



Informe interno para los miembros del Pleno y de la Asamblea General

NUEVA GRIPE A/H1N1

Lo que tiene que ocurrir ocurrirá. Lo que aún no ha ocurrido se puede prevenir y condicionar, pero no asegurar. Sin embargo un hecho no siendo cierto puede serlo en sus consecuencias. Y así en el caso de la nueva gripe A/H1N1 podemos aumentar los riesgos derivados de la misma, si presentando el peor escenario sanitario posible obligamos a comportarse al ciudadano y a la autoridad sanitaria como si aquel fuera cierto, provocando actuaciones que si tienen efectos secundarios asegurados, sobre problemas inexistentes: “profecía autocumplidora”

En una sociedad como la nuestra, habituada a los éxitos médicos y tecnológicos, pero al mismo tiempo sometida al sacrosanto principio de la **hiper-prevención-precaución**, los médicos debemos dudar continuamente ante dos necesidades irreconciliables: **prevenir el riesgo en su justa medida, evitando hacer mas daño del que se intenta prevenir, pero al mismo tiempo evitar que cunda el pánico entre la población.**

Reconocemos que la situación es un rompecabezas para la propia administración. ¿Cuál es verdaderamente la “justa medida”? ¿Dónde comienza la prevención, indispensable cuando se tiene la responsabilidad de proteger a la población? ¿Dónde comienza este miedo febril al juicio de la opinión pública, a la que tanto teme cualquier responsable político, que hace abrir en exceso paraguas protectores?

Por ahora la única y triste realidad gira alrededor de 2.396 muertes en el mundo, y eso que en el hemisferio sur ya han pasado el ecuador de la

curva pandémica.

Podríamos decir que es poca cosa, si la comparamos con la gripe tradicional que todos los años y sin que a nadie haya alarmado hasta ahora, puede provocar según estimaciones entre 1500 y 3.000 muertes al año en España.

Desde la OMC debemos apoyar a la Administración Sanitaria en administrar lo que será sin duda el mayor problema sanitario que puede plantear la crisis de la gripe A: La gestión sanitaria de la concentración de casos y de los comportamientos derivados de una alarma exagerada. Nuestra aportación debe ser, entre otras, informar a la población, sin alarmarla, para que respete las decisiones de la autoridad sanitaria en cada caso y haga un uso consecuente de los servicios de salud.

INTRODUCCION

La gripe A/H1N1 es de menor gravedad que la de la gripe estacional ya que aunque tiene una **contagiosidad elevada muestra una mortalidad mas baja**. Se presenta clínicamente como una gripe común (fiebre, tos, cefaleas...) y como otras infecciones agudas del tracto respiratorio, la mayoría de los casos no serán detectados ni contabilizados mediante el sistema de vigilancia establecido a tal fin. Por lo tanto los casos leves o asintomáticos pueden pasar desapercibidos y escapar a la detección

A pesar de las vacuna todos los años la **gripe estacional ha tenido una mortalidad** muy superior a la que de momento presenta la gripe A/H1N1

En consecuencia de todo ello, las declaraciones de la OMS y en especial la declaración de la fase 6 de pandemia gripal, se han realizado con una buena dosis de efectismo, desencadenando consecuencias socio sanitarias, algunas de las cuales pueden ser ajustadas y otras excesivas. Por ejemplo, la concentración de energías y recursos sanitarios utilizados ante la alarma creada en la población general, que parecen desproporcionados en relación con otros problemas de salud previsibles y evitables, con mortalidades mucho

mas elevadas que la gripe A/H1N1. También pueden provocar en la población comportamientos y demandas exagerados, sometiéndola a riesgos innecesarios con despilfarro de recursos que a buen seguro se retiraran de la atención a otras necesidades sanitarias menos mediáticas.

Se ofrecen previsiones que aportan que 1 de cada 3 ciudadanos europeos enfermará por la nueva gripe entre 2009 y 2010. Pero también que como veremos mas adelante buena parte de ellos lo hará de forma prácticamente asintomática o con sintomatología muy benigna. Es decir la pasaran de pie como la pasamos todos los años.

Algunos datos mas, que varían según las fuentes pero, que orientan sobre el problema tal y como se ha presentado hasta ahora. En el Reino Unido con cientos de miles de casos se ha relacionado con 30 muertes. En EEUU con un millón de casos ha provocado 302 muertos. Con el invierno austral (coincide con el verano en España), en la Argentina han muerto unas 350 personas, en Australia unas 132, en Chile 128 y en Nueva Zelanda 16 personas. Hasta ahora con millones de casos y con el invierno austral finalizando, la gripe A/H1N1 ha provocado en el mundo entero 2.501 muertos. Ya hemos comentado que se calcula que en España mueren durante un invierno “normal” por gripe estacional entre 1.500 y 3.000 personas.

La mortalidad por gripe A afecta básicamente a menores de 65 años, pues los mayores parecen tener cierto grado de protección, probablemente por epidemias previas con virus similares. En la gripe estacional el 90% son mayores de 65 años, mientras por la gripe A sólo el 10% es de este mismo grupo de edad. Es decir, la mortalidad por gripe A es en el 90% en menores de 65 años.

Es posible que en un corto espacio de tiempo, días y/o semanas, ocurran una gran agrupación de casos lo que condicionara la organización de la asistencia sanitaria al aumentar la demanda asistencial –como ocurre todos los años, especialmente en urgencia- lo que debe de condicionar una respuesta previsible desde ahora.

A continuación presentamos algunos elementos, piedras angulares

esenciales para la comprensión del problema

CLÍNICA

La mayoría de los casos presentan moderada sintomatología gripal clásica, con fiebre, tos, secreción nasal, dolor de cabeza, dolor de garganta, dolores musculares y osteoarticulares y cansancio la mayor parte de los cuales no precisaran atención medica.

Al menos el 95% de los casos son leves y se resuelven entre 3 días y una semana.

Algunos pacientes indican sensación subjetiva de falta de aire, dolor torácico, o bien presentan cianosis o expectoración oscura o con sangre. Todos ellos son signos de gravedad, así como la fiebre que persiste alta más de 3 días o un intenso quebrantamiento general que no mejora.

Se han producido **casos de evolución rápida y frecuentemente fatal** en personas previamente sanas; en la autopsia presentaban **neumonitis viral hemorrágica bilateral**.

Factores de riesgo clásicos para una mala evolución de la gripe (enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o metabólica entre otras) ADEMÁS se haN revelado como importantes factores de riesgo la gestación (mas del 10% de los fallecidos han sido mujeres gestantes) así como la obesidad mórbida.

Neumonía / neumonitis gripal

Clásicamente, algunos de los pacientes afectados por gripe sufrían al poco tiempo una complicación bacteriana, la neumonía, causante de la mayor parte de la morbilidad y mortalidad asociada a la influenza.

Aunque esto seguirá siendo así, en esta epidemia, tal y como se observó en pandemias precedentes, también hay casos pero en menor número y es mas frecuente en personas jóvenes. Se trata de una neumonía viral primaria, con infiltrado intersticial mínimo o ausente, que evolucionan con rapidez a distress respiratorio y requieren ventilación mecánica. Esta neumonitis puede deberse

a una respuesta inmunitaria desproporcionada por parte del huésped, pero esto aun no lo sabemos. Suelen presentar exudación hemorrágica causante del edema pulmonar y de la insuficiencia respiratoria.

La cobertura antibiótica, la oxigenoterapia y el uso de corticoides en los pacientes con distress respiratorio suelen ser medidas complementarias eficaces, que se suman a la ventilación mecánica y el tratamiento con oseltamivir.

Existen casos con presentaciones atípicas, con mínima fiebre o afebriles detectados en más del 10% de los casos. Se han descrito casos solo con conjuntivitis o como síntoma inicial. Hasta la mitad de los casos han manifestado sintomatología digestiva (náuseas, vómitos y/o diarrea). Han sido comunicadas algunas complicaciones neurológicas, concretamente, casos de convulsiones y confusión en niños previamente sanos. Se han descrito casos de mielitis transversa. También se han descrito casos de miopericarditis asociada al virus A(H1N1).

PREVENCIÓN

MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS

Debemos insistir en las medidas de higiene clásica porque permitirán actuar contra uno de los factores mas importantes de la crisis, el acumulo de casos y en consecuencia permitirán ganar tiempo y retrasar la llegada del pico epidémico.

Tienen importancia porque impiden o frenan los brotes explosivos en comunidades concretas. Y además de comprometer a la población en su autocuidado, son gratis y sobre todo “higienicas” es decir algunas recomendaciones se deben de hacer siempre, no solo para la gripe.

Higiene de la tos: la población debe ser instruida sobre el uso de pañuelos desechables para toser o estornudar. A las personas que tosen, en los centros sanitarios se les debe ofrecer una mascarilla de celulosa para toser

sobre ella mientras están en el hospital o centro de salud.

Mascarillas: Su uso en la calle o espacios abiertos carece de sentido, pero son eficaces en los centros sanitarios, especialmente en la sala de espera, para los pacientes que puedan estar afectados y tosan. Es conveniente que el personal sanitario que los atiende lleve una mascarilla.

Higiene de las manos: El lavado frecuente de las manos o el uso de soluciones antisépticas hidroalcohólicas es eficaz como medida complementaria, puesto que sabemos que muchos casos de infección no se producen por la transmisión aérea de gotitas de saliva o secreciones respiratorias, sino por contacto con superficies contaminadas con estas secreciones.

Higiene doméstica: Evitar los besos o compartir vasos y cubiertos de personas enfermas de gripe. Una higiene normal es suficiente. En el contexto familiar es difícil impedir la transmisión de la gripe, pero puede ser útil evitar dormir en la misma habitación del enfermo, usar toallas distintas y mantener una buena ventilación de los cuartos.

Centros escolares: Ningún niño con catarro o síntomas gripales o fiebre debe ser llevado por sus padres a la escuela. Ningún niño con estos síntomas debe ser aceptado en el centro escolar. Esta medida está destinada a evitar brotes de gripe en un colegio que llegan con facilidad a una tasa de ataque del 70%. Ni se debe mantener a toda costa determinados centros abiertos, con buen número de alumnos afectados ni lo contrario cerrarlos ante casos aislados. La autoridad sanitaria debe fijar las condiciones homogéneas a aplicar en todos los casos y en todo el territorio nacional. En este criterio como o en otro lo negativo es la discrepancia y descoordinación entre las autoridades sanitarias.

Centros de trabajo: Ningún trabajador afectado de gripe debe ir al trabajo y mucho menos para alguna tarea administrativa como aportar su parte de baja laboral. En una situación excepcional, como esta, la ausencia del trabajo de tres días debería ser más un acto de fe y complicidad entre trabajador y

empresario que un acto burocrático que sature aun más los centros de salud.

Centros de salud: La gripe es y será un problema esencialmente de atención primaria. Al médico general y de familia, al pediatra de atención primaria y en su caso a los médicos de los servicios de urgencia compete el **diagnóstico y tratamiento de la mayoría** de los casos de gripe.

Se debe agilizar el modo en que se dispensa el antiviral, evitando burocracia y permitiendo el acceso también de la provisión privada.

En el caso de zonas o comunidades donde sobrevengan en días o semanas picos de incidencia elevados, puede ser necesario que durante un corto espacio de tiempo –días- sea preciso reorganizar la actividad hacia consultas rápidas y específicas de gripe, en la enfermería puede jugar un papel clave en el cribaje, con la aportación de un dato objetivo de valoración clínica como es la pulsioximetría.

Dado que el centro de salud concentrara muchos casos, es aconsejable recomendar a la población no acudir al centro para consultas evitables o por cuestiones que puedan ser resuelta telefónicamente o de cualquier forma alternativa

En esas condiciones, dado la menor incidencia en población mayor de 50 años, y en el caso de que la enfermedad provoque perdidas de efectivos entre los profesionales sanitarios que dificulten la asistencia o sobrecarguen excesivamente a los disponibles, no es descabellado que los **colegios de médicos** tengan prevista tal contingencia y organicen a los profesionales jubilados que voluntariamente estuvieran dispuestos a ayudar a suplir las deficiencias asistenciales observadas.

Hospitales

Si el paciente tiene indicación de **ingreso hospitalario** se debería llegar a la etiología, mediante el análisis por PCR de muestras de exudado nasofaríngeo.

Ante la posibilidad de que las unidades **de cuidados intensivos se saturen** en algún momento es preciso adoptar todas las medidas oportunas en cada caso para, o bien evitar que esto suceda, o bien atender adecuadamente a los pacientes que lo precisen

Agrupaciones humanas: En todos los eventos deportivos, festivos, culturales o religiosos, en pandemia gripal, durante el otoño e invierno existe mayor riesgo de contagio para todos los participantes, por la cercanía y la concentración de personas. Evitar aglomeraciones innecesarias es una medida higiénica oportuna.

Posibles Mensajes a población General

- 1 La Gripe A se esta comportando de forma menos violenta y peligrosa que la gripe estacional
- 2 Mantenerse alejados de las personas que tengan infección respiratoria
- 3 Evitar saludar con besos o dando la mano
- 4 Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón
- 5 Recoger siempre el moco y la saliva en pañuelos desechables
- 6 No compartir alimentos, vasos o cubiertos
- 7 Ventilar y permitir la entrada del sol en la casa y en todos los lugares cerrados
- 8 Mantener limpias los espacios comunes como cocina, baño, utensilios, así como juguetes, teléfonos u objetos de uso común
- 9 Realizar una alimentación equilibrada. Comer frutas y verduras ricas en vitaminas A y C (zanahoria, naranja, mandarina, lima, limón y piña, ETC.)
- 10 Mantener una buena hidratación bebiendo con frecuencia.
- 11 En caso de que exista llamar al teléfono de atención específico que se haya habilitado para solicitar pedir información.
- 12 En caso de duda consultar (Web Ministerio Sanidad y Consejo General Colegios de Médicos)

VACUNACIÓN

De todos es sabido que los virus de la gripe mutan muy rápidamente, por lo cual todos los años la OMS selecciona virus dos veces al año para la vacuna

de la gripe común. A pesar de lo cual la medida preventiva mas eficaz contra la gripe es la vacunación. En el caso de la Gripe A producirá inmunización en torno a un mes después de la segunda dosis

Las vacunas son seguras aunque al no estar exentas de efectos adversos nunca deben superar el beneficio potencial esperado de la inmunización. Este principio de precaución –no maledicencia- debe ser estricto al aplicarse las mismas a personas sanas de las cuales buena parte no enfermarían y si lo hiciera en el 95% presentara sintomatología benigna.

En todo caso la inmunización mediante vacuna deberá limitarse a los grupos de riesgo definidos por la autoridad sanitaria.

La situación de los ancianos

Fue la OMC en su primer comunicado quien apuntó, en España, que los ancianos podrían tener protección parcial frente a la nueva gripe. Protección parcial implica que un porcentaje de ancianos no tendrá protección y a priori no podemos saber quienes son.

TRATAMIENTO

Por la experiencia acumulada la **mayoría de los casos** previos de gripe se recuperaran totalmente de la enfermedad sin medicinas, ni siquiera asistencia médica, en ocasiones la enfermedad pasara desapercibida.

Los fármacos antivirales para la gripe común están disponibles en algunos países y tratan la enfermedad de manera eficaz en especial de **aquellos casos mas graves**. Hay dos clases de estos fármacos: los adamantanes (amantadina y remantadina) y los inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir y zanamivir).

Algunos virus desarrollan resistencias a los antivirales, limitando la eficacia del tratamiento, por lo que siempre han de ser prescritos por un médico. El virus de la gripe A/H1N1 responde a **oseltamivir y zanamivir**, pero puede desarrollar resistencias. En este mes -agosto de 2009- se han comunicado en Seattle los dos primeros casos de resistencia antiviral que no cambian las

indicaciones terapéuticas actuales.

La información disponible sobre el valor y efectos de los antivirales en la Gripe A es **insuficiente** para hacer recomendaciones definitivas. El Ministerio de Sanidad y Política Social están tomando las medidas oportunas en cada momento, sobre el empleo de antivirales en el tratamiento de la infección. Los médicos debemos tomar las decisiones basándonos en las evaluaciones clínicas y epidemiológicas y en el balance riesgo/beneficios del tratamiento al paciente. Los protocolos como siempre deben ser aplicados con juicio clínico.

COMENTARIOS ADICIONALES

Existe incertidumbre sobre la tasa de mortalidad asociada a la gripe. Los primeros indicios apuntan hacia que será baja en los países desarrollados, esto nos debe hacer adoptar una actitud de prudencia e intentar hacer todo lo posible para eliminar de la población (mediante nuestra opinión de medico siempre respetada), la mayor parte de los componentes de alarma y angustia exagerada que están rodeando a este problema de salud publica que es la actual Gripe A

No se debe **minusvalorar la importancia de una pandemia gripal**, pero menos aún hacerlo **exagerarla convirtiéndola en foco exclusivo** de las preocupaciones sanitarias o foco de gasto evitable. Porque excederse en la valoración de una pandemia gripal mucho mas benigna que aquellas a las que estamos acostumbrados a manejar – porque ha cambiado algunas formas de la misma- puede provocar un comportamiento preventivo y terapéutico excesivo que por un lado causara riesgos derivados de la utilización de medicamentos y vacunación innecesaria. Pero también una desviación de recursos retirados de la atención de otras causas de morbimortalidad que necesariamente serán peor atendidas.

Madrid a veinte de agosto del 2009