

ANTE LA GRIPE A, CARTA ABIERTA A LA MINISTRA Y A LOS CONSEJEROS DE SANIDAD (CON COPIA A MIS PACIENTES)

Por Juan Gérvas, Licenciado y Doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid

Con el debido respeto, ruego que escuchen a este médico general rural preocupado por el pánico desatado ante la epidemia de gripe A. Es preocupación clínica y social, pues se refiere tanto a la atención a los pacientes como al impacto en la estructura social, laboral y económica de un pánico que tendrá peores consecuencias que la propia epidemia de gripe A.

CONSIDERACIONES

Conviene recordar que el Gobierno de Canadá se planteó dos objetivos ante la gripe aviar, 1/ disminuir su impacto en mortalidad y 2/ mantener la estructura social. No es una visión improbable la de un país sumido en el caos, parado por cierres de escuelas y centros de trabajo, con las urgencias y servicios médicos colapsados, con falta de atención a otros problemas de salud incluso graves, como infartos de miocardio y apendicitis (sin hablar de los errores tipo retrasos en el diagnóstico de meningitis por confusión con la “omnipresente” y deslumbrante gripe A). Y, sin embargo, la gripe A es enfermedad benigna, con menos mortalidad que la gripe estacional (la de todos los años). Lo sabemos ya con datos, por la experiencia del invierno en los países del hemisferio sur. La diferencia es responder como Argentina (pánico y descontrol absoluto) o como Australia (organización y eficacia). Según los cálculos más ciertos podemos esperar como máximo unos 500 fallecimientos por gripe A, frente a los más de 1.500 anuales por la gripe estacional. Por ello, habrá menos muertos en todos los grupos de edad con la gripe A que con la gripe estacional. Para disminuir la mortalidad habrá que tratar adecuadamente a los casos que se compliquen. Lastimosamente la vacuna prometida llegará tarde, y no deja de ser una vacuna cuya eficacia desconocemos. Hasta que no haya más conocimiento muchos ni nos la pondremos ni la recomendaremos.

Respecto a las embarazadas, siempre se han visto más afectadas por la gripe, especialmente en el tercer trimestre, por los cambios cardio-respiratorios que provoca la ocupación del abdomen por el útero grávido. La gripe A no cambia nada respecto a la gripe estacional; habrá la misma proporción de ingresos, y menos muertes que con la gripe estacional. La embarazada puede y

debería llevar la vida sana que siempre se le ha recomendado, lo que incluye continuar con su vida normal, familiar y laboral. La gripe A no provoca abortos ni malformaciones del feto. Estar embarazada no aumenta la probabilidad de contagiarse por gripe A.

La selección de personas por sus “factores de riesgo” es cuestión discutible pues los factores de riesgo ni son necesarios ni son suficientes para explicar las complicaciones. Por ejemplo, hasta el 70% de los niños que mueren por gripe estacional carecen de factores de riesgo definidos.

La predicción sobre la evolución de la gripe A debería basarse en lo que sabemos de esta propia epidemia y de pandemias previas. Por ello lo previsible es una onda de rápido contagio. Hablar de otras posibilidades es ignorancia, fantasía, irresponsabilidad o maldad. Es absurdo recordar epidemias de gripes de cuando ni había una cobertura pública sanitaria ni existían antibióticos para tratar las neumonías que las complican.

PROPUESTAS

Dejen de organizar protocolos y de promover medidas de recepción a los pacientes de probable gripe A que carecen de sentido. Es absurdo el aislamiento en urgencias y en los centros de salud de los pacientes con fiebre y síntomas de gripe. Durante la epidemia los griposos estarán en todos sitios y las medidas de aislamiento son innecesarias en los centros sanitarios. Sólo contribuyen a crear alarma y pánico.

No promuevan el diagnóstico exacto de la gripe A, excepto para investigación y vigilancia epidemiológica. Las pruebas de detección rápida son poco fiables, e inútiles. El seguimiento es el mismo sea gripe A, gripe estacional, o cualquier otra infección respiratoria.

Dejen que los médicos clínicos hagan su labor. Llevan años atendiendo a los pacientes con gripe, y saben hacerlo en las urgencias, las consultas y los domicilios. Los “expertos” poco pueden añadir, salvo colaborar como consultores. La gripe A es más benigna que la estacional, pero concentrará a los enfermos en un periodo breve de tiempo. No conviene hacer grandes inversiones ni cambios, sino reforzar los dispositivos existentes con lógica y sentido común. La buena atención clínica a los casos complicados es tan importante o más que todas las demás medidas juntas. La atención a domicilio debería gravitar sobre los médicos de cabecera que tienen conocimiento y capacidad de decisión respecto a sus pacientes y su entorno familiar. Tengan en cuenta la sobrecarga de trabajo y prevean medidas para

compensar las horas extras de trabajo (no todo es gastar en acumular anti-virales y vacunas).

No promuevan excesivamente ni los anti-virales ni la vacuna. Hay dudas razonables sobre sus ventajas, y tienen efectos adversos innegables.

Tengan en cuenta que la gripe A tendrá más impacto en la clase social baja, entre los pobres, marginados, toxicómanos, mal alimentados, mal abrigados y habitantes de viviendas insalubres. Todos ellos tienen menos interés por su salud por lo que habrá que prever medidas pro-activas tendentes a evitar la falta de equidad en la atención a estos pacientes y poblaciones.

No promuevan el uso de mascarillas. Su eficacia es dudosa.

Promuevan el auto-cuidado. Lo importante es que los pacientes y las familias se enfrenten a la gripe A con la misma serenidad y buen hacer que a la gripe estacional. El ser humano ha evolucionado en convivencia con el virus gripal, de forma que hay un excelente cúmulo increíble de normas sensatas de auto-cuidados en la población. Como siempre ante la gripe, los individuos y las familias son capaces de cuidarse sin necesidad de médicos ni de sanitarios.

Faciliten la justificación de la ausencia al trabajo. La gripe dura siete días, y normalmente los tres primeros son los peores. Nada impide que esos tres días se puedan justificar por el propio trabajador, sin necesidad de baja médica (con lo que se ahorra la visita al médico en el 95% de los casos, que serán leves). Y en caso de ausencia más larga, de hasta una semana, facilite la justificación de la baja con un solo documento que se pueda hacer en sólo una visita (según la organización actual se requerirían tres).

Pidan a los medios de comunicación que sean responsables. No tiene sentido transmitir en vivo y en directo cada muerte por gripe A. En vez de 500 parecerán 500.000. Con ello se crea alarma social innecesaria. Tenemos la experiencia de la meningitis C, que desató el pánico por este comportamiento absurdo de los medios de comunicación. La percepción social del riesgo de contagiarse y de morir por gripe A no tiene nada que ver con la realidad. Todos tenemos la culpa, desde la Organización Mundial de la Salud al Ministerio de Sanidad y Política Social, pasando por las Consejerías de Sanidad, los Colegios de Médicos y los medios de comunicación. Y entre todos hay que lograr enmendar este desaguizado antes de que sea tarde. Es clave que la percepción social del riesgo de enfermar y de morir por gripe A corresponda a la realidad, a la de una enfermedad leve, una gripe de menor gravedad que la habitual.

Juan Gérvas es médico de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid). Profesor Honorario de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, y Profesor Visitante de Atención Primaria en Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid). Contacto jgervasc@meditex.es www.equipocesca.org

Referencias seleccionadas

- 1 Antivíricos en la gripe: entre la incertidumbre y la urgencia de la pandemia por el nuevo virus A/H1N1. *Bulletí CROC*. 2009;22(2).
- 2 Bath N, Wright JG, Broder KE et al. Influenza-associated deaths among children in the United States, 2003-2004. *N Engl J Med*. 2005;353:2559-67.
- 3 Blumenshine P, Reingold A, Egenter S et al. Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective. *Emerging Infec Dis*. 2008;14:709-15.
- 4 Burch J, Corbett M, Stock C et al. Prescription of anti-influenza drugs for healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infec Dis*. 2009;doi:10.1016/S1473-3099(09)70199-9.
- 5 Chowell G, Miller MA, Viboud C. Seasonal influenza in the United States, France and Australia. Transmission and prospects for control. *Epidemiol Infect*. 2008;136:852-64.
- 6 Dodds L, McNeil S, Fell DB et al. Impact of influenza exposure on rates of hospital admissions and physician visits because of respiratory illness among pregnant woman. *CMAJ*. 2007;176:463-8.
- 7 Ellis C, McEven R. Who should receive Tamiflu for swine flu? *BMJ*. 2009;339:b2698.
- 8 Evans D, Cauchemez S, Hayden FG. "Prepandemic" immunization for novel influenza viruses, "swine flu" vaccine, Guillain-Barré syndrome and the detection of rare severe adverse affects. *J Infect Dis*. 2009;200:321-8.
- 9 Gérvas J. Disease mongering by WHO. *BMJ*. 2009 [letter] http://www.bmj.com/cgi/eletters/339/aug10_1/b3172
- 10 Health Protection Agency. Risk to pregnant women arising from influenza A infections. Background information for discussion with pregnant women. 25 August 2009. http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1247816600220
- 11 Kitching A, Roche A, Balasegaran S et al. Oseltamivir adherence and side effects among children in three London schools affected by influenza A (H1N1), May 2009. An Internet based cross sectional survey. *Eurosurveillance*

- 2009;29:1-4.
- 12 Jamieson D, Honein M, Rasmussen S et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet*. 2009; July 29. DOI:10.1016/50140-6736(09)61304-0.
 - 13 Jefferson TO, Demicheli V, Di Pietrantonj C et al. Inhibidores de neuraminidasa para la prevención y el tratamiento de la influenza en adultos sanos. www.cochrane.es/gripe/revisiones/CD001265.pdf
 - 14 Mateo M, Larraux A, Mesonero C. La vigilancia de la gripe. Nuevas soluciones a un viejo problema. *Gac Sanit*. 2006;20:67-73.
 - 15 Moreno DM, Taubenberger JK. Understanding influenza backward. *JAMA*. 2009;302:679-80.
 - 16 Sheridan C. Flu vaccine makers upgrade technology and pray for it. *Nature Biotechnology*. 2009;27:489-91.
 - 17 Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C et al. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*. 2009;339:b3172.
 - 18 Simonsen L, Taylor RJ, Vibournd C et al. Mortality benefits of influenza vaccine in elderly people: an ongoing controversy. *Lancet Infect Dis*. 2007;7:658-66.
 - 19 Smith S, Demicheli V, Di Pietrantonj C, Harden AR et al. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD004879.
 - 20 White N, Webster R, Govorkovs E et al. What is the optimal therapy for patients with H5N1 infection? *PLoS Med*. 2009;6:e1000091.
 - 21 Wilson N, Baker MG. The emerging influenza pandemic: estimating the case fatality rate. *Eurosurveillance*. 2009;14(26):pff=19255