

ANTE LA GRIPE A, PACIENCIA Y TRANQUILIDAD

Por Juan Gérvas,
jgervasc@meditex.es www.equipocesca.org

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). Equipo CESCA, Madrid.

Resumen

1. La gripe A es muy contagiosa y muy leve. Más leve que la gripe de todos los años (gripe estacional).
2. Ante la gripe A conviene un comportamiento prudente y tranquilo, similar al que tenemos con la gripe estacional. Se debe consultar al médico sólo en caso de enfermedad importante (tos con sangre, gran deterioro respiratorio).
3. Los antivirales como Tamiflú y Relenza no previenen la gripe A, y tienen efectos secundarios importantes. Tampoco sirven para el tratamiento en pacientes sanos por lo demás. Se deben reservar para tratar casos graves.
4. La vacuna contra la gripe estacional no sirve para la gripe A. Además, el virus de la gripe estacional está desapareciendo. Por ello no vale la pena vacunarse contra la gripe estacional.
5. La vacuna contra la gripe A es experimental, y por ahora sabemos poco de su efectividad (utilidad en la práctica). La infección por el propio virus de la gripe A confiere inmunidad para más de 50 años. La vacuna se espera que confiera inmunidad para un año. Por ello vale la pena pasar la gripe A y por ello no vale la pena vacunarse contra la gripe A.
6. Las pandemias previas no produjeron gran mortalidad en cuanto se dispuso de antibióticos para tratar las neumonías que complican la gripe. Las pandemias previas no tuvieron una segunda “ola” de mayor agresividad.
7. Frente a la gripe A, el embarazo no debería conllevar ningún cambio ni modificación de la vida de la mujer. Sabemos que hay un cierto grado mayor de complicaciones, pero es similar a lo que se ve en la gripe

estacional. Para evitar el contagio no se necesita baja si se está embarazada. Tampoco hay que retrasar el embarazo por miedo a la gripe A. La lactancia no modifica nada la situación frente a la gripe A.

- 8. Además de la gripe A, los servicios sanitarios tienen que atender a los miles enfermos agudos y crónicos habituales por lo que conviene no saturar la actividad de médicos y enfermeras con pacientes leves de gripe A.**

El problema

La gripe es una enfermedad viral que se suele padecer durante el invierno, en forma de epidemia (epidemia estacional) que afecta a parte de la población (entre el 5 y el 10% del total). Como bien dice el refrán, “la gripe dura siete días con tratamiento, y una semana sin él”. La gripe es enfermedad leve, con fiebre y síntomas varios como dolor de cabeza y muscular, náuseas, diarrea y malestar general, que obliga a guardar un par de días de reposo. No es útil ni conviene bajar la fiebre (ni en niños siquiera), y el tratamiento es para el dolor y el malestar.

Pese a la levedad de la gripe, se puede demostrar que la mortalidad aumenta en la población con dos picos anuales, uno en los días del verano con el máximo de calor, y otro en los días del invierno con la epidemia de gripe. Por ello se aconseja vacunar contra la gripe, aunque se discute si esta vacunación es útil.

La epidemia de gripe A, que empezó en México en abril de 2009 procede de un virus porcino originado en las granjas de EEUU en los 70/80 del pasado siglo. La gripe A tiene menos gravedad que la epidemia estacional. Es una gripe que se contagia muy fácilmente entre menores de 50 años, y por eso es una “pandemia”, porque puede llegar a afectar más rápidamente a la población (afecta como la gripe estacional, entre el 5 y el 10% del total de la población).

La contagiosidad de la gripe A no dice nada de su gravedad, y de hecho es menos grave que ninguna gripe previa. Afecta a muchos jóvenes, pero los mata menos que la gripe de todos los años.

Las cifras son variables según la fuente de datos, pero por ejemplo, en el Reino Unido ha habido cientos de miles de casos y sólo 76 muertes y en EEUU con un millón de casos sólo 593 muertos. En toda Europa (más de 400 millones de habitantes) 135 personas han muerto de gripe A.

En el invierno austral (que coincide con el verano en España), en la Argentina han muerto 512 personas, en Australia 169, en Chile 132 y en Uruguay 33. Por ejemplo, con las predicciones de la

Organización Mundial de la Salud se esperaban en Nueva Zelanda 18.000 muertos y ha habido al final 17 (contra 400 en la gripe estacional de otros años).

Con el invierno austral casi finalizado, en el mundo entero ha habido hasta ahora 3.471 muertos. Para ponerlo en situación, se calcula que en España mueren durante un invierno "normal" por gripe estacional entre 1.500 y 8.000 personas. En España ha habido en los seis primeros meses 25 muertos. Durante las epidemias de gripe estacional, a diario (cada día) mueren 30 y más personas de gripe. En España se pueden esperar 500 muertos por la gripe A; es decir, muchísimos menos que con la gripe estacional.

La mortalidad por gripe A afecta básicamente a menores de 65 años, pues los mayores parecen tener cierto grado de protección, por epidemias previas con virus similares. El virus A circuló entre 1918 y 1957, y provocó inmunidad de por vida. Es la primera infección por virus gripal la que da más inmunidad, por un fenómeno conocido de "inmunidad de pecado original".

Entre los muertos por 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.

Pese a todo, en números absolutos, la gripe A mata a pocos jóvenes; por ejemplo, en EEUU mueren al año por gripe estacional unas 3.600 personas menores de 65 años y de gripe A han muerto hasta ahora unas 400 personas de ese grupo de edad. Por cierto, al año mueren unas 36.000 personas por gripe estacional en EEUU. La alta mortalidad en EEUU tiene que ver probablemente con su falta de cobertura sanitaria a los que más lo necesitan (pobres y enfermos).

En Australia, con el invierno terminando, han muerto unas 169 personas por gripe A, de las que son aproximadamente 120 menores de 65 años. En Australia cada año mueren por gripe estacional unas 310 personas menores de 65 años. En Australia el cálculo mínimo de muertes por gripe A, al empezar el invierno, fue de 8.000. De nuevo, errores en los cálculos, como en Nueva Zelanda y otros países. De nuevo, menor gravedad que la gripe estacional.

Los factores de riesgo dicen poco respecto a la mortalidad por gripe, lo mismo en la gripe estacional que en la gripe A. Por ejemplo, en EEUU, el 67% de los niños que murieron por gripe estacional en 2003-2004 no tenían ningún factor de riesgo.

Hemos tenido muchas pandemias, y la más letal, la "española" de 1918 mató sobre todo por neumonías bacterianas a los pobres (mal

alimentados, hacinados, con viviendas insalubres y mal protegidos del frío). En las otras dos grandes pandemias, de 1957 y 1968 no hubo tal letalidad, entre otras cosas por la existencia de los antibióticos para tratar las neumonías bacterianas.

Al estudiar las pandemias de los últimos siglos (desde 1510 hasta la actualidad) se demuestra que nunca se ha contagiado simultáneamente toda la población (el 100% al tiempo) y que, si ha habido segunda “ola” de pandemia, la gripe ha tenido un carácter leve también en la segunda vuelta. La proyección de varias oleadas de progresiva gravedad es sólo fantasía, no una inferencia a partir de la realidad.

La fantasía está logrando introducir el pánico en la población por 1/ el empleo de grandes números (“cientos, millones de afectados”) y 2/ el empleo de impactantes relatos, la descripción casi en vivo y en directo de cada muerte. Estos dos elementos llevan al lector oyente/televidente a imaginarse a sí mismo y a sus seres queridos afectados y gravemente enfermos, o muertos. Es un ejercicio clásico de “invención de enfermedades” (*disease mongering*) de transformación irreal de una gripe A contagiosa y no grave en una gripe A virulenta y letal.

En su día, el Gobierno de Canadá se propuso un doble objetivo frente a la gripe aviar, en 2005, ante la alarma creada por la OMS: a/ reducir el número de muertos y b/ mantener la estructura social. En la gripe A el problema no parece ser lograr el primer objetivo, dada su mínima letalidad. El segundo objetivo parece ignorarse al propagar una epidemia de pánico.

¿Qué se puede hacer ante la gripe A?

En 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) pronosticó que podrían morir de gripe aviar hasta 150 millones de personas; al día siguiente de este anuncio corrigió la cifra a una “más conservadora y cierta” de siete millones de muertos. Con ello se desató el pánico en el mundo. Al final hubo sólo 262 muertes. Hubo, pues, un gravísimo error pronóstico. En 2009, con la gripe A, conviene no repetir el mismo error. Por ello es central evitar el pánico. Es absurdo tener pánico frente a la epidemia de gripe A, por más que nos llegará a afectar (levemente) a muchos. Parece que los mensajes de la OMS y de muchos Gobiernos, instituciones y médicos tienen un estilo de “invención de enfermedades”, sobre

todo una información que va en contra de lo que ya sabemos por la experiencia del invierno austral.

Ante la gripe A conviene hacer lo que siempre se hace ante la gripe: cuidarse con prudencia y tranquilidad. Buena hidratación, buena alimentación, buena higiene, y recurrir al médico cuando haya síntomas de importancia, tipo tos con expulsión de sangre y gran deterioro de la respiración. Conviene no “toserle” a nadie, no tocarse la nariz, taparse la boca al estornudar y lavarse las manos antes de comer, después de ir al servicio y si uno se mancha con los mocos. Las normas de higiene excesiva, de lavarse las manos una y otra vez, no mejoran la situación, y lo que conviene es la higiene lógica, el lavarse las manos en las situaciones mencionadas. La “manía” de lavarse las manos en exceso puede llevar a alteraciones graves de la conducta, de forma que hagan imposible la vida normal.

El virus se elimina por la mucosidad nasal aproximadamente durante los primeros cinco días de la enfermedad. El uso de mascarillas no parece que ayude a evitar la propagación de la epidemia. Conviene no hacer mucha vida social esos primeros días, como siempre se hace en caso de gripe.

Ante la gripe A es absurdo “aislar” al paciente. Por ello no tiene sentido dar normas a los colegios y escuelas de reclusión de niños cuando tienen síntomas gripales, ni de que nadie guarde una “cuarentena” en casa. El cierre de escuelas, colegios, universidades y otros lugares es en general absurdo, una muestra de falta de sentido común y de auto-control de las autoridades.

Respecto al embarazo, no hay nada que decir, pues es saludable en cualquier caso, y nada lo impide ni lo agrava durante la epidemia de gripe A. Como sabemos, sobre todo en el tercer trimestre, la capacidad pulmonar de la embarazada es menor, y por ello hay más posibilidades de complicaciones con todas las infecciones pulmonares. Pero las diferencias entre estar embarazada y no estarlo son marginales, por ejemplo, de riesgo de ingreso por gripe A de tres por millón de mujeres en el caso del embarazo y de uno por millón en otro caso. Estar embarazada no aumenta la probabilidad de gripe A. El virus de la gripe A no es peor que el de la gripe estacional para el feto. Si está embarazada haga vida normal sana, personal, familiar y laboral. Si da de mamar, siga disfrutando de ello, con o sin gripe A (o estacional). Ante la gripe, A o estacional, lo mejor que puede hacer la embarazada es disfrutar sanamente de la vida, familiar, sexual, social y laboral. Es absurdo recomendar “bajas preventivas” a las trabajadoras (por ejemplo, maestras) por la posibilidad de contraer gripe A.

La obesidad también limita la capacidad pulmonar, y quizá por ello da mayor susceptibilidad a las complicaciones. La obesidad sobrecarga al corazón y puede llevar a insuficiencia cardíaca. No es raro por ello que la gripe tenga impacto distinto en los obesos. En todo caso la situación es común a todas las complicaciones que conlleva el exceso de peso (especialmente cuando es exagerado). No hay tratamiento preventivo alguno: los medicamentos contra la gripe no previenen la enfermedad (ni el oseltamivir-Tamiflú ni el zanamivir-Relenza). Una vez que se tiene la enfermedad estos mismos medicamentos son también casi inútiles (acortan medio día la evolución de la enfermedad). Tampoco hay estudios que avalen su efectividad en la propia gripe A. Además, tienen efectos adversos. Por ejemplo, durante la epidemia de gripe A, en niños tratados en Londres con oseltamivir-Tamiflú, tuvieron efectos adversos la mitad, generalmente vómitos, y en el 18% fueron alteraciones neuropsiquiátricas. Quizá en algunos casos valga la pena su uso como tratamiento, por ejemplo en enfermos graves y en pacientes con enfermedades crónicas importantes, pero no son útiles ni en niños ni en adultos sanos.

En general, la vacuna contra la gripe es de poca utilidad en niños y adolescentes, con una efectividad del 33%, y absolutamente inútil en los menores de dos años. Hay dudas sobre su eficacia en adultos y ancianos.

La vacuna contra la gripe estacional no defiende contra la gripe A, como se ha demostrado en Australia.

Los virus de la gripe estacional están desapareciendo, por la invasión del virus de la gripe A. En Uruguay, por ejemplo, el 99% de los virus de gripe han sido A y en Australia el 91%. En Europa, más del 95% son de tipo A. Por todo ello la vacuna contra la gripe estacional es absurda, una vacuna contra los virus que están desapareciendo. Los peligros de la vacuna no se compensan con beneficios esperables.

Sobre la vacuna contra la gripe A sabemos poco, pero en 1976 se produjo en EEUU una vacuna parecida, también con todas las prisas del mundo por el peligro de pandemia, y el resultado fue una epidemia de efectos adversos graves (síndrome de Guillain-Barré, enfermedad neurológica) que obligó a parar la vacunación. Las prisas no son buenas para nada, y menos para parar una gripe como la A, que tiene tan baja mortalidad. Conviene no repetir el error de 1976. En todo caso, es exigible la firma de un "consentimiento informado" que deje claro los beneficios y riesgos, y el procedimiento a seguir ante los daños por efectos adversos. Dadas las prisas de producción de la vacuna, y para evitar las

consecuencias legales de los problemas de seguridad, responderán ante las reclamaciones, ante los daños, los Estados, no la industria farmacéutica (extraño acuerdo que elimina la responsabilidad de quien obtiene el beneficio).

Desde luego, no cabe esperar de la vacuna contra la gripe A una mayor efectividad que con la vacuna contra la gripe estacional, muy baja, en torno al 33%. En los niños menores de cinco años será todavía menor, por la frecuente infección por el virus sincitial, y en los menores de dos años absolutamente inútil.

En todo caso, como ya he comentado, la infección por la gripe A entre los años 1918 y 1957 conllevó la inmunización de los afectados. Cuando la infección es la primera por gripe, produce una “inmunidad de pecado original” (*original antigenic sin*), que dura toda la vida. Por ello los mayores de 50 años tienen anticuerpos contra la gripe A, y la sufren más levemente, o no la sufren. Dada la experiencia del hemisferio austral, donde la gripe A ha pasado sin que hubiera posibilidad de vacunar contra ella, quizá lo prudente sería no vacunar contra la gripe A en ningún caso, con independencia de los problemas de la vacuna en sí. Al pasar la gripe A, la población se vacuna contra ella.

Si vacunamos con la vacuna contra la gripe A, todos los años tendremos que re-vacunar contra la gripe A (seremos, pues, “esclavos” de la vacuna ya que la necesitaremos anualmente). Es un poco como las semillas que no se reproducen de Monsanto, que obligan al agricultor a comprar de nuevo anualmente, pues no puede re-sembrar.

¿Algo más?

Las pruebas diagnósticas rápidas de la gripe A tienen poca sensibilidad (del 10 al 60%). Es decir, no vale la pena hacer la determinación para saber si uno tiene gripe A en realidad. Da igual, pues los consejos son los mismos, y la prueba no añade la seguridad de no tener la gripe A. Por otra parte, y como he señalado, casi el 100% de los virus son tipo A, de forma que no hace falta ninguna prueba diagnóstica para saber qué gripe tenemos: la A.

Tanto el virus de la gripe A como el de la gripe estacional pueden mutar dejando por completo inútiles las vacunas. No obstante, el virus de la gripe A parece muy estable.

Conviene no olvidar que un niño (y un adulto) puede tener otras enfermedades, además de la gripe A. En el Reino Unido ha habido casos de niños muertos por meningitis tras ser diagnosticados en falso de gripe A.

Durante la pandemia de gripe A seguirá habiendo infartos de miocardio, apendicitis, insuficiencia cardiaca, diabetes, asma, intentos de suicidio, fracturas de cadera, depresión, esquizofrenia y las otras mil enfermedades que requieren atención médica. El comportamiento sereno, paciente y tranquilo de los pacientes con gripe A es esencial para que funcionen bien los servicios sanitarios y su médico pueda dedicarse a los enfermos que lo necesitan, con o sin gripe A.

Nota

El autor no tiene más afán que dejar claro el estado del conocimiento respecto a la gripe A en el momento de escribir este texto, y para ello ha revisado la literatura mundial al respecto. Este texto es puramente informativo. El autor lamenta que muchos de los organismos públicos, las sociedades científicas y los medios de comunicación transmitan otro mensaje; sus razones tendrán.

Traducción de este texto al inglés, italiano, francés y portugués en:

www.equipocesca.es

Referencias seleccionadas

- Antivíricos en la gripe: entre la incertidumbre y la urgencia de la pandemia por el nuevo virus A/H1N1. *Bulletí GROC*. 2009;22(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.
- 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.
- Bonneux L, Damme WV. An iatrogenic pandemic of panic. *BMJ*. 2006;332:786-8.
- 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.
- 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.
- Christian MD, Hawryluck L, Wax RS et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ*. 2006;175:1377-81.

- Collignon PJ. Mass vaccination against swine flu: could it cause more harm than good? http://www.bmj.com/cgi/eletters/339/sep03_2/b3471#219801
- 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.
- Ellis C, McEven R. Who should receive Tamiflu for swine flu? BMJ. 2009;339:b2698.
- 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.
- Gaydos JC. Returning to the past. Respiratory illness, vaccines, and handwashing. Amer J Prev Med. 2001. 21;150-1.
- Gérvás J. Disease mongering by WHO. BMJ. 2009 [letter] http://www.bmj.com/cgi/eletters/339/aug10_1/b3172
- 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
- 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/S0140-6736(09)61304-0.
- 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.
- 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.
- 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
- Mateo M, Larraux A, Mesonero C. La vigilancia de la gripe. Nuevas soluciones a un viejo problema. Gac Sanit. 2006;20:67-73.
- Melnychuk RM, Kenny NP. Pandemic triage: the ethical challenge. CMAJ. 2006;175:1393-4.
- Moreno DM, Taubenberger JK. Understanding influenza backward. JAMA. 2009;302:679-80.

- Sheridan C. Flu vaccine makers upgrade technology and pray for it. *Nature Biotechnology*. 2009;27:489-91.
- 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.
- Simonsen L, Taylor RJ, Vibourd C et al. Mortality benefits of influenza vaccine in elderly people: an ongoing controversy. *Lancet Infect Dis*. 2007;7:658-66.
- 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.
- White N, Webster R, Govorkovs E et al. What is the optimal therapy for patients with H5N1 infection? *PLoS Med*. 2009;6:e1000091.
- Wilson N, Baker MG. The emerging influenza pandemic: estimating the case fatality rate. *Eurosurveillance*. 2009;14(26):pff=19255