

**Tabla 1** Datos sociodemográficos y de cumplimiento del tratamiento hipolipidemiante según el tipo de receta

| n=210                              | Receta tradicional, % | Receta electrónica, % | $\chi^2$ | p    |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|------|
| Varón                              | 45,6                  | 44,9                  | 0,13     | 0,91 |
| Sin estudios                       | 31,1                  | 31,8                  | 0,55     | 0,91 |
| Polifarmacia (> 5 fármacos)        | 26,2                  | 39,3                  | 4,04     | 0,04 |
| Fuma                               | 58,3                  | 57,9                  | 0,89     | 0,93 |
| Hace ejercicio                     | 33,0                  | 25,2                  | 1,54     | 0,21 |
| Sigue una dieta                    | 53,4                  | 51,4                  | 0,08     | 0,77 |
| Consume alcohol                    | 42,7                  | 45,8                  | 0,20     | 0,65 |
| Riesgo cardiovascular alto (SCORE) | 29,1                  | 25,2                  | 1,77     | 0,41 |
| Incumplimiento                     | 78,6                  | 77,6                  | 0,03     | 0,85 |
| Olvido de la toma                  | 64,1                  | 59,8                  | 0,41     | 0,52 |
| Toma a la hora correspondiente     | 82,5                  | 79,4                  | 0,32     | 0,57 |
| Si se encuentra bien, lo toma      | 12,6                  | 10,3                  | 0,28     | 0,59 |
| Si se encuentra mal, lo toma       | 85,4                  | 75,7                  | 3,17     | 0,07 |

No hemos observado diferencias significativas en el cumplimiento de los pacientes en función del modo de prescripción, por lo que podríamos concluir que la receta electrónica, como tecnología y herramienta, no influye en la mejora de la adherencia del paciente al tratamiento ni tampoco en los valores clínicos. En este estudio, los valores de colesterol, glucemia y riesgo cardiovascular presentados por los pacientes no difieren de los descritos en la bibliografía. Estos altos valores de incumplimiento de los pacientes de nuestro estudio hacen necesario intensificar las intervenciones en educación para la salud con el objeto de intentar modificar la adherencia e incidir, entre otros, sobre el olvido de la toma de los medicamentos hipolipidemiantes.

## Agradecimientos

- (a) Ambrosio Bernal Asensio, Farmacéutico Titular de Farmacia Ambrosio Bernal Asensio, Huércal-Overa (Almería).  
(b) Melpopharma.

## Bibliografía

- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*. 1986;24:67-74.
- SAS. Salud pondrá en marcha un programa de uso racional del medicamento en pacientes crónicos y polimedicados [consultado

15/7/2009]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=7732>.

- Lobos Bejarano JM, Royo Bordonada MA, Brotons Cuixart C, Álvarez-Sala L, Armario García P, Maiques Galón A, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *SEMERGEN*. 2009;35:66-85.
- Bueno Gómez M, Barrionuevo Sancho MD, Benbrahim NF, García Jiménez E. Causas de incumplimiento de los pacientes que acuden a una farmacia comunitaria de Granada. *Atención Primaria*. 2008;40:101-6.
- Gil Guillen VF, Merino Sánchez J, Sánchez Ruiz T, Amorós Barber T, Aznar Vicente J, Abellaán Alemán J, et al. Valoración del riesgo cardiovascular en la fase transversal del estudio Mediterránea. *Rev Clin Esp*. 2009;209:211-20.

Esteban Ruiz García<sup>a,\*</sup>, Eva Román Cerdán<sup>b</sup>,  
Emilio García-Jiménez<sup>c</sup> y Fernando Martínez Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Farmacéutico Comunitario, Huércal-Overa, Almería, Andalucía, España

<sup>b</sup>Técnico de Farmacia, Huércal-Overa, Almería, Andalucía, España

<sup>c</sup>Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, Granada, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [esteban@enecworld.com](mailto:esteban@enecworld.com)  
(E. Ruiz García).

doi:10.1016/j.aprim.2009.12.005

## Gripe A, ¿qué piensan nuestros pacientes de ella?

## Influenza A, what do our patients think about it?

Sr. Director:

La gripe A (H1N1) ha cobrado un gran protagonismo en 2009. Se trata de una pandemia causada por una variante del

influenzavirus A de origen porcino (subtipo H1N1), conocido oficialmente por la Organización Mundial de la Salud como virus H1N1/09 pandémico<sup>1-3</sup>.

El objetivo del presente estudio era conocer el nivel de conocimientos sobre la gripe A de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria. Se diseñó un estudio descriptivo y se utilizó un cuestionario confeccionado mediante la reunión de un grupo de expertos y una tormenta de ideas. Se realizó una prueba piloto a 50 pacientes para comprobar su viabilidad.

Cuatro médicos de familia y 4 residentes de primer año de un centro de salud urbano de la Gerencia de Atención Primaria

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 A<sup>4</sup>. 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).

## 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 in a Health Centre in Leganes (Madrid) during the months of May to July 2009

*Sr. Director:*

El 25 de abril de 2009, la OMS<sup>1</sup> 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 confirmados<sup>2</sup>, 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