Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):196

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-97. - EPIDEMIA DE GRIPE A EN TERUEL. ¿ALGO QUE APORTAR A LA EVIDENCIA?

C. Fonseca López[1], M. Villanueva Gimeno[1], P. Chocarro Escanero[2], F. Ramos García[2], M.P. Gracia Sánchez[1], M. Vidal Marín[1], V. Muñoz Mendoza[1], J. Vicario Bermúdez[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Resumen

Objetivos: La infección por el virus de influenza A/California/07/2009 H1N1 se detectó inicialmente en México y se extendió después a España. En junio de 2009, la Organización Mundial de la Salud elevó el nivel de alerta de pandemia a fase 6. Aunque este virus posee un perfil genético de baja patogenicidad, presenta mayor morbimortalidad que otros virus estacionales. Afecta más a jóvenes y personas con patología de base. La tasa de hospitalización: 9-25/10.000 habitantes, y la tasa de mortalidad: 0,2-1,5/100.000 habitantes. La aparición, en diciembre de 2013, de varios casos muy graves de gripe A en nuestro hospital con evolución a neumonía y SDRA motiva esta revisión; cuyo objetivo principal es conocer si en esta epidemia hubo más pacientes muy graves de lo esperado. Los objetivos secundarios son: conocer los virus circulantes en la temporada, la frecuencia de pacientes con gripe correctamente vacunados en 2013, la distribución de la enfermedad por grupos de edad, las patologías de base más frecuentes, si los casos más graves tenían más comorbilidad o si existe algún patrón analítico/radiológico común.

Métodos: Revisión de la base de datos del Servicio de Microbiología del Hospital, que registra los pacientes a los que se realizó Reacción en Cadena de la Polimerasa para gripe (PCR) en frotis nasofaríngeo empleando el kit específico, en el Hospital General o el Hospital San José de la ciudad desde el 1/12/13 al 28/02/14 (período de mayor incidencia de gripe) También se consultó Intranet y las Historias Clínicas. Se incluyen los 50 pacientes con ingreso hospitalario por gripe en el Sector Teruel (del que dependen 85.000 personas) considerados los casos graves del período de estudio. De ellos, 8 pacientes se consideran muy graves por precisar UCI o por haber fallecido en planta. Variables: edad, sexo, comorbilidad (Asma, EPOC, Cardiopatía, Inmunodepresión, Varias de las anteriores, Otras), días de evolución hasta acudir a SUH y síntoma por el que acudieron: disnea, fiebre, artromialgias, Otros. Si habían recibido o no vacuna antigripal, si precisaron UCI o fallecieron. Se registra también la RX de tórax y datos analíticos de los 8 pacientes muy graves: leucocitos, Plaquetas, GOT, CPK, LDH, Proteína C Reactiva, pH y Sat O2 arterial. Se excluyen los pacientes con sospecha de gripe de Atención Primaria, considerados leves, y los 72 casos con PCR negativa.

Resultados: De los 122 pacientes con sospecha de gripe en 3 meses, 50 tuvieron PCR + para gripe A: 36 H1N1 y 14 Flu A no H1N1. Fallecieron por gripe 4 pacientes (8%). Otros 5 (10%) habían sido vacunados en la campaña 2013-2014. El grupo de edad con mayor prevalencia de gripe es entre los 46 y los 50 años (20%), seguido del grupo de 0-5 años (16%), de 56-60 y de 36-40 años (8%) y de otros. Un 48% de los pacientes PCR + no tenían patología de base; y de los 52% restantes, el 8%

tuvo EPOC, el 19% Asma, 8% Cardiopatía, 15% Inmunodepresión, 27% varias de las anteriores y 23% Otras patologías. De los 8 casos muy graves, 5 (62,5%), tenían patología de base, y 3 (37,5%), los más jóvenes, estaban sanos. En los pacientes muy graves el motivo de consulta al SUH fue la disnea. Analíticamente se objetivó un patrón común con leucopenia, trombopenia, aumento de proteína C reactiva, CPK, GOT, LDH e insuficiencia respiratoria. Radiológicamente, patrón alvéolo intersticial en 7 de los 8 casos.

Conclusiones: En nuestra muestra, se observa una mortalidad 4 veces mayor a la descrita con predominio de los pacientes con Gripe con patología de base, en los 3 meses de estudio. El grupo de edad con mayor prevalencia de infección se sitúa entre los 46-50 años (20%). La vacuna antigripal no ofrece una protección absoluta. Se objetiva un patrón analítico y radiológico común entre los casos más graves. Al considerar en la muestra los 3 meses de mayor incidencia de gripe se pierden pacientes ingresados en otras fechas de la temporada que podrían sesgar la tasa de hospitalización, pero también la de mortalidad. No se realizó PCR a todos los pacientes con síntomas respiratorios que acudieron a SUH e ingresaron por otros motivos. Se podría plantear otro estudio considerando todos los pacientes ingresados por gripe en la provincia en un año.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.