



## EDITORIAL

### El abordaje de la pandemia de gripe A desde la perspectiva de los profesionales sanitarios

### The approach to the pandemic swine flu from a health professional perspective

Juan Gérvas♦

Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón, Madrid, España

Recibido el 22 de abril de 2010; aceptado el 22 de abril de 2010  
Disponible en Internet el 31 de mayo de 2010

La gripe es infección vírica que recurre todos los inviernos en forma de epidemia. Habitualmente provoca un cuadro clínico de fiebre brusca, dolor osteomuscular y malestar general (el «trancazo», sentirse como apaleado con una tranca) en la décima parte de la población, y aunque la mayor parte de los casos no precisan atención médica, la epidemia de gripe tiene repercusión enorme en la organización sanitaria. Los síntomas requieren generalmente sólo tratamiento sintomático, pero en algunos casos la infección complica cuadros subyacentes y puede empeorarlos hasta la muerte. Para el cálculo de la mortalidad se suele utilizar un método probabilístico, pues la declaración específica puede subestimar la mortalidad que conlleva la gripe<sup>1</sup>. Así, coincidiendo con el pico de la epidemia gripal hay un pico de mortalidad, y este «exceso de mortalidad» es el que se utiliza para calcular la mortalidad por gripe, que en España se sitúa en unos 1.400 muertos de media al año en los últimos decenios<sup>2</sup>.

La temporada gripal de 2009–2010 se presentó como pandemia, por un virus «nuevo», una variante de origen porcino estadounidense (virus A, California, 7/2009/H1N1) que en lo clínico comenzó en Méjico, en abril, y que se ha

conocido como «gripe A», o «gripe porcina» (*swine flu*, en la literatura anglosajona). La epidemia pasó a considerarse pandemia tras el cambio de definición por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por el que sólo significa afectación global internacional, sin valoración sobre su gravedad. Este cambio ha sido severamente criticado, por confundir a los profesionales y políticos y a la población y llevar a una «hiper-reacción»<sup>3</sup>. Sin embargo, en España la respuesta de los profesionales fue desde el principio pedir calma y seguridad, ante los datos del invierno austral de 2009 (primavera en el hemisferio norte) que demostraban una epidemia menos grave de lo habitual, con escasa morbilidad y mortalidad<sup>4,5</sup>. Coincidió desde un editorial de esta revista<sup>6</sup> hasta el movimiento *gripeycalma*, de bitácoras (*blogs*) sanitarias, a iniciativa de Rafael Bravo, y la postura de la Organización Médica Colegial, y de las sociedades profesionales de salubristas (SESPAS) y médicos generales/de familia (SEMFYC)<sup>5</sup>, y pediatras de atención primaria (AES). Como consecuencia, la respuesta social fue la lógica y prudente. En contra de la alarma creada por los medios de comunicación y por las propias autoridades sanitarias (internacionales, nacionales y autonómicas), la conducta de la población, de los pacientes y de los profesionales fue la racional y científica, tanto en el uso de urgencias como en el manejo de los casos, y en la prescripción de antivirales y la vacuna.

El pico de la epidemia se dio en la semana 47 de 2009 (en mitad del mes de noviembre). Los datos españoles, como

Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

♦El firmante se ha jubilado de las actividades clínicas en enero de 2010, y este texto ha sido escrito ya en tiempo de jubilación, pero puesto que se refiere básicamente a 2009, prefiere firmar como si todavía estuviera en activo.

los de la Unión Europea y países asociados (EFTA, que incluye a Islandia, Noruega y Suiza) se integran en un sistema de vigilancia bien desarrollado y de extraordinaria calidad, del *European Centre for Disease Control and Prevention* (ECDC)<sup>2,7</sup>. Al final de la epidemia 2009–2010, ya en plena primavera boreal 2010, se han declarado un total de 2.876 fallecimientos, para una población de más de 400 millones de europeos<sup>7</sup>. Son 271 los muertos en España, muy por debajo de la cifra habitual en los decenios previos, y bien lejos de las predicciones apocalípticas de hasta 18.000 muertos.

En síntesis, la epidemia de gripe A ha sido una epidemia gripal suave, que se ha expandido por el mundo sin causar males mayores, tal y como se previó ya a primeros de agosto de 2009.

¿Qué lecciones da el abordaje de la gripe A desde el punto de vista del médico general/de familia? Muchas y muy importantes:

1. Las autoridades sanitarias pueden perder el norte, en una cadena de irresponsabilidad que llega desde la sede de la OMS en Ginebra hasta nuestras humildes consultas, a través del Ministerio y las Consejerías de Sanidad. Todos se apoyan entre sí y en asesores de dudosa independencia y transmiten una alarma que carece de fundamento científico. En la alarma no hay inocencia, pues sacan provecho al menos en forma de prestigio y relevancia social, y quizá beneficios más prosaicos como permite pensar el sospechoso cambio brusco de la directora del estadounidense CDC (*Centre for Disease Control and Prevention*, central en las políticas de abordaje de la gripe) a presidente de la sección de vacunas de Merck<sup>8</sup>. En general, «se esperaba» una pandemia de gripe aviar, y los planes de contingencia se contagiaron del miedo a los millones de muertos erróneamente previstos en 2005 (con la gripe vamos de error en error, con sucesivas epidemias iatrogénicas de miedo)<sup>4,9</sup>.
2. Los médicos clínicos seguimos contando con un enorme margen de maniobra en las consultas, en el sistema sanitario público y privado, libertad que exige responsabilidad y formación. En el caso de la gripe A, la labor sería, responsable y científica del trabajo en las redes sociales virtuales (Internet) y en las consultas ha logrado revertir la alarma y el pánico creado por la irresponsabilidad de los interesados (los que obtienen «beneficio», desde autoridades a medios de comunicación, algunas sociedades profesionales médicas, empresas de medicamentos, de higiene, de respiradores y demás). Conviene ser conscientes de este importantísimo caudal de crédito social que puede ayudarnos tanto en la autoestima profesional como en otros múltiples asuntos cruciales para profesionales y pacientes Y.

3. El conocimiento científico es «débil» incluso en cuestiones frecuentes e importantes, como la gripe. Hay dudas más que razonables acerca de la utilidad de los antivirales y de las vacunas antigripales<sup>4,10–12</sup>. Así, Polonia no vacunó a su población y ha tenido 181 muertos para 39 millones de habitantes<sup>7</sup>.

El médico de cabecera tiene que actuar en defensa de sus pacientes y población, incluso por encima de las autoridades a las que debería «seguir en las recomendaciones y órdenes». De la misma forma que la «obediencia debida» es fundamento inaplicable a la conducta militar cuando se siguen daños contra los derechos humanos, los médicos de cabecera están legitimados para tomar decisiones finales de las que respondemos incluso ante los tribunales de justicia. Es clave que los médicos generales/de familia practiquemos la prevención de los daños que genera la actividad sanitaria curativa y preventiva (prevención cuaternaria) y en el caso de la gripe A lo hemos hecho con ciencia y conciencia.

## Bibliografía

1. Gauskc T, Legrand L, Donnelly CA, Ward H, Cauchemez S, Fraser C, et al. Assessing the severity of the novel influenza A/H1N1 pandemic. *BMJ*. 2009;339:220–4.
2. Mateo S, Larrauri A, Mesonero C. La vigilancia de la gripe. *Gac Sanit*. 2006;20:67–73.
3. Doshi P. More changing webpages at WHO [consultado 20/4/2010]. Disponible en: [http://www.bmj.com/cgi/eletters/340/apr06\\_2/c1904](http://www.bmj.com/cgi/eletters/340/apr06_2/c1904).
4. Gérvas J. In the face of swine flu, common sense and science. *Healthy Skepticism News*. Disponible en: <http://www.healthyskepticism.org/news/2009/Oct09.php>.
5. Gérvas J, Villanueva T. Spain and swine flu. *CMJA*. 2009 [letter]. Disponible en: <http://www.cma.ja.ca/cgi/eletters/181/6-7/E102#184176>.
6. Oñorbe M. La «gripe nueva»: ¿se ha abordado bien el problema? *Aten Primaria*. 2009, doi: 10.1016/j.aprim.2009.07.003.
7. Influenza A(H1N1) pandemic. European Centre for Disease Prevention and Control [consultado 20/4/2010]. Disponible en: <http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/Pages/home.aspx>.
8. Dr. Julie Gerbending named president of Merck Vaccines [consultado 20/4/2010]. Disponible en: [http://www.merck.com/newsroom/news-release-archive/corporate/2009\\_1221.html](http://www.merck.com/newsroom/news-release-archive/corporate/2009_1221.html).
9. Bonneux L, Damme WV. An iatrogenic pandemic of panic. *BMJ*. 2006;332:786–8.
10. Antiviricos en la gripe: entre la incertidumbre y la urgencia de la pandemia por el nuevo virus A/H1N1. *Bulletí GROC*. 2009; 22.
11. Collignon P. H1N1 immunisation, too much too soon? *Aust Prescriber*. 2010;33:30–1.
12. León P. Vacunas víricas: conceptos básicos, tipos y aplicaciones. *FMC*. 2010;17:113–21.