



Artículo especial

Recomendaciones de manejo de la gripe A (H1N1) en pacientes reumáticos con inmunosupresión

Rosario García de Vicuña^a, Belén Padilla^b, Luis Carreño^c, Santiago Muñoz Fernández^d, Emilio Martín Mola^e, Juan Gómez-Reino^f, Víctor Martínez Taboada^g, Antonio López Sanromán^h, Javier Pérez Gisbertⁱ, Federico Díaz González^j, Joaquín Hinojosa del Val^k, Emilio Bouza^b y Loreto Carmona^{l,*}

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

^b Servicio de Microbiología e Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^d Servicio de Reumatología, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^e Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de La Paz, Madrid, España

^f Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España

^g Servicio de Reumatología, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España

^h Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

ⁱ Servicio de Digestivo, Hospital de la Princesa, Madrid, España

^j Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

^k Servicio de Digestivo, Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto, Valencia, España

^l Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de septiembre de 2009

Aceptado el 28 de septiembre de 2009

On-line el 27 de noviembre de 2009

Palabras clave:

Consenso

Recomendaciones

Guías

Infecciones

Enfermedades reumáticas

Gripe

RESUMEN

La Sociedad Española de Reumatología (SER), a través de una comisión multidisciplinar, ha elaborado un documento con recomendaciones específicas para los profesionales de Reumatología, atendiendo a las características propias de estos pacientes, con el objetivo de informar y orientar a los profesionales ante la situación actual de pandemia por gripe A/H1N1. Todas las recomendaciones están basadas en documentos previos elaborados por grupos de trabajo del Ministerio de Sanidad y Política Social y de comunidades autónomas, los cuales a su vez se basan en las guías y documentos que elaboran periódicamente el Center for Disease Control (CDC) de EEUU, como centro designado por la Organización Mundial de la Salud para la coordinación de la pandemia. Se insta a todos los reumatólogos y potenciales usuarios de estas recomendaciones a que consulten los documentos originales, así como las directrices generales que se establezcan en cada centro sanitario.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Recommendations for the management of influenza A (H1N1) in rheumatic patients with immunosuppression

ABSTRACT

The Spanish Society of Rheumatology (SER), through a multidiscipline task force, has elaborated a document with specific recommendations for specialists in Rheumatology, emphasizing the special needs of patients with rheumatic diseases, with the objective of informing and orienting health professionals about the current influenza A/H1N1 virus pandemic. All of the recommendations are based on prior documents elaborated by the Ministry of Health and Social Policy task forces, as well as those from the autonomous communities, which are themselves based on the guidelines and documents routinely published by the Centers for Disease Control (CDC) in the US, this being the center designated by WHO for the coordination of efforts against the pandemic. All rheumatologists and potential users of these recommendations are encouraged to consult the original documents, as well as the general guidelines established at each health center.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Consensus

Recommendations

Guidelines

Infections

Musculoskeletal diseases

Influenza

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: lcarmona@ser.es, loreto.carmona@ser.es (L. Carmona).

Introducción

Muchos de los pacientes atendidos en reumatología pueden ser incluidos entre los grupos de riesgo de complicaciones por gripe debido a diversos motivos: *a)* en pacientes con procesos autoinmunitarios inflamatorios, la enfermedad en sí misma conlleva un mayor riesgo de infecciones; *b)* los tratamientos con corticoides, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), inmunosupresores o agentes biológicos pueden aumentar el riesgo de infecciones graves o alterar el pronóstico de infecciones leves en la población general; *c)* los pacientes con enfermedades reumáticas con frecuencia tienen afecciones viscerales (renales, cardíacas, pulmonares, endocrinas o neurológicas) o esqueléticas (anquilosis dorsal, inmovilización) que pueden complicar el curso de las infecciones concomitantes; *d)* los pacientes con enfermedades reumáticas presentan en algunos casos comorbilidades que pueden suponer un riesgo adicional en el caso de que se presente una neumonía u otras complicaciones, como las bronquiectasias, la arteriosclerosis, la cardiopatía isquémica o la osteoporosis con aplastamientos vertebrales y restricción respiratoria, y *e)* algunas enfermedades reumáticas son más prevalentes en pacientes de edad avanzada, en los que es más frecuente la coexistencia de otras enfermedades que por sí mismas constituyen factores de riesgo, como la diabetes mellitus, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal, la bronquitis crónica o el cáncer. Además, la experiencia previa de difusión de recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología (SER) para intervenciones profilácticas en pacientes reumáticos con inmunosupresión ha demostrado que minimiza el impacto de las enfermedades infecciosas a las que se dirigen de forma eficiente.

La SER, a través de una comisión multidisciplinaria, ha elaborado un primer documento con recomendaciones específicas para los profesionales de reumatología, atendiendo a las características propias de estos pacientes, con el objetivo de informar y

orientar a los profesionales ante la situación actual de pandemia por gripe A (H1N1).

Todas las recomendaciones están basadas en documentos previos elaborados por grupos de trabajo del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSyPS) y de comunidades autónomas, los cuales, a su vez, se basan en guías y documentos que elabora periódicamente el Center for Disease Control (CDC) de Estados Unidos, como centro designado por la OMS para la coordinación de la pandemia (figs. 1 y 2). Además, dado el avance tan rápido en el comportamiento epidemiológico de esta pandemia, es de esperar que la vigencia de estas recomendaciones sea limitada. Por ello, se insta a todos los reumatólogos y potenciales usuarios de estas recomendaciones a que consulten los documentos originales, así como las directrices generales que se establezcan en cada centro sanitario.

Métodos

Se creó de forma urgente un panel de expertos designados por la SER, de acuerdo a su disponibilidad (*quorum* mínimo), junto con expertos en infecciosas y otros en digestivo que tratan regularmente a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, para una primera reunión presencial. La metodología seguida fue la de grupo nominal. Se solicitó a los miembros del panel, antes de la reunión, que elaborasen una lista de los aspectos para incluir en el documento o expresasen su opinión por escrito sobre aspectos concretos. Asimismo, se facilitaron documentos previos que sirvieran de apoyo^{1,2}. A continuación se discutieron los resultados en el grupo. La discusión no mostró graves desacuerdos y las bases del documento fueron acordadas por unanimidad. Las discusiones de la reunión fueron organizadas con Mind Manager Pro[®] a la vista de los participantes y el documento resultante se editó y circuló entre los panelistas para sus comentarios. No se consideró

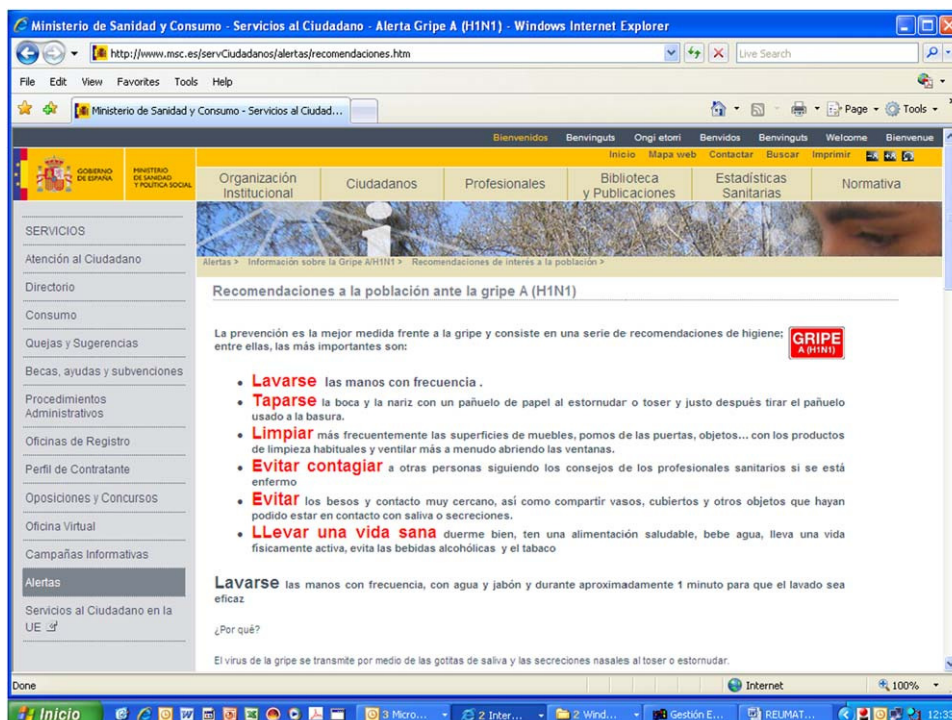


Figura 1. Todos los pacientes, con o sin inmunosupresión, deberán seguir las recomendaciones realizadas hasta el momento por el Ministerio de Sanidad y Política Social para todos los ciudadanos (<http://www.msc.es/servCiudadanos/alertas/recomendaciones.htm>).

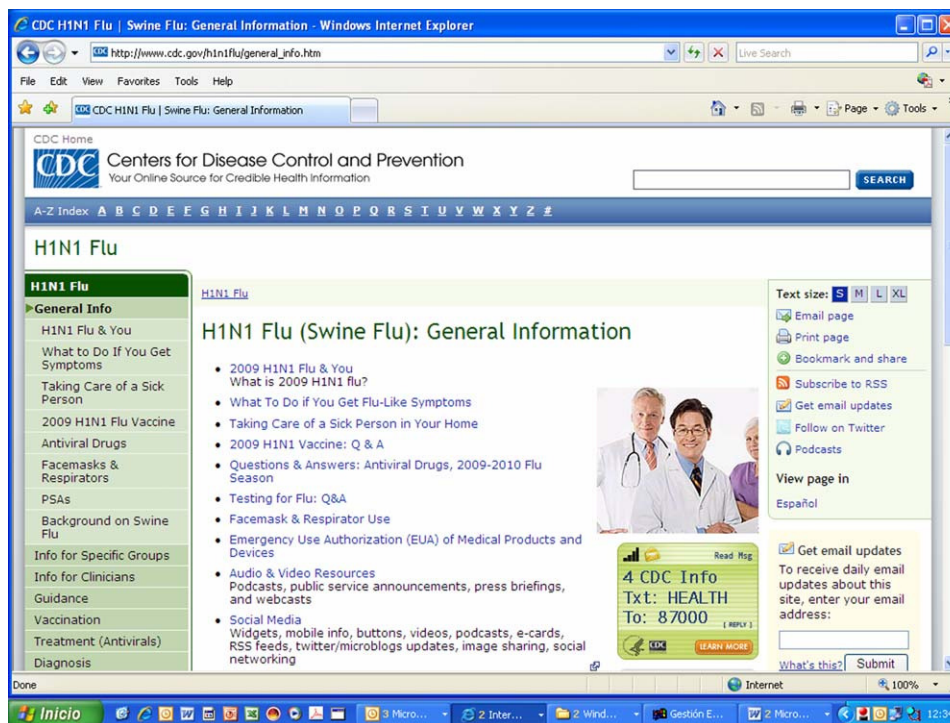


Figura 2. Dado que la información sobre esta pandemia varía día a día, se recomienda a todos los profesionales sanitarios que consulten las fuentes oficiales con regularidad (http://www.cdc.gov/h1n1flu/general_info.htm).

la realización de revisión sistemática por tres motivos: la necesidad de actuar rápidamente, la novedad excesiva del tema y la experiencia de los expertos.

Resultados

Objetivo y grupos de riesgo a los que van orientadas las recomendaciones

Estas recomendaciones están dirigidas principalmente a orientar a los reumatólogos sobre el manejo de los pacientes que están en riesgo de complicaciones graves por gripe. Estos son: a) pacientes de cualquier edad con enfermedades autoinmunitarias sistémicas, entre las que se incluyen: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, vasculitis o artritis psoriásica; b) pacientes con otras enfermedades reumáticas con los siguientes factores de riesgo añadidos: ser mayor de 65 años, ser menor de 19 años y recibir tratamiento con ácido acetilsalicílico, y en especial los menores de 5 años, las embarazadas, aquellos con obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma (especialmente si se ha recibido tratamiento esteroideo en el último año), enfermedad cardiovascular —salvo hipertensión arterial aislada—, enfermedad neoplásica activa, insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica, diabetes mellitus, hemoglobinopatías (drepanocitosis), trasplantados o pacientes con resecciones viscerales importantes o caquexia, y c) pacientes que, independientemente de la enfermedad, utilicen los siguientes tratamientos a cualquier dosis: corticoides orales, inhalados, parenterales o aplicados tópicamente en la mucosa intestinal; inmunosupresores: metotrexato, azatioprina, ciclosporina, ciclofosfamida, mercaptopurina, tacrolimus, micofenolato o leflunomida, o biológicos: infliximab, etanercept, adalimumab, tocilizumab, rituximab, abatacept, golimumab o anakinra.

Diagnóstico de gripe A

La sospecha de gripe A durante el periodo de pandemia, en cualquier persona, viene dada por: fiebre (temperatura superior a 37,8 °C) más alguno de los siguientes síntomas: tos, estornudos, rinorrea, odinofagia, cefalea y mialgias. En los grupos de riesgo previamente establecidos, durante la pandemia se puede considerar además sospecha de gripe A en ausencia de fiebre, siempre y cuando se den, al menos, otros dos síntomas, o en un paciente con neumonía.

Tras la aparición de los síntomas, el paciente debe ponerse en contacto con los servicios sanitarios siguiendo las recomendaciones de su comunidad autónoma (médico de atención primaria, teléfono 112 o los teléfonos establecidos por cada comunidad).

El procedimiento diagnóstico aceptado en la actualidad es la PCR específica para H1N1 en exudado nasofaríngeo. El exudado nasofaríngeo se realizará preferentemente con torunda flexible y larga que no sea de algodón ni de alginato. Es muy importante introducir la torunda en profundidad³.

En la inmensa mayoría de los casos, la gripe A tiene una sintomatología muy similar a la de la gripe común, por lo tanto, va a ser muy difícil, si no imposible, poder distinguir ambos procesos exclusivamente por la sintomatología. Por otro lado, y por lo que sabemos hasta ahora, la gripe A no se está comportando de forma más grave que la gripe común y evoluciona correctamente con las medidas habituales empleadas para la gripe común. En consecuencia, todo paciente con síntomas de gripe debe consultar a su médico de atención primaria.

No obstante, todo paciente con enfermedad reumática incluido en los grupos de riesgo que presente un cuadro febril de más de 48 h debería consultar con su reumatólogo utilizando los canales habituales puestos a su disposición.

La valoración clínica en estos pacientes debe incluir: a) radiografía de tórax, dado que el riesgo de neumonía es mayor

en las 48-72 h; b) toma de constantes vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria); c) valoración de la saturación basal de oxígeno en sangre mediante pulsioximetría; d) situación del nivel de conciencia, y e) síntomas que indiquen infección de las vías respiratorias bajas y auscultación cardiopulmonar.

Los criterios de ingreso hospitalario se fundamentarán en la situación clínica del paciente. No obstante, se ha de considerar en todos los casos de complicación en forma de neumonía.

En caso de seguimiento ambulatorio, se debe recomendar que el paciente con gripe sea reevaluado clínicamente por su médico de atención primaria en el plazo de 48-72 h tras la consulta inicial.

Prevención

Se puede diferenciar entre las medidas generales, las de los pacientes de riesgo y las de los sanitarios que los tratan.

Las medidas generales que recomienda el panel son las emitidas por el MSyPS, que incluye lavado de manos, limpieza frecuente, precaución al toser, pañuelos desechables y evitar aglomeraciones⁴. El MSyPS recomienda que si se padece la gripe se debe permanecer en el domicilio 7 días después del inicio de los síntomas (10 días para los niños) o hasta 24 h tras el cese de síntomas si la duración de éstos es de más de 7 días.

En cuanto a los pacientes reumáticos en riesgo, se evitará su exposición continuada a enfermos de gripe, quienes deberán seguir las medidas de aislamiento recomendadas. En caso de exposición, se vigilará la aparición de síntomas compatibles con gripe A, controlando a diario la temperatura corporal. En ausencia de síntomas de sospecha, no se recomienda suspender ningún tratamiento de su enfermedad reumática. La quimioprofilaxis deberá estar indicada siempre por un médico y sólo en los supuestos referidos posteriormente.

Los sanitarios deben seguir las recomendaciones generales del MSyPS sobre higiene de evitación, protección y aislamiento propio, si procede⁵. Es imprescindible que los profesionales que trabajen en unidades donde se atiende a pacientes con gripe A estén vacunados contra la gripe estacional y, en su momento, contra la gripe A (H1N1) si así lo determina el Ministerio. En el momento actual, no está indicada la quimioprofilaxis ni el tratamiento con antivirales, salvo en sanitarios con factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones en caso de gripe. Tampoco deben tomarse muestras para diagnóstico virológico, excepto en los casos en que exista indicación para ello, según las recomendaciones del protocolo de diagnóstico y tratamiento.

Vacunas

La vacuna contra la gripe A aún está en desarrollo. Dado que desconocemos aún su eficacia, seguridad y disponibilidad, no podemos establecer ninguna recomendación respecto a quién administrarla. En cualquier caso, es de suponer que, junto con otros inmunodeficientes, los pacientes objeto de este documento serán considerados por el Ministerio como un grupo prioritario para la vacunación. El panel sólo puede recomendar mantenerse al día sobre las recomendaciones del Ministerio.

Adicionalmente, el panel desea exponer los siguientes puntos, previendo la disponibilidad de la vacuna:

- Previsiblemente la respuesta en los pacientes tratados con rituximab o metotrexato pudiera estar disminuida, dado que la respuesta a neumococo y virus de gripe estacional lo está, pero eso no debe ser una contraindicación para la vacunación contra la gripe A (H1N1) cuando se disponga de ella.

- El momento de la vacunación deberá valorarse de forma individual. Si se prevé iniciar tratamiento con rituximab o abatacept y la vacuna está disponible, es preferible diferir el inicio del tratamiento biológico. No obstante, hay que sopesar el riesgo de diferirlo si ello conlleva aumentar la dosis de otros fármacos inmunosupresores, incluidos corticoides. En cuanto al tiempo tras la vacunación, no es posible aconsejar ninguno concreto, aunque es posible que 4 semanas sean más que suficientes.

- Lo que sí puede recomendarse claramente es la vacunación contra gérmenes que podrían complicar un cuadro de gripe A, entre los que se encuentran la propia gripe común (anual) y el neumococo (cada 5 años).

Desconocemos si la vacunación contra la gripe A conferirá protección a los pacientes con enfermedades reumáticas. Podemos extrapolar lo conocido de la vacunación contra la gripe estacional, dado que no hay motivo para sospechar que ambos procedimientos difieran en cuanto a resultados. De hecho, el plan contra la gripe A es un protocolo estricto de medidas contra la gripe estacional.

La OMS ha establecido una red de vigilancia para establecer con carácter anual las recomendaciones para la composición de la vacuna antigripal, que son publicadas convenientemente meses antes de iniciar la campaña de vacunación. Si no hay mutaciones o variaciones antigénicas del virus frente a lo previsto, es decir, si hay una buena coincidencia antigénica entre la vacuna y la epidemia estacional, la eficacia frente a la enfermedad es del 70 al 90% en adultos sanos. Entre ancianos no institucionalizados la vacunación reduce la tasa de hospitalización por gripe y la aparición de neumonía en más del 50% y el riesgo de muerte se reduce en dos terceras partes⁶.

La vacunación contra la gripe estacional en pacientes reumáticos considerados inmunodeficientes por su enfermedad o por su tratamiento se ha demostrado eficaz⁷, especialmente en pacientes con artritis reumatoide⁸, con buena tasa de respuesta a las 6 semanas de la vacunación⁹, aunque menor que en sanos (tasa de respuesta en torno al 70%). Otros estudios demuestran que puede ser eficaz también en pacientes con granulomatosis de Wegener inactiva¹⁰, pero poco eficaz en pacientes con lupus eritematoso sistémico¹¹. La vacuna contra la gripe estacional se ha demostrado segura y no se ha relacionado con la exacerbación de la artritis reumatoide.

Los tratamientos pueden modificar la respuesta antigénica frente a la vacuna. La información disponible es mayor en artritis reumatoide. Lógicamente, toda la información está relacionada con la gripe estacional, si bien es razonable extrapolar la información a la vacunación contra la gripe A. Antes de iniciar cualquier tratamiento potencialmente inmunosupresor lo ideal sería programar todas las vacunaciones necesarias. Sin embargo, en la práctica clínica diaria esto no siempre es posible y la vacunación no justificaría retrasar el tratamiento en exceso.

Corticosteroides. La dosis de esteroides necesaria para considerar a un paciente en riesgo de gripe u otra infección es un punto de debate y discutible sobre el que no hay acuerdo. En general, no sólo para la gripe, el riesgo relativo de infección en pacientes tratados con esteroides varía, según los estudios, entre un leve aumento de riesgo relativo de 1,6 a un riesgo relativo alto de 8¹². El riesgo es menor en pacientes que reciben menos del equivalente a 10 mg/día de prednisona o si la dosis acumulada es inferior a 700 mg. Dada la falta de acuerdo, es recomendable considerar en riesgo a los pacientes en tratamiento con cualquier tipo de dosis y, muy especialmente, a aquellos con más de 10 mg/día de prednisona o su equivalente, o con dosis acumulada mayor de 700 mg. Respecto a la respuesta frente a la vacunación, hay un estudio que demuestra que los esteroides, independientemente de la dosis y la vía de administración, no alteran la respuesta a la vacuna¹³.

FAME sin actividad inmunosupresora. No hay evidencia de que los FAME sin actividad inmunosupresora (hidroxicloroquina, cloroquina o salazopirina) tengan ninguna influencia en la aparición de infecciones, incluida la gripe. Tampoco hay evidencia de que estos fármacos puedan alterar la respuesta antigénica de la vacuna contra la gripe.

Inmunosupresores (incluido metotrexato). Hay escasos estudios que muestren la eficacia antigénica de la vacuna contra la gripe en distintos grupos de tratamiento inmunosupresor. En todos los revisados, la respuesta antigénica de la vacuna es significativa, aunque en general es menor que en controles sanos. Se recomienda la vacunación a pesar de que las tasas de respuesta puedan ser inferiores. En un estudio⁹ la respuesta frente a la vacuna contra la gripe en pacientes con artritis reumatoide era de hasta el 70%, con diferencia significativa respecto a sanos (82%). No obstante, esta diferencia no se relacionó con tratamiento alguno y se concluyó que la vacunación era eficaz a pesar de que la respuesta fuera menor. En otro estudio¹⁴, la tasa de respuesta antigénica frente a la vacuna en pacientes con artritis reumatoide tratados con metotrexato fue superior a combinaciones de distintos tratamientos con FAME o anti-TNF. Las tasas de respuesta frente a la vacuna fueron significativas en todos los grupos y se recomendó la vacunación contra la gripe independientemente del tratamiento. Hay un trabajo en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) en baja actividad en los que el tratamiento con azatioprina se asocia con una respuesta antigénica frente a la vacuna antigripal significativamente menor que la de otros pacientes con LES¹¹. Esto obliga a extremar las precauciones en pacientes con LES tratados con azatioprina en los que la vacuna podría no ser eficaz.

Terapias biológicas. La respuesta antigénica de la vacuna contra la gripe en pacientes tratados con la combinación de metotrexato y anti-TNF es menor que la desarrollada por los pacientes tratados tan sólo con metotrexato, pero, como en otras ocasiones, la respuesta antigénica es significativa y se recomienda la vacunación antigripal a los pacientes tratados con anti-TNF^{9,15}. Un estudio de rituximab muestra que la tasa de respuesta antigénica a las 4 semanas de la vacunación contra la gripe es del 18% en los pacientes con artritis reumatoide tratados con rituximab, tasa significativamente inferior a la de los pacientes con artritis reumatoide tratados con FAME tradicionales y a la de controles sanos¹⁶. A pesar de que la tasa de respuesta es inferior en los pacientes con rituximab de este estudio y, comparativamente, la respuesta es inferior a la que se produce con otros tratamientos, se concluye que no se debería excluir de la vacunación antigripal a los pacientes tratados con rituximab. En cualquier caso, es preferible vacunar antes de iniciar tratamiento con rituximab. En cuanto al tiempo que ha de transcurrir desde la vacunación hasta que se pueda iniciar de forma segura el tratamiento con rituximab, esto no es fácil de precisar.

La vacuna contra la gripe A, como las vacunas contra la gripe estacional, posiblemente incluirá antígenos timo-dependientes. La respuesta a este tipo de antígenos está mediada por los linfocitos B, pero requiere la activación de los linfocitos T. Es concebible que en los pacientes tratados con abatacept la respuesta pueda estar disminuida. Abatacept disminuye la respuesta tanto a antígenos timo-dependientes (toxoides del tétano, gripe) como a los antígenos timo-independientes (neumococo)¹⁷. Los pacientes tratados con infliximab están recibiendo simultáneamente metotrexato, que disminuye la respuesta a los antígenos de la vacuna, pero no parece que el medicamento biológico disminuya aún más la respuesta antigénica.

Profilaxis con tratamiento antiviral

No está justificada en momento de pandemia, salvo excepciones. En ningún caso se deben utilizar antivirales de forma

sistemática como medida profiláctica. Las medidas profilácticas elementales son las de la gripe común y están publicadas en las recomendaciones del MSyPS. El uso indiscriminado de antivirales conduciría a crear resistencias a estos fármacos y, por lo tanto, a disminuir su eficacia cuando haya que administrarlos a los pacientes con riesgo de complicaciones graves.

La profilaxis con antivirales podría considerarse en el caso de los pacientes del grupo de riesgo que hayan estado en contacto estrecho y prolongado con un caso de gripe A confirmada. Si se indica la profilaxis, se debe considerar el inicio lo más precoz posible. El periodo de contagio es unas 48 h. La pauta de profilaxis postexposición es: de elección, para evitar resistencias posteriores al oseltamivir, zanamivir por vía inhalatoria, a menos que se presenten enfermedades respiratorias con riesgo de broncospasmo que desaconsejen el empleo de este fármaco: 2 inhalaciones juntas cada 24 h durante 10 días. Adicionalmente, oseltamivir 75 mg vía oral cada 24 h durante 10 días.

Tratamiento

Sólo se debe tratar a los pacientes con sospecha y riesgo de complicaciones o ya con neumonía.

Hay que empezar a tratar preferentemente antes de 48 h tras el inicio de los síntomas, justo después de tomar la muestra de exudado nasofaríngeo. El tratamiento consiste en oseltamivir 75 mg/12 h durante 5 días. Se puede considerar 150 mg/12 h durante 5 días si hay diarrea, obesos o ingresados en UCI. Si el cultivo nasofaríngeo hubiera resultado negativo, continuar hasta terminar el tratamiento. Un resultado negativo no excluye por completo la infección. Si además el paciente ha recibido tratamiento durante 3-4 días, es mejor completarlo para evitar resistencias. Los niños pueden tener más riesgo de efectos adversos con oseltamivir (náuseas y vómitos, sobre todo, pero también alteraciones neuropsiquiátricas como en mayores), por lo que deben ser tratados con vigilancia estrecha.

Se aconseja suspender el tratamiento inmunosupresor o biológico de fondo entre 7 y 15 días a criterio médico, excepto en el caso de los corticoides. Dependiendo de la gravedad del paciente, incluso habrá que valorar el aumento de la dosis de esteroides como en cualquier otra situación que suponga un incremento de la demanda del eje corticoadrenal.

Discusión

Cada facultativo deberá ponderar el riesgo de cada paciente en función de la gravedad, la actividad de la enfermedad y del tratamiento. No obstante, como mensaje general, aunque se trate de una pandemia de gripe muy contagiosa, es menos letal que otras epidemias, incluida la estacional; por lo tanto, el panel no considera que haya que tomar ninguna precaución extraordinaria con los otros pacientes atendidos habitualmente por los reumatólogos.

Otra consideración general es que, si bien esta pandemia afecta sobre todo a personas jóvenes no expuestas a pandemias de gripe A (H1N1) previas, son los mayores de 65 años los que habitualmente son más proclives a desarrollar neumonía por gripe. De modo que, en términos absolutos, se esperan más neumonías en jóvenes, pero en términos relativos tendrán más riesgo los mayores.

Es importante conseguir altas tasas de cobertura vacunal contra la gripe estacional, puesto que la mortalidad causada por los virus estacionales sigue siendo mayor que por el nuevo virus A (H1N1). Además, disminuir el impacto de la epidemia estacional permitiría focalizar los recursos asistenciales frente a la pandemia y se desconocen las consecuencias de una eventual coinfección de la cepa pandémica con la estacional.

La SER, a través de su página web, intentará informar a sus socios de todos los cambios relevantes en las actuales recomendaciones que sean de ámbito nacional. Estas recomendaciones también están disponibles en un formato más extenso en la web de la SER (www.ser.es). Además, en ellas hemos incluido hipervínculos a los documentos fuente para que se actualicen en tiempo real.

Todos los profesionales sanitarios, y por inclusión los reumatólogos y personal adscrito a las unidades de reumatología, deben estar permanentemente informados y con el entrenamiento mínimo necesario para transmitir confianza y tranquilidad a los pacientes, evitando introducir incertidumbres innecesarias o apartarse de las directrices consensuadas por las autoridades sanitarias o los consensos de grupos de expertos cuando sean específicas.

Agradecimientos

El panel agradece a Antonio Bañares, Director Ejecutivo, y a María José Rodríguez, responsable de Comunicación, ambos de la Sociedad Española de Reumatología, por su inestimable ayuda en la consecución y la difusión de estas recomendaciones.

Fuente de financiación

Fundación Española de Reumatología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Recomendaciones para la prevención de la infección en los centros sanitarios ante casos de infección por el virus de gripe A/H1N1 o de la gripe estacional. Ministerio de Sanidad y Política Social, 24 de julio de 2009.
2. Informe del Grupo de Trabajo sobre Embarazo y Gripe Pandémica A (H1N1) para la Comisión Científica de Estudio y Asesoramiento sobre la nueva Gripe Pandémica A (H1N1) de la Comunidad de Madrid, 1 de agosto de 2009.
3. Comité Asesor para el uso de pruebas diagnósticas para la nueva gripe A (H1N1). Ministerio de Sanidad y Política Social y Consejo Interterritorial. Protocolo de Uso de Pruebas Diagnósticas para la nueva Gripe Pandémica a (H1N1) [citado 25 Sep 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/servCiudadanos/alertas/pdf/ProtocoloPruebasDiag.pdf>.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social y Consejo Interterritorial. Recomendaciones ante la Gripe A (H1N1) [citado 25 Sep 2009]. Disponible en: <http://www.msps.es/servCiudadanos/alertas/recomendacionesGripeAH1N1.htm>.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social y Consejo Interterritorial. Recomendaciones para la prevención y el control de la infección en centros sanitarios ante casos de infección por nuevo virus de gripe A/H1N1 [citado 25 Sep 2009]. Disponible en: <http://www.msps.es/servCiudadanos/alertas/pdf/protocoloCentrosSanitarios.pdf>.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Vacunación en adultos. Año 2004 [citado 25 Sep 2009]. disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/recoVacunasAdultos.pdf>.
7. Glück T. Vaccinate your immunocompromised patients!. *Rheumatol*. 2006;45:9-10.
8. Grupo GUIPCAR. Guía práctica de la Artritis Reumatoide [citado 25 Sep 2009]. Disponible en: http://www.ser.es/practicaClinica/GUIPCAR_2007/Menu0_Principal.php.
9. Fomin I, Caspi D, Levy V, Varsano N, Shalev Y, Paran D, et al. Vaccination against influenza in rheumatoid arthritis: the effect of disease modifying drugs, including TNF alpha blockers. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:191-4.
10. Holvast A, Stegeman CA, Benne CA, Huckriede A, Wilschut JC, Palache AM, et al. Wegener's granulomatosis patients show an adequate antibody response to influenza vaccination. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:873-8.
11. Holvast A, Huckriede A, Wilschut J, Horst G, De Vries JJ, Benne CA, et al. Safety and efficacy of influenza vaccination in systemic lupus erythematosus patients with quiescent disease. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:913-8.
12. Cunnane G. Infections and biological therapy in rheumatoid arthritis. *Best Practice Research Clin Rheumatol*. 2003;17:345-63.
13. De Roux A, Marx A, Burkhardt O, Schweiger B, Borkowski A, Banzhoff A, et al. Impact of corticosteroids on the immune response to a MF59-adjuvanted influenza vaccine in elderly COPD-patients. *Vaccine*. 2006;24:1537-42.
14. Kapetanovic MC, Saxne T, Nilsson JA, Geborek P. Influenza vaccination as model for testing immune modulation induced by anti-TNF and methotrexate therapy in rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (Oxford)*. 2007;46:608-11.
15. Elkayam O, Bashkin A, Mandelboim M, Litinsky I, Comaheshter D, Levartovsky D, et al. The effect of infliximab and timing of vaccination on the humoral response to influenza vaccination in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Semin Arthritis Rheum*. 2009 Feb 24 [Epub ahead of print].
16. Oren S, Mandelboim M, Braun-Moscovici Y, Paran D, Ablin J, Litinsky I, et al. Vaccination against influenza in patients with rheumatoid arthritis: the effect of rituximab on the humoral response. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:937-41.
17. Tay L, Leon F, Vratsanos G, Raymond R, Corbo M. Vaccination response to tetanus toxoid and 23-valent pneumococcal vaccines following administration of a single dose of abatacept: a randomized, open-label, parallel group study in healthy subjects. *Arthritis Res Ther*. 2007;9:R38.