

de Murcia aplicaron el cuestionario durante los meses de noviembre y diciembre de 2009 a 200 pacientes al acabar la consulta con su médico de familia. El paciente debía contestar si estaba de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, o en desacuerdo con cada una de las cuestiones planteadas.

Con la pregunta de «si usted acude a una fiesta familiar/trabajo/reunión y se entera que alguno de los allí presentes está pasando la gripe A y no ha dicho nada, seguiría allí con normalidad», el 72% (n=144) estaba de acuerdo, mientras que mostraba desacuerdo el 7,5% (n=15). Con la cuestión relacionada de «si usted acude a una fiesta familiar/trabajo/reunión y se entera que alguno de los allí presentes está pasando la gripe A y no ha dicho nada, insistiría al enfermo para que se fuese a casa rápidamente», el 18,5% (n=37) estaba de acuerdo, mientras que mostraba desacuerdo el 51,5% (n=103).

Respecto a la gravedad de la enfermedad, se planteaba la afirmación de que «para usted, la gripe A es un problema de salud real y serio, y que en pocos meses tendrá graves consecuencias sanitarias y sociales», con la que estaba de acuerdo el 57,5% (n=115) y en desacuerdo el 22% (n=44). El 30% (n=60) de los encuestados consideraba a la gripe A como parecida a la común, incluso más leve, y que por intereses se le ha dado una gran repercusión para asustar a la población; el 44% (n=88) no estaba de acuerdo. En cambio, con la afirmación «la gripe A es una preocupación grande, pues puede tener una alta mortalidad y fallecer yo o algún ser querido mío», estaba de acuerdo el 61,5% (n=123) y en desacuerdo el 20,5% (n=41).

El 34% (n=68) estaba de acuerdo con que «la gripe A supone un gasto económico alto en vacunas y tratamientos de eficacia dudosa porque esta gripe es parecida a la común y no es grave», mientras que el 26% (n=52) estaba en desacuerdo. El 86,5% (n=173) creía que las medidas sanitarias que se estaban tomando para controlar la gripe A (educación sanitaria, pautas de actuación, etc.) eran adecuadas; el 3,5% (n=7) opinaba lo contrario. El 66,5% (n=133) de los encuestados reconoció que no tiene mucha idea sobre la gripe A, pero está muy asustado.

El 11 de junio de 2009, la Organización Mundial de la Salud estableció el nivel de alerta 6, es decir, de pandemia, que no

define la gravedad de la enfermedad, sino su extensión geográfica. En nuestro trabajo se aprecia cómo repercute este nivel de alerta y la amplia cobertura dada por los medios informativos en el grado de preocupación real de nuestros pacientes. Cabe destacar que existía una gran preocupación global por la gripe A en los pacientes encuestados (estaban en general asustados y preocupados), aunque aceptaban bastante bien convivir con enfermos de gripe A y reconocían que parecía más leve que la gripe normal. También puede resaltarse que consideraban adecuadas las medidas sanitarias que se estaban tomando para controlar la gripe A⁴. Estos resultados demuestran que nuestra población presenta una buena madurez a nivel sanitario, pues están en general preocupados por el impacto social de la gripe A, pero son conscientes de la escasa gravedad (en general) de la enfermedad, por lo que no tienden a evitar de forma radical el contacto con los enfermos de gripe A.

Bibliografía

1. Reina J. General considerations about the new A influenza (H1N1). *Med Clin (Barc)*. 2009;133:626–8.
2. Vaqué J, Gil R, Brotons M. Principales características de la pandemia por el nuevo virus influenza A (H1N1). *Med Clin (Barc)*. 2009;133:513–21.
3. Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. *N Engl J Med*. 2009;360:2605–15.
4. Bell DM, Weisfuse IB, Hernández-Ávila M, Del Río C, Bustamante X, Rodier G. Pandemic influenza as 21st century urban public health crisis. *Emerg Infect Dis*. 2009;15:1963–9.

Cyntia Reynoso, Maria del Carmen Martínez Toldos, Inmaculada Alarcón García y Leal Hernández Mariano*

Centro de Salud Docente de San Andrés, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arboleja@yahoo.es
(L. Hernández Mariano).

doi:10.1016/j.aprim.2010.01.013

En los albores de una pandemia. Descripción del brote de gripe A atendido en un centro de salud de Leganés, Madrid, durante los meses de mayo a julio de 2009

The dawn of a pandemic. Description of an influenza A outbreak seen in a Health Centre in Leganes (Madrid) during the months of May to July 2009

Sr. Director:

El 25 de abril de 2009, la OMS¹ declara emergencia de salud pública internacional al brote del virus de la gripe A

H1N1 (notificado previamente en México y EE.UU.). Dos y 4 días después notifica alerta pandémica en fase 4 (transmisión persona-persona) y fase 5 (varios países). Posteriormente declara fase 6 el 11 de junio al verse afectadas varias regiones de la OMS, activándose en España el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias).

El 19 de mayo 2009 una paciente de 15 años (procedente de nuestra zona básica de salud) ingresa con gripe A en el hospital Carlos III de Madrid, tras un viaje a Nueva York. Al día siguiente desarrolló la enfermedad su hermano y, después, alumnos de su colegio y otros cercanos. En esas fechas, en España, había 103 casos confirmados², 4 de ellos en la Comunidad de Madrid.

Presentamos un estudio descriptivo de serie de casos atendidos en nuestro centro de salud (Leganés), durante la

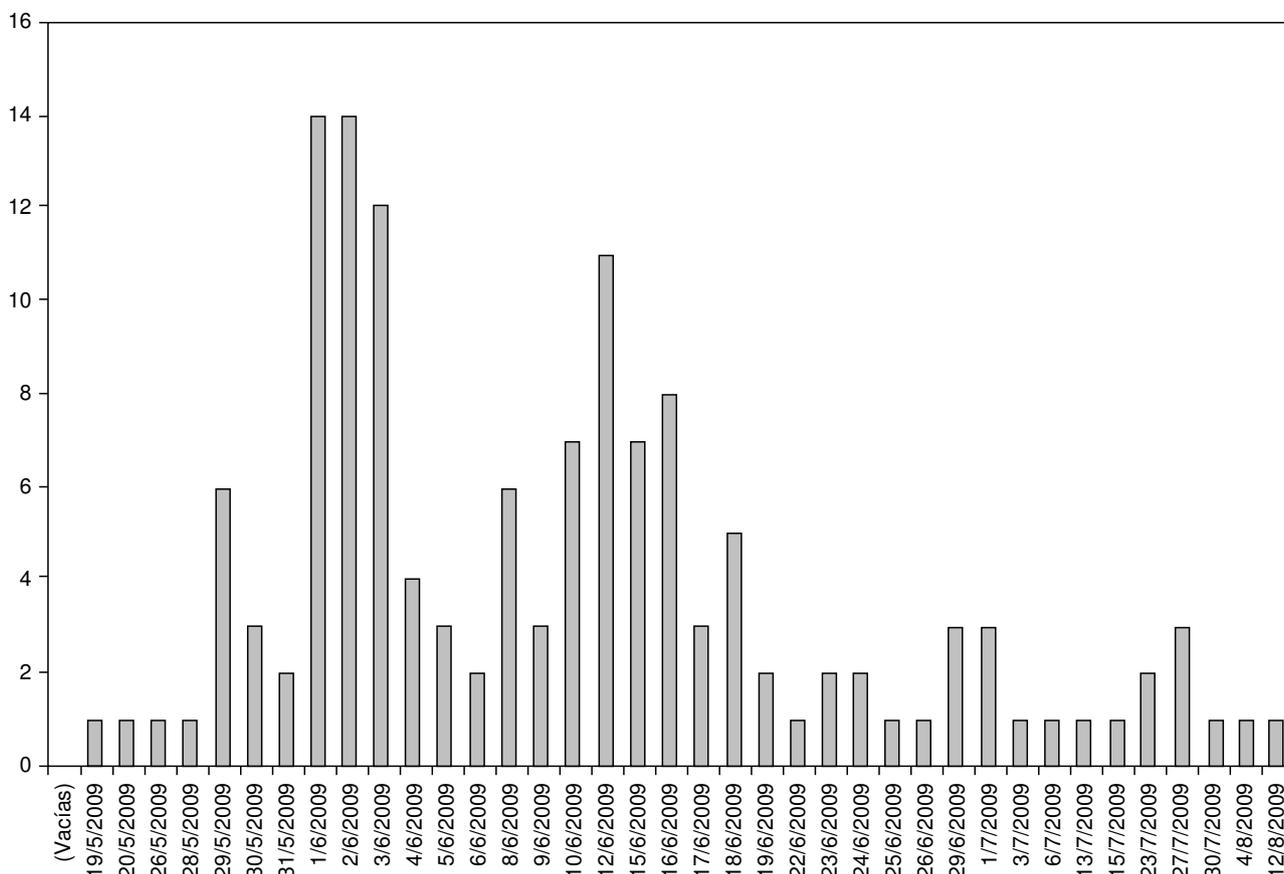


Figura 1 Número de casos y fecha de inicio de los síntomas.

fase pandémica 5 e inicio de la 6 (19-05-09–31-07-09) a partir de un caso índice. Se atendieron 143 pacientes con criterios clínicos y epidemiológicos o solo clínicos en fase 6. La edad media fue de 17 ± 12 (1–57), 49% mujeres. Tenían registrada fiebre el 88,8%, síntomas respiratorios el 51,7% (39% tos, 18% rinorrea, 18% odinofagia, 2,1% disnea), 39,9% síntomas generales (25,2% cefalea, 20,3% artromialgias y 23,1% malestar general), 5,6% síntomas digestivos (4,2% náuseas y 3,5% diarrea). En 22,3% constaba síndrome gripal inespecífico.

Tenían factores de riesgo el 18,2% (80,7% asma). No se diagnosticó ninguna neumonía y un paciente precisó derivación al hospital aunque no ingresó. La duración media de los síntomas (registrada en el 35,6%) fue de 1,3 días. Se tomó exudado nasal al 49%, confirmándose la infección por virus H1N1 en 68,57% y descartándose en 12,85%, se administraron antivirales al 15,4%. La figura 1 muestra la evolución de la epidemia.

Hemos tenido el raro privilegio de observar el inicio del brote gripal H1N1, a partir del caso índice, sobre una comunidad presumiblemente virgen para el nuevo virus. Se caracterizó por una rápida propagación en los colegios, afectando fundamentalmente a escolares. Bastaba la asistencia a clase de un alumno sintomático (no diagnosticado) para que aparecieran otros sospechosos en los compañeros del aula a las 24–72 h, confirmándose el virus en la mayoría de los casos. Llamaba la atención que, frente a esta altísima contagiosidad, los cuidadores adultos de los pacientes (padres y abuelos) no presentaran sintomatología.

Esto haría pensar que existe alguna forma de inmunidad en este grupo de edad, posiblemente cruzada con algún virus que hubiera circulado anteriormente en la comunidad.

El brote ha mostrado un carácter benigno, con fiebre leve ($38-38,5^{\circ}\text{C}$), escasa afectación del estado general, con tos y cefalea como síntomas más frecuentes, corta duración (3 días en menores de 18 años y 5 días en mayores) y ausencia de ingresos, excepto el caso índice y su hermano en cumplimiento del protocolo establecido en ese momento. Los datos recogidos de las historias clínicas, tenían un registro irregular, probablemente por la sobrecarga que supuso la puesta en práctica de nuevos protocolos, con aislamientos domiciliarios y la toma de muestras (inicialmente se realizaban en el 100%), además del aumento de casos y la alarma poblacional.

En la literatura se describen brotes escolares similares al reseñado^{3,4} pero la comparación de las frecuencias halladas es difícil, debido a la variabilidad de registros y criterios existentes; sin embargo, la indicación terapéutica fue homogénea en todos los estudios^{5,6}, siguiendo las recomendaciones de la OMS según la fase de la epidemia en la que se diagnosticaban.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa días 25, 27, 29 de Abril y 11 de Junio. Internet 26/11/09.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Comunicados del 1, 15, 22 y 23 de mayo. Internet 26/11/09.

3. Smith A, Coles S, Johnson S, Saldana V, Ihekweazu C, O'Moore E. An outbreak of influenza A(H1N1) in a boarding school in South East England, May-June 2009. *Eurosurveillance*. 2009;14.
4. Human infection with new influenza A (H1N1) virus: clinical observations from a school-associated outbreak in Kobe, Japan, May 2009. *Wkly Epidemiol Rec*. 2009;84:237-44 No authors listed.
5. Munayco CV, Gómez J, Laguna-Torres VA, Arrasco J, Kochel TJ, Fiestas V, et al. Epidemiological and transmissibility analysis of influenza A (H1N1) in a southern hemisphere setting: Peru. *Eurosurveillance*. 2009;14.
6. Koliou M, Soteriades ES, Toumasi MM, Demosthenous A, Hadjidemetriou A. Epidemiological and clinical characteristics of influenza A(H1N1) infection in children: The first 45 cases in Cyprus, June-August 2009. *Eurosurveillance*. 2009;14.

Mercedes Fernández Girón*, Maria Teresa Rodríguez Monje, Julio Sánchez Salvador, Laura González Martínez y Dolores Serrano González

Equipo de Atención Primaria Los Pedroches, Unidad Docente de Medina Familiar y Comunitaria, Centro de salud M. Ángeles López Gómez, Área 9, Servicio Madrileño de Salud, Leganés, Madrid, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mfgiron@ono.com
(M. Fernández Girón).

doi:10.1016/j.aprim.2010.01.010