



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/261.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Evidencia del virus Influenza A(H1N1) en jóvenes embarazadas**

Autores **Beatriz Fajardo Hervás**

Centro/institución Hospital Materno Infantil.

Ciudad/país Granada, España

Dirección e-mail bfajardoh@gmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El virus de gripe A(H1N1) ha supuesto un reto para los sistemas sanitarios mundiales por ser responsable de la 1ª pandemia del siglo XXI, conllevando una considerable alarma social.

La Organización mundial de la Salud (OMS), alertó en abril del 2009 de una pandemia de la gripe A (H1N1) ocasionado por una nueva variante del virus de la gripe, haciendo presencia en primer lugar en los países del hemisferio sur, principalmente en Chile y Nueva Zelanda^{1,2}. En España alcanzó tasas estimadas de gripe clínica de carácter epidémico llegando a 371,68 casos por 100.000 habitantes, momento en el que comenzaron a descender progresivamente³. En Europa, el European Center for Disease Prevention and Control (CDC) publicó el 24 de diciembre del 2009⁴ un descenso en la actividad gripal en la mayoría de los países, pero por el contrario, alertaron que el VHA (H1N1) representaba el 99% de los virus subtipados en pacientes centinela afectados de un proceso respiratorio agudo. Además indicaban un incremento en las muertes por gripe A en este continente, coincidiendo con el resto del mundo, alcanzando la cifra de 10.550⁵.

La afectación de pacientes jóvenes (> 50% por debajo de los 50 años), sin enfermedades de base(hasta en un 50%), obesos(30%) o embarazadas(10%)es una característica epidemiológica que se recoge desde las primeras publicaciones sobre esta pandemia⁶.

Existen precedentes de tres grandes pandemias de gripe en el siglo pasado, la primera fue la española de 1918, que ocasionó cerca de 50 millones de muertos y fue producida por una cepa A/H1N1, que guarda cierto parecido antigénico con la cepa actual, a la influenza asiática de 1957 -1963, que originó millones de muertes y fue producida por una cepa A/H2N2 y la pandemia más reciente tuvo lugar en Hong Kong de 1968-1970 y

fue ocasionada por una cepa A/H3N2, a consecuencia de la cual murió un millón de personas^{7,8}, con afectación en pocas semanas de una gran parte de la población, sobre todo la más joven.

La gripe estacional es una enfermedad producida por un virus que se transmite persona-persona por vía respiratoria y dado el paralelismo entre ésta y la nueva gripe H1N1 en la sintomatología y en las complicaciones en personas de riesgo, nos lleva a hacer una revisión bibliográfica de todo lo editado referente a las mujeres jóvenes embarazadas, especialmente las que se encuentran en el 2º y 3º trimestre, que constituyen un grupo de población con alto riesgo de sufrir complicaciones graves y aún mortales de tipo respiratorio si son infectadas por el virus A(H1N1), porque su sistema inmunológico se encuentra deprimido, su capacidad respiratoria está disminuida y el aumento notable de su volumen intravascular, todo esto crea un desequilibrio hemodinámico que afecta a la función pulmonar y favorece el incremento de neumonías y otras enfermedades respiratorias graves, produciendo un mayor índice de morbimortalidad, de aborto espontáneo y de parto prematuro⁹.

Por lo tanto, como profesionales sanitarios estamos obligados a profundizar en las repercusiones sobre la salud de la embarazadas cuando padecen influenza estacional o la influenza causada por el virus A (H1N1), y en la necesidad imprescindible de proteger a las jóvenes gestantes contra ambas infecciones, informando sobre los síntomas y complicaciones de la gripe A y proporcionar medidas de seguridad y de prevención en las mujeres embarazadas.

Las manifestaciones clínicas y complicaciones del virus Influenza A no difieren de las ocasionadas por la gripe estacional, cursan con fiebre, cefalea, tos, odionofagia, rinorrea, mialgia y diaforesis de 4-7 días, y puede complicarse con neumonías y Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, derivando en sufrimiento fetal. Con esta sintomatología los médicos deben instaurar de forma temprana tratamiento antiviral sin esperar resultados de pruebas, y si se agravan o las pacientes embarazadas padecen en forma concomitante enfermedades crónicas (cardiopatías, asma, diabetes mellitas, VIH-SIDA, obesidad mórbida, cáncer, nefropatías crónicas, etc.), así como drogadicciones o tabaquismo crónico, la hospitalización es obligatoria¹⁰.

La OMS recomienda además que cuando las vacunas pandémicas estén disponibles, las autoridades sanitarias deben considerar a las gestantes como grupo prioritario para inmunización.

Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos de Cuiden, PudMed, Cochrane Library, Medline, en guías de práctica clínica y en la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Organización Mundial de la Salud (OMS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Ministerio de Sanidad y Política Social. Se han utilizado los siguientes términos para la búsqueda de artículos relacionados: Virus Influenza A, embarazo, antiviral, vacuna.

Los estudios evaluados eran revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. Se ha realizado la revisión entre los años 1918 y 2014, tanto en español como en inglés.

Resultados

El virus de la Influenza pertenece a la familia Orthomyxoviridae y se clasifica en tres tipos diferentes (Influenza A, Influenza B y C). La cepa del virus de la Influenza A

(H1N1) es una nueva variante que no se conocía anteriormente, ni en seres humanos ni en animales, para la cual, al menos teóricamente, no existe inmunidad en la población y parece ser más contagiosa que la gripe estacional¹¹.

En pandemias anteriores la mayoría de las defunciones solían ocurrir en personas con enfermedades crónicas subyacentes, sin embargo, en la última pandemia del 2009, se ha descrito un aumento considerable en grupos no habituales: embarazadas, niños y jóvenes^{9,11}, datos que se confirman en estudios más recientes que recogen casos de gripe A confirmada por reacción en cadena de la polimerasa y que han requerido hospitalización¹² o ingreso en una unidad de críticos¹³. Es por ello, que los efectos de la infección por AH1N1 en mujeres jóvenes embarazadas se ha convertido en motivo de preocupación en este colectivo, comparándose con datos de epidemias anteriores.

Según estudios publicados en las anteriores pandemias de gripe de 1918 y 1957, ya demostraron que la morbimortalidad entre el grupo de embarazadas fue más elevada que entre el grupo de no embarazadas, y que cerca del 50% de aquéllas padecieron neumonía, que produjo la muerte a 27%, especialmente en el último trimestre de la gestación¹⁴, y que el embarazo ha comportado un mayor número de abortos espontáneos y de partos pretérminos, especialmente cuando están infectadas con neumonía^{9,15}.

Tras el último comunicado de la OMS el 31 de julio de 2009¹⁶ donde declaró la pandemia de gripe H1N1, determinó medidas preventivas y de identificación de personas con alto riesgo de complicaciones por la gripe para su mejor cuidado y tratamiento, destacando que las embarazadas, especialmente de 2º y 3º trimestre son un grupo especial de riesgo, con un riesgo aumentado de muerte fetal o aborto en las mujeres infectadas por el virus de H1N1, haciendo referencia a una investigación llevada a cabo en USA y publicada el 29 de Julio de 2009 en The Lancet⁹, donde se recogió 34 casos de mujeres embarazadas, 11 fueron ingresadas y 6 fallecieron tras desarrollar neumonía, distress respiratorio .

A partir de entonces, son diversos los estudios que demuestran que la mortalidad materna y las tasas de hospitalización en embarazadas han sido superior a la observada en la población general que no está embarazada, como lo reflejan el estudio de cohortes de Influenza en las UCI de Australia y Nueva Zelanda (ANZIC) en agosto de 2009¹⁷, representando un riesgo de ingreso en UCI de 3 veces mayor en comparación con las mujeres no embarazadas, o el estudio canadiense de Campbell y colaboradores¹⁸, donde hubo mayor incidencia de ingreso en la UCI y muerte en comparación con no embarazadas en edad fértil.

Otros estudios relacionados, como el de Jamieson y colaboradores⁹ o Hansilk y colaboradores¹⁹ consideraron diversos factores de riesgo fundamentales para la adquisición del virus Influenza y posible ingreso hospitalario, como el embarazo, la obesidad, alguna condición médica subyacente (diabetes, asma, insuficiencia cardiaca, etc).

Según los estudios consultados²⁰, se ha demostrado la efectividad de la aplicación de medidas farmacológicas y no farmacológicas en la prevención y tratamiento del virus H1N1 en mujeres gestantes, así como una correcta identificación precoz de las manifestaciones clínicas y complicaciones del virus Influenza A .

Medidas farmacológicas

Tratamiento y Quimioprofilaxis Antiviral. No hay estudios evidentes de la seguridad de los medicamentos antivirales durante la gestación, pero los beneficios del tratamiento son mayores que el riesgo potencial teórico para el embrión o feto del antiviral. Actualmente la OMS¹⁶ y la Agencia Española de Medicamentos y Productos

Sanitarios²¹ recomienda el uso de Zanamivir (Relenza) o Oseltamivir (Tamiflu), clasificado por la FDA como categoría “C”, en caso de diagnóstico confirmado, probable o sospecha de infección por el virus de influenza A en gestantes y otras poblaciones, siguiendo las recomendaciones de uso de los antivíricos propuestas por el CDC²¹

La biodisponibilidad oral de zanamivir es muy baja, por lo que la exposición sistémica y fetal es más baja que con oseltamivir, pero algunos expertos consideran que este último ofrece más ventajas y sería el antiviral recomendable en caso de afectación sistémica de la madre²¹, debiéndose ser administrado tan pronto como sea posible tras el comienzo de los síntomas.

A pesar que la mayoría de cepas del virus H1N1 /09 son susceptibles a ambos medicamentos, se han encontrado resistencias aisladas al oseltamivir, relacionadas con la inmunodepresión y el uso previo del fármaco en profilaxis²².

Respecto a la lactancia materna, debe ser aconsejada siempre, pues confiere inmunidad, y si la madre está enferma y toma tratamiento antiviral no se considera una contraindicación, ya que no se han observado datos de transmisión de la enfermedad a través de la leche materna.

Vacuna Antigripal. Los estudios realizados son suficientes para demostrar la seguridad de la vacuna en las embarazadas y sus hijos^{23,24}, pero pese a ello, observamos un bajo índice de vacunación antigripal en embarazadas²⁵, debido al desconocimiento de los beneficios y posibles complicaciones de la vacuna y del riesgo potencial que tienen por estar embarazadas.

La Comisión de Prácticas de Inmunización de la CDC (ACIP) y, tras estudios realizados en animales, no ha encontrado efectos adversos sobre la fecundidad, gestación, parto o desarrollo postnatal²⁶, por ello recomiendan siempre que no haya contraindicaciones, la administración en embarazadas de una vacuna monovalente del virus H1N1 sin adyuvante en dosis única, en cualquier momento del embarazo²⁷.

La vacunación durante la lactancia es compatible y aconsejable, ya que brinda protección secundaria al bebé, puesto que no puede recibir los anticuerpos de la vacuna de forma activa si son menores de 6 meses²⁸.

Medidas no farmacológicas

Estudios de investigación recientes han comprobado otras formas de reducir el riesgo de contagio en las mujeres jóvenes y gestantes además de las descritas anteriormente, medidas orientadas a reducir la posibilidad de exposición a infecciones respiratorias. Entre estas medidas se incluyen una correcta higiene de manos, cubrirse la boca al toser, uso de mascarilla, evitar contacto cercano con las personas enfermas, aislamiento domiciliario si precisa y evitar aglomeraciones²⁰.

El virus influenza se transmite por secreciones y, debido a que las mujeres embarazadas suelen tener las defensas disminuidas, es muy importante que tengan en cuenta estas recomendaciones para evitar el contagio.

Muchas de estas recomendaciones fueron realizadas en 2006 por los ECDC de acuerdo con las características de diversos estudios que las sustentaban²⁹, y que han demostrado la efectividad de las medidas no farmacológicas²⁰ para contribuir a mejorar el conocimiento de la prevención y control de infección respiratorias que puedan ser una amenaza para la salud de la población.

Discusión

Pese a que el virus influenza es una enfermedad contagiosa de vías respiratorias que vivió un brote en 2009 que puso en alerta a la población en general, si comparamos las cifras de morbimortalidad de esta gripe con la del 1918-19 ocasionada por el mismo virus, no parece justificar la alarma social que se ha creado a partir de la aparición de los primeros casos.

La evidencia científica que disponemos de la gripe A y las recomendaciones que se proponen en jóvenes embarazadas es más bien de nivel básico, se basan en estudios preclínicos realizados en animales de laboratorio, donde no se disponen de datos de eficacia del tratamiento o profilaxis de la infección por el H1N1 para evaluar su seguridad en gestantes³⁰, por lo que se ha establecido una valoración beneficio-riesgo basada en consideraciones epidemiológicas.

También es cierto, que como han señalado algunos autores, la transmisión del virus influenza H1N1/09 no difiere sustancialmente de los virus que ocasionan las epidemias estacionales, por lo que los resultados referidos a una onda pandémica y a una epidemia estacional son de gran utilidad para definir las medidas farmacológicas más efectivas, así como los grupos de población más vulnerables, en posteriores epidemias gripales³¹.

Las escasas investigaciones científicas sobre la nueva gripe justifican un posible sesgo en esta revisión, por lo que es importante planear la realización de mejores estudios que avalen la información difundida al respecto de la gripe N1H1, y para revisar con rigurosidad las limitaciones y conclusiones vertidas en la bibliografía consultada. Muestra de ello, es cuando en España la Organización Médica Colegial cuestionó al Ministerio de Salud y Política Social por haber comprado un número de vacunas tres veces superior al necesario, asimismo criticó el excedente de vacuna antigripal estacional dada la escasa prevalencia de casos en lo que llevaban de año (4%)³².

Conclusiones

Tras la revisión bibliográfica, gran parte de los estudios publicados hasta ahora reportan que las jóvenes y embarazadas son más susceptibles al virus H1N1 y a la gripe estacional que la población general^{33,34}, además de aumentar el riesgo de complicaciones severas por una gripe. La predisposición de la mujeres gestante se debe a una serie de cambios fisiológicos en el sistema inmune de la madre, al igual que puede afectar al corazón y los pulmones, diversas proteínas plasmáticas y esteroides producidos por la placenta, suprimen la respuesta inmunitaria materna, además el riesgo aumenta si está asociado a determinadas patologías previas que no han sido bien detectadas, tratadas o subyacentes.

Según la OMS las mujeres que están entre el segundo y tercer trimestre de embarazo son más propensas a contraer el virus de la influenza AH1N1 con un riesgo aumentado de aborto espontáneo, parto prematuro y en casos extremos, la muerte de ambos.

En caso de contagio de la gestante, parece que las posibilidades de infección fetal son bajas, porque la forma de transmisión es a través de las vías respiratorias, y se orienta más a los posibles trastornos que se derivan de los síntomas manifiestos durante la infección como por ejemplo la fiebre.

El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)²⁶ recomienda la vacuna gripal inactivada trivalente a todas las embarazadas en cualquier momento del embarazo, y no existen pruebas de que afecte a embarazadas o a sus bebés. Pese a ello, se ha comprobado que la cobertura vacunal de nuestra población es baja, especialmente ante la gripe A, la población se considera poco informada por los medios de

comunicación sanitarios acerca de los conocimientos sobre síntomas y tratamiento de la gripe³⁵.

Los profesionales sanitarios debemos asumir nuestra responsabilidad en la desinformación a la que se refiere la población, por ello, durante la asistencia a las consultas prenatales, debemos contribuir a mejorar el conocimiento sobre medidas de prevención, y promover la vacunación antigripal en las mujeres embarazadas, para prevenir el contagio y evitar complicaciones tanto para la madre como para el RN.

Tal como se recomienda para otras personas que reciben tratamiento, las mujeres embarazadas con contacto probable o confirmado con el virus de la influenza tipo A deben recibir quimioprofilaxis. Deben iniciar el tratamiento con zanamivir o oseltamivir tan pronto como sea posible³³, y aunque haya poca información sobre el riesgo de estos medicamentos en el embarazo, se espera que los beneficios sean mayores si el tratamiento se comienza dentro de las 48 horas de aparición de la enfermedad, superando los beneficios a los riesgos potenciales sobre el feto.

Para mitigar el impacto de la pandemia del virus influenza en términos de morbilidad y de mortalidad, existen además una serie de medidas no farmacológicas que reducen la posibilidad de exposición al virus influenza, en otras, cabe destacar la correcta higiene de manos, de higiene respiratoria y la utilización de mascarillas en la temporada gripal²⁹.

Bibliografía

1. Ugarte S, Arancibia F, Soto R. Influenza A pandemics: Clinical and organizational aspects: The experience in Chile. *Crit Care Med*. 2009.
2. Wilson N, Mason K, Tobias M, Peacey M, Huang QS, Baker M. Interpreting google flu trends data for pandemic H1N1 influenza: The New Zealand experience. *Euro Surveill*. 2009;14:pii: 19386.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Información sobre la gripe A/H1N1. Informes de situación. 30 de diciembre de 2009. Disponible en: www.msc.es/servCiudadanos/alertas/informesGripeA/home.Htm.
4. European Center for Diseases Prevention and Control. Weekly influenza surveillance overview. 24 December 2009. Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/091224_EISN_Weekly_.
5. Centers for Disease Control and Prevention. 2009–2010. Seasonal Influenza (Flu)-Weekly report: Influenza summary Update. Influenza Season Week 50 ending December 19.2009. Disponible en: <http://www.cdc.gov/flu/weekly/weeklyarchives2009-2010/weekly50.htm>.
6. Belshe RB. Implications of the emergence of a novel H1 influenza virus. *N Engl J Med*. 2009;360:2667–8.
7. Morens D, Taubenberger J, Fauci A. The persistent legacy of the 1918 influenza virus. *N Engl J Med*. 2009;361:225–9.
8. Zimmer S, Burke D. Historical perspective – emergence of influenza A (H1N1) viruses. *N Engl J Med*. 2009;361:279–85.

9. Jamieson DJ, Honein MA, Rasmussen SA, Williams JL, Swerdlow DL, Biggerstaff MS, et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet*. 2009;374:451–8
10. Torres Ramirez, A. La influenza pandémica A(H1N1) en mujeres embarazadas. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(2):121-127.
11. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. H1N1 flu: international situation update 12-2009 Disponible en: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/updates/international/>.
12. Pérez-Padilla R, De la Rosa-Zamboni D, Ponce de León S, Hernandez M, Quiñones-Falconi F, Bautista E, et al. Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico. *N Engl J Med*. 2009;361:680–9.
13. Rello J, Rodríguez A, Ibáñez P, Socias L, Cebrián J, Márques A, et al. Intensive care adult patients with severe respiratory failure caused by influenza A (H1N1) in Spain. *Crit Care*. 2009;13:R148
14. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. SSa. Guía de manejo clínico de influenza A(H1N1) en mujeres embarazadas. Noviembre, 2009
15. Louie JK, Acosta M, Jamieson DJ, Honein MA. Severe 2009 H1N1 influenza in pregnant and postpartum women in California. *N Engl J Med*. 2010. ;362(1):27-35.
16. Organización Mundial de la Salud. La gripe pandémica en las embarazadas. OMS 2009 . Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/>.
17. Steven AR, Ville P, Ian S, Rinaldo B, Bailey M, Cooper DJ, Cretikos M, et al. Critical Care Services and 2009 AH1N1/09 Influenza in Australia and New Zealand- *N Engl J Med* 2009; 361:1925-34
18. Campbell A, Rodin R, Kropp R, Mao Y, Hong Z, Vachon Y, Spika J, Pelletier L. Risk of severe outcomes among patients admitted to hospital with pandemic AH1N1/09 Influenza. *CMAJ*-March 09, 2010;182(4); 349-355.
19. HansilkT, Boelle P, Flahault A. Preliminary estimation of risk factors for admission to intensive care units and for death in patients infected with AH1N1/09 influenza virus, France, 2009-2010. *Plos Curr Influenza*. 2010 Mar 09: RRN1150.
20. Domínguez A, Alonso J, y Grupo de Trabajo del Proyecto CIBERESP de Casos y Controles de la Gripe Pandémica. “Factores de Riesgo de Hospitalización por gripe H1N1 2009 y efectividad de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en su intervención”. *Rev Esp Salud Pública* 2011;85:3-15.
21. AEMPS: actualización de la nota informativa sobre la preparación y administración de oseltamivir y zanamivir en niños menores de 1 año, gestantes y mujeres en periodo de lactancia, y personas con problemas de deglución. Ministerio de Sanidad y política social. Agosto 2009

22. European Center for Disease Prevention and Control. Oseltamivir-resistant pandemic (H1N1) 2009 influenza virus, October 2009.
23. Mak TK, Mangtani P, Leese J, Watson JM, Pfeifer D. Influenza vaccination in pregnancy: current evidence and selected national policies. *Lancet Infect Dis.* 2008;8:44—52
24. Zaman K, Roy E, Arifeen SE, Rahman M, Raqib R, Wilson E, et al. Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants. *N Engl J Med.* 2008;359:1555—64
25. Bueno M, González A, Parra e, Calvo C. Vacuna Antigripal en la embarazada. *Prog Obstet Ginecol.*2010;53(8) :293-296
26. Organización Mundial de la Salud (OMS). Un grupo de expertos aconseja a la OMS en materia de políticas y estrategias relacionadas con la vacuna antipandémica. OMS. 2009 Ministerio de Sanidad y Política Social.
27. Centers for Control and Prevention(CDC). Influenza activity- United States, August 30,2009-March27, 210, and composition of the 2010-11 influenza vaccine. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2010;59(14):423-30.
28. Cabrera J, Suárez D, Gómez F, Tejada A, Chávez G, Figueroa C. Influenza AH1N1/09 en mujeres embarazadas: Revisión de la literatura. *Rev Univ. Salud.* Vol.13.Colombia.Jun.2011
29. ECDC.Personal (non-pharmaceutical) protective measures for reducing transmission of human influenza- Interim ECDC Recommendations, October 2006.
30. Montane E, Lecumberri J y Pedro-Botet M. Gripe A, embarazo y antivíricos inhibidores de la neuraminidasa. *Med Clin (Barc).* 2011;136(15):688–693
31. Cilla G, Pérez-Trallero E. Pandemia de influenza A(H1N1) 2009, 6 meses de experiencia. *Med Clin(Barc).* 2010; 135:21-2.
32. La OMC critica el despilfarro en la compra de vacunas frente a la gripe A (H1N1).*JANO.es.*18 de noviembre de 2009
33. Ación P. La gripe A (H1N1) en mujeres embarazadas. *SEGO .* 2009.
34. Txanton Martínez-Astorquiza. Embarazo y Gripe A (H1N1) información y recomendaciones.*SEGO.* Septiembre 2009
35. Rodriguez Guerrero R, Braojos Peñas E, Alcázar Garcia R, López Martin M.A, y Villarín Castro A. Conocimientos y actitudes de la poblacion ante la gripe A (H1N1). *Semergen.*2010;36(10):547–553.