), este ha circulado, aunque de forma minoritaria, en algunas comunidades.

**Gripe. España 2004-05.
Aislamientos notificados por tipo y subtipo.
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología**



5.- VACUNA RECOMENDADA PARA LA TEMPORADA 2005 - 2006

La **composición de la vacuna antigripal** trivalente recomendada para la próxima temporada 2005-2006 en el hemisferio norte según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la decisión de la Unión Europea contiene los antígenos equivalentes a:

- A/New Caledonia/20/99(H₁N₁)
- A/California/7/2004 A (H₃N₂) ó A/New York/55/2004
- B/Shanghai/361/2002 ó B/Jiangsu/10/2003

Probablemente, una gran parte de la población ha sido infectada en el curso de los últimos años por los virus A(H₃N₂), A (H₁N₁) y B. En consecuencia, una única dosis de vacuna debería ser suficiente para todo el mundo, excepto para los niños aún no vacunados que deberían recibir dos dosis de vacuna con un intervalo de al menos cuatro semanas.

<http://www.who.int/csr/disease/influenza/vaccinerecommendations1/en/index.html>

6.- CONCLUSIONES.

- La temporada 2004-2005 se ha caracterizado por:
 1. una onda epidémica muy concentrada en las primeras semanas del año, pudiéndose calificar de intensidad moderada con unas tasas de incidencia dentro de los valores esperados.
 2. Co-circulación de virus de la gripe tipo A(H₃N₂) y tipo B.
- Los datos epidemiológicos y de laboratorio, indican que el grupo de población en edad escolar (de 5 a 19 años) ha sido el más afectado por la gripe.
- Según el Centro Nacional de Epidemiología (CNE), el comportamiento temporal ha sido similar en todas las redes centinelas de gripe del territorio nacional, aunque las tasas de incidencia han sido muy dispares.
- La información de los sistemas de vigilancia epidemiológica y virológica han permitido tener un conocimiento prácticamente a tiempo real de la evolución de la enfermedad, así como la oportuna realización de previsiones a corto y medio plazo.

7.- ACTUALIZACION DEL PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE UNA PANDEMIA DE GRIPE.

En España en el año 2003 se elaboró un “Plan de actuación frente a una posible pandemia de gripe” por parte de un grupo de trabajo creado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La OMS, considerando la situación epidemiológica existente en el sudeste asiático y teniendo en cuenta los avances en el conocimiento de la evolución del virus de la gripe, ha presentado en abril de 2005, un nuevo plan para apoyar a las autoridades sanitarias de los Países Miembros en la preparación y respuesta ante la posible pandemia de gripe. En el nuevo plan se redefinen las fases previamente establecidas en 1999 en su *“Plan Global de Preparación para la Pandemia de Gripe: El papel de la OMS y directrices para la planificación nacional y regional”*. Las nuevas fases se definen en función del riesgo de aparición de una pandemia a partir de la emergencia de un nuevo subtipo de virus de la gripe. El Plan describe las medidas que deben tomar la OMS y las autoridades nacionales durante cada fase, con el objeto de mejorar la coordinación internacional y la transparencia en las medidas recomendadas.

La OMS propone que cada país desarrolle o actualice sus planes nacionales de preparación ante una pandemia de gripe y aporta directrices para cada una de las fases propuestas.

Las fases se definen con el objetivo de manejar los riesgos para la salud pública ocasionados por la infección de virus gripal en animales, y los cambios de fase se vinculan directamente a los cambios en las actividades y en la respuesta que desde la salud pública deben plantearse. Se propone reforzar la vigilancia de los acontecimientos iniciales durante el período de “alerta pandémica” y la detección temprana de la circulación del virus, así como tomar medidas de control rápida y coordinadamente a nivel nacional e internacional, para en la medida de lo posible contener o retrasar la difusión de una nueva cepa de la gripe humana. Incluso, aunque no se consiguiera contener la difusión, el retraso en la extensión del virus permitirá ganar tiempo para desarrollar vacunas contra la nueva cepa y poner a punto las medidas de preparación ante la pandemia planificadas con antelación. El éxito de este enfoque dependerá de varios factores, siendo fundamental la vigilancia de infecciones humanas con nuevos subtipos del virus de la gripe.

El nuevo Plan publicado por la OMS, así como la situación epidemiológica y los sucesos que se están desarrollando desde principios del año 2004, han hecho que desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se revisara el Plan existente, y se presente esta nueva propuesta.

Nuevas fases pandémicas.

	Objetivos Fundamentales en Salud Pública
Período Interpandémico	
<p>Fase 1</p> <p>No se han detectado nuevos subtipos¹ del virus de la gripe en personas.</p> <p>En animales puede detectarse algún subtipo del virus de la gripe que ha causado infección previamente en personas. Sin embargo, el riesgo² de infección o enfermedad para las personas se considera bajo.</p>	Reforzar la preparación ante la pandemia de gripe a nivel mundial, regional, nacional y subnacional.
<p>Fase 2</p> <p>No se han detectado nuevos subtipos del virus de la gripe en personas. Sin embargo, un subtipo de virus de la gripe en circulación en animales representa un riesgo² considerable de enfermedad para las personas.</p>	Reducir al mínimo el riesgo de transmisión a personas; detectar y notificar dicha transmisión rápidamente si ocurre.
Periodo de Alerta Pandémica	
<p>Fase 3</p> <p>Infección(es) humana(s) con un subtipo nuevo del virus de la gripe, pero sin transmisión persona a persona, o a lo sumo casos raros de transmisión a un contacto próximo.</p>	Asegurar la rápida caracterización del nuevo subtipo del virus y la detección y notificación temprana de casos adicionales.
<p>Fase 4</p> <p>Pequeñas agrupaciones de casos con limitada transmisión de persona a persona. La transmisión está muy localizada, lo que sugiere que el virus no está bien adaptado a los humanos³.</p>	Contener la transmisión del nuevo virus dentro de focos localizados o retrasar la difusión con el fin de ganar tiempo para aplicar las medidas de respuesta.
<p>Fase 5</p> <p>Agrupaciones mayores de casos, aunque la transmisión persona a persona sigue siendo localizada, lo que sugiere que el virus está aumentando su adaptación a los humanos pero todavía no ha llegado a ser totalmente transmisible (considerable riesgo de pandemia)³.</p>	Maximizar los esfuerzos para contener o retrasar la difusión, para impedir la pandemia y ganar tiempo para aplicar las medidas de respuesta ante la pandemia.
Periodo Pandémico	
<p>Fase 6</p> <p>Fase pandémica. Transmisión elevada y sostenida entre la población general.</p>	Reducir al mínimo el impacto de la pandemia.
Periodo Post-Pandémico	
Vuelta al periodo interpandémico	Vuelta al periodo interpandémico

¹ Se define como nuevo subtipo: a un subtipo que no ha circulado en humanos durante varias décadas, de forma que la mayoría de la población carece de protección frente al mismo.

² La diferencia entre fase 1 y fase 2 está relacionada con el riesgo de infección o enfermedad causado por la cepa que está circulando entre animales. La diferencia entre ambas se debe a varios factores y a la importancia relativa de cada uno en base al conocimiento científico actual. Entre los factores se pueden incluir: la patogenicidad en animales y personas, la existencia de casos entre animales domésticos y ganado o solamente en animales salvajes; si está geográficamente localizado o extendido y si el virus es enzoótico o epizoótico. También hay que tener en cuenta la información sobre el genoma del virus y otras informaciones científicas.

³ La distinción entre las fases 3, 4 y 5 está relacionada con la evaluación del riesgo. Habrá que tener en cuenta varias factores y la importancia relativa de cada uno en base al conocimiento científico actual. Entre los factores a considerar se encuentran: la tasa de transmisión, la localización geográfica y la difusión, la gravedad de la enfermedad, la presencia de genes procedentes de cepas humanas. También hay que tener en cuenta la información sobre el genoma del virus y otras informaciones científicas.

Criterios para la declaración del cambio de fase.

El cambio de fase será realizado por el Director general de la OMS. Se realizará en armonía con la normativa vigente para la notificación y control de enfermedades (Reglamento sanitario Internacional) y consultando a otras organizaciones internacionales, si fuera necesario. Actualmente nos encontramos en periodo de alerta pandémica, fase 3.

Como el origen de las nuevas cepas y la secuencia de progresión de las mismas en la próxima pandemia puede ser difícil de predecir, la OMS puede declarar avanzar o retroceder en la escalas de las fases siguiendo un orden no secuencial. La declaración de una nueva fase implica la puesta en marcha de las acciones recomendadas en la nueva fase.

El Ministerio de Sanidad y Consumo podrá subdividir algunas fases en función de la situación nacional.

La OMS sugiere que se podrían subdividir las Fases 2-5 dependiendo de si el país está afectado (o tiene gran relación comercial o a través de viajes con un país afectado) o no lo está. También sugiere subdividir la Fase 6, la Fase Pandémica, dependiendo de si un país está afectado (o tiene gran relación comercial o a través de viajes con un país afectado) o no lo está, o bien si su primera oleada de infección está remitiendo o si ha comenzado a aparecer la siguiente oleada.

Papel de la Unión Europea en la preparación y la respuesta frente a una pandemia de gripe.

En marzo, de 2004, la Comisión Europea elaboró el documento de trabajo "*Planificación Comunitaria de la Preparación y la Respuesta Frente a Pandemias de Gripe*" en el que se planteaban las cuestiones clave, a escala nacional y de la UE, relacionadas con la planificación de la preparación y la respuesta frente a pandemias de gripe. En él se hace referencia a la legislación sobre salud animal y a las actuaciones encaminadas a prevenir y controlar la gripe en animales, en especial la gripe aviar.

El documento se ocupa de la planificación necesaria para que la Comunidad Europea responda con eficacia a una pandemia de gripe potencial o real, y se elaboró teniendo en cuenta el « Plan de preparación para la pandemia de influenza. El Rol de la Organización Mundial de la Salud y Guías para la Planificación Nacional y Regional » (OMS, Ginebra, 1999).

El objetivo del plan de preparación es minimizar el riesgo de pandemias, asegurar la preparación frente a ellas y conseguir una respuesta coordinada de la Comunidad:

- identificando los componentes clave de la respuesta;
- determinando las actividades de la Comisión, la Agencia Europea del Medicamento y los Estados Miembros que podrían facilitar las medidas de respuesta y ayudar a coordinarlas.

Se puede ampliar esta información en:

http://www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_transmisibles.htm

Edita: Dirección General de Salud Pública y Participación.
Servicio de Epidemiología y Salud Laboral
Avda. De la Innovación, s/n. Edificio Arena I. 41020 Sevilla.
Teléfono: 955-006300 FAX: 955-006329
<http://www.csalud.junta-andalucia.es/saand/svea>
Correo electrónico: josem.mayoral.sspa@juntadeandalucia.es