

La pandemia de gripe

Fernando Pérez Escanilla

Responsable de Salud Pública de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Cada invierno, en mayor o menor medida, antes de que aparecieran las vacunas de la gripe, dependiendo de la susceptibilidad de la gente, aparecía la epidemia de gripe. Sus características más llamativas eran que tenía que hacer frío, que los niños la solían pasar con una prolongación de su catarro invernal, los jóvenes podían estar algún día en la cama, pero se sobreponían a base de antipiréticos, los mayores lo pasaban un poco peor, y los ancianos eran los más afectados. La mitad de los ancianos fallecidos en esas fechas llevaban la palabra gripe en su certificado de defunción como causa fundamental o inmediata de su fallecimiento. En este caso, tenemos que asumir que la causa inmediata de la muerte era la neumonía bacteriana.

Desde que aparecieron las vacunas de la gripe estacional, compuesta por las variantes del virus que supuestamente iban a ser las responsables de la siguiente epidemia, las cosas cambiaron significativamente. Los condicionantes eran que había que vacunar antes de que empezaran los catarros, en torno a la fiesta de "El Pilar", a quienes pudieran tener más riesgo de sufrir complicaciones o sus consecuencias: los enfermos crónicos y las personas mayores de 65 años. Al principio se discutió si con una o dos dosis, pero se demostró que con una era suficiente. Algunos, entre los que me encuentro, hicimos nuestros pinitos de investigación y comprobamos que, efectivamente, no había diferencia respecto al número de dosis y con una quedaban correctamente vacunados. Así se ha continuado durante los últimos 25 años, y en los textos de certificación de defunción, prácticamente, ha desaparecido la palabra gripe o sus complicaciones como causa del fallecimiento. También hay que decir que el *orthomyxovirus* gripal no perdía el tiempo: es el gran mutador y ha hecho todo lo que estaba en su mano, bien por adaptación

al nuevo nicho ecológico, o quizás por azar, para salirse con la suya cada año y abrir nuevos frentes de susceptibilidad. Negar esta realidad epidemiológica, desde el punto de vista práctico, sería negar la evidencia, o no estar, habitualmente, en la consulta diaria o puestos de atención continuada. El virus de la gripe es el burlador por excelencia de los políticos, la OMS y, por qué no decirlo, de nosotros mismos. Y mira que le dedicamos tiempo a la enfermedad y a sus complicaciones.

El día 11 de junio del presente año, después de las incertidumbres diagnósticas del comienzo y la expansión por todos los continentes, la Directora General de la OMS elevó el nivel de alerta pandémica de fase 5 a fase 6 y declaró la pandemia de gripe A. No voy a entrar a discutir ni los errores de la OMS ni la definición de Pandemia, pero sí voy a recordar, siguiendo el texto de *Piédrola*, que cuando una epidemia afecta a más de un país o a varios continentes a la vez, eso es una pandemia. La OMS prevé que la propagación internacional del virus pandémico persistirá durante meses; sin embargo, la situación epidemiológica actual de los diferentes países es muy variable: en algunos se han registrado pocos casos, o ninguno, mientras que otros están sufriendo brotes comunitarios extensos. En España, dependiendo de la climatología más que de otra variable, el virus pandémico empieza a extenderse lento pero seguro de su triunfo; a pesar de la vacuna, cuenta con la tregua de la climatología. Para un buen número de españoles llegará tarde por haber sufrido la gripe en la primera oleada; no hay que entender la segunda o la tercera oleadas como de recaída o reincidencia, sino para la población todavía susceptible que no la ha pasado.

Si, como todo apunta, la pandemia de gripe A es inevitable, tenemos que ver la información y las ventajas

que nos aporta. Para los más escépticos, tengo que afirmar que es una epidemia, en lo que nos afecta, como cualquier otra de gripe con algunos matices que luego analizaremos. Es muy contagiosa, como la estacional, pero menos virulenta. El hecho de que tenga mucha población susceptible y sea muy contagiosa provocará muchísimos casos. La curva de distribución *normal* de frecuencias, la campana de Gauss, tendrá, como de hecho está ocurriendo, una cola donde se sitúan las personas que sufren la infección, pero no la enfermedad, aproximadamente 20-25%, de los contagiados. El centro de la curva lo ocupará 80-85% de los enfermos, de los cuales me atrevería a decir que más de la mitad con un cortejo sintomático menos agresivo que el de la gripe estacional, 5-10% lo pasará mal, algunos necesitarán ingreso hospitalario y de ellos algunos morirán. Todo es problema de números. Si 50-60% de la población no fuera susceptible al virus A/H1N1, y esa cifra fuera del 10%, seguramente no estaríamos hablando de ella, porque sería un goteo *endemia* de enfermos.

También podemos categorizar a los colegas: unos banalizan la pandemia, otros ni piensan en ella, otros la dramatizan y, por suerte, una gran mayoría de los médicos quiere estar informado y se interesa por lo que ha pasado en otros sitios. Los porcentajes los dejo al buen juicio del lector.

Vamos a dar algunas cifras oficiales. La actualización de la OMS del día 4 de octubre sobre la pandemia de gripe A/H1N1 comunicaba una cifra en el mundo superior a 378.223 casos, de los que al menos 4.525 habían fallecido. En la Oficina Europea corresponden con una cifra superior a los 59.000 casos y al menos 193 fallecidos. Si hacemos un simple cálculo, comprobamos que la tasa de letalidad es de 1,2% en el mundo y de 0,3% en Europa. Debemos tener presentes ambos porcentajes en el peor de los escenarios, porque los casos subclínicos, con toda seguridad, no están contabilizados, y los fallecidos casi siempre. También tenemos que valorar que ante las complicaciones varía mucho la situación de unos Sistemas Sanitarios a otros. Para la atención primaria española será un test de evaluación porque el diagnóstico y el tratamiento precoz

serán la clave de las complicaciones.

Si analizamos la información que tenemos de los casos estudiados de gripe A podemos afirmar que los niños, especialmente los menores de dos años, tienen más riesgo de infectarse por el virus de la gripe, tanto de la gripe estacional como por el de la pandemia, sin que eso se relacione con una mayor mortalidad. En algunos documentos se incluye a los niños de esa edad como personas de riesgo para experimentar formas graves de la infección por el virus A/H1N1, pero es en niños y adolescentes donde se dan las menores tasas de mortalidad. Aunque, eso sí, se pone en evidencia la presión de los padres para el ingreso hospitalario. Respecto a los mayores de 65 años, los estudios epidemiológicos demuestran que prácticamente son resistentes a la infección y que cuanto mayores son, mayor es su resistencia. El problema está fundamentalmente en la población adulta de riesgo. El virus se comporta como el animal felino con la manada de búfalos: apresa al más vulnerable.

De todo lo anterior que podemos aprender:

- Primero, que todas las medidas que utilizemos para frenar el contagio retrasarán la difusión de la pandemia y harán que sus manifestaciones patológicas sean más fácilmente asimilables por nuestro sistema sanitario. Ello explica la obsesión de los gestores por las medidas de prevención del contagio, que más que para la gripe lo serán para otras patologías.

- Segundo, que siempre ante un cuadro clínico tenemos que hacer un examen físico general con especial observación del estado general, la fiebre y la auscultación.

- Tercero, que el tratamiento general es la reposición de líquidos y el tratamiento antipirético, con especial seguimiento del paciente más afectado, y la administración de antivirales a la población de riesgo antes de las 48 horas.

- Y último, el control y notificación de la presión asistencial es una buena medida que pondrá en evidencia uno de los defectos de nuestro Sistema: la adaptación, casi en exclusiva, a la prevención y control de enfermedades crónicas de los miembros del equipo de atención primaria que no son médicos.