



Consideraciones sobre la epidemia de gripe A (H1N1)

La OMS ha reconocido los brotes epidémicos de gripe que se han presentado en muchos países como consecuencia de la difusión desde México como la fase 5 o penúltima del período de alerta previo a la próxima pandemia gripal. En esta fase ya se ha producido contagio entre personas y difusión a distintos países aunque los brotes son localizados. La capacidad de propagación va aumentando como consecuencia de la adaptación del agente infeccioso a los huéspedes humanos. Se puede intentar contener o retrasar la extensión pero ya no es un objetivo fundamental debido a la dificultad de conseguirlo.

La fase 6 se establece cuando la pandemia propiamente dicha ha comenzado. Si bien el inicio no será simultáneo en los distintos países, una vez desencadenada probablemente en pocas semanas alcance el grado máximo de actividad a partir del cual comenzará el declive hasta que se produzca la segunda onda cuya magnitud puede ser similar o mayor que la anterior. Todas las pandemias gripales del siglo XX han presentado varias ondas epidémicas.

Difusión y virulencia

La capacidad de difusión de los virus gripales depende, en primer lugar, de la proporción de personas susceptibles en la población de manera que cuanto mayor sea ésta, más fácilmente se propagará la infección, ya que para poder contagiar a otras una persona debe padecer la enfermedad. La susceptibilidad del huésped tiene que ver también con las características biológicas del agente. Además, son decisivas las características de la población expuesta, la densidad y la frecuencia de los contactos interpersonales.

La virulencia o capacidad de producir daño no está directamente asociada a la transmisibilidad. Pero no se puede descartar que una epidemia inicialmente benigna aumente su virulencia en ondas sucesivas. Los brotes epidémicos actuales no son particularmente virulentos, y la mayoría de los pacientes se han recuperado rápidamente. Los casos contabilizados son seguramente una pequeña parte de las infecciones que se han producido.

Es probable que los países que han registrado un mayor número de casos sean aquellos cuyos sistemas sanitarios tienen una capacidad más elevada de detección debido a la accesibilidad de la población y a la existencia de redes activas de vigilancia epidemiológica, como ocurre en España. Además, nuestro país mantiene una intensa relación con México lo que incrementa la probabilidad de recepción de personas infectadas.

A seis de mayo se han notificado unos mil quinientos casos desde veintidós países con un total de treinta defunciones, 29 en México sobre 822 casos confirmados y una en USA sobre 403. La letalidad ha sido pues muy baja.

Como ha declarado la secretaria general de la OMS interpretando el plan de prevención y control de la esperada pandemia, el objetivo primordial en esta fase 5 y sobre todo en la 6, es minimizar el impacto de la epidemia, reduciendo en lo posible las complicaciones y las interferencias sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, la vida cotidiana y las actividades sociales y económicas. Aunque la contención de la propagación puede ser posible en la fase 5 las intervenciones preventivas con ese propósito deben ser muy proporcionadas respecto de los efectos indeseables que comportan ya que es poco verosímil que las barreras a la transmisibilidad sean absolutamente eficaces. Una difusión temprana muy amplia reduciría el número de personas susceptibles a las olas sucesivas de la pandemia, lo que cuando la virulencia inicial es baja, podría limitar el impacto de las consecuencias sobre la salud en el futuro.

Prevención y control.

Para minimizar el impacto de la pandemia las medidas de prevención y control son diversas. Las vacunas actuales no son eficaces frente al nuevo virus, de manera que hay que esperar a disponer de una vacuna específica, lo que llevará unos meses. Hasta entonces se puede recurrir a la utilización de medicamentos inhibidores de la neuraminidasa como el oseltamivir y el zanamivir. Sin embargo, su efectividad es limitada debido a que el principal efecto benéfico sólo se consigue si se administra inmediatamente antes del contagio —como profilaxis—o en las primeras cuarenta y ocho horas de la infección cuando el propósito es terapéutico para los afectados porque puede acortar el curso clínico de la gripe y reducir las complicaciones. El acortamiento tiene un posible efecto preventivo en el ámbito comunitario porque se limita el tiempo en el que los afectados pueden contagiar la infección. No obstante, el uso generalizado puede incrementar las resistencias, de manera que los criterios de aplicación deben ser muy rigurosos.

El contagio de la gripe entre las personas se produce por contacto directo a través de las partículas virales expulsadas por vía aérea procedentes de las personas infectadas, que pueden alcanzar las mucosas de las personas susceptibles directamente por proximidad — se supone que a una distancia menor de uno o dos metros de la fuente— o desde la piel u objetos contaminados que entren en contacto con las mucosas. La persistencia del virus en superficies duras no porosas como plástico o acero inoxidable depende de la humedad y de la temperatura. Aunque puede recuperarse hasta 48 horas solo las primeras 24 es transferible a las manos. En superficies porosas persiste mucho menos y solo durante 15 minutos es transferible a las manos. En las manos resulta viable apenas 5 minutos y para que se pueda contagiar por contacto indirecto se requiere una elevada concentración de partículas virales. De ahí la importancia de la higiene de las manos mediante agua y jabón o una solución alcohólica.

No se dispone de información concluyente sobre el efecto protector de las mascarillas cuando las utilizan personas sanas para evitar contagiarse. En cambio, el empleo adecuado por los enfermos –preferiblemente de tipo quirúrgico por ser más manejables-- reduce la emisión de partículas virales al entorno inmediato, lo que puede lograrse también cubriendo la boca y la nariz, por ejemplo, con un pañuelo. Otra cuestión es la utilización por el personal sanitario que puede convertirse en fuente de infección de personas especialmente vulnerables o, en aquellos casos en los que atienden enfermos y pueden contagiarse para protegerse como colectivos de interés estratégico. Las mascarillas con filtro, del tipo FFP2 o FFP3, están diseñadas para la protección de las personas que las emplean y su uso regulado por la normativa vigente de prevención laboral que establece su aplicación según el riesgo. En ningún caso el uso de mascarillas sustituye el lavado de manos.

Así pues, el uso de mascarillas como medida de protección colectiva general no tiene suficiente base empírica para su recomendación masiva. Puede generar una falsa sensación de seguridad y crea una sensación de vulnerabilidad que a menudo es injustificada, de forma que fomenta actitudes de rechazo inconvenientes e inútiles. Por ello, las medidas preventivas de carácter colectivo a las que se puede recurrir son las clásicas, el aislamiento de los enfermos que son las fuentes de contagio, para evitar el contacto directo o indirecto con las partículas víricas emitidas con la tos y las secreciones respiratorias y la cuarentena de las personas sanas que se hayan expuesto al contagio hasta tanto transcurra el período de incubación que, en la gripe habitual es de unas horas hasta unos tres o cinco días y que por prudencia se puede prolongar hasta un máximo de diez días. Evitar en lo posible concentraciones de personas, sobre todo en lugares cerrados, reduce la probabilidad de exposición a un eventual contagio.

El consumo de carne de cerdo no está implicado en la transmisión de la gripe. Aunque, como es natural, son de aplicación las medidas vigentes de seguridad alimentaria.

Las intervenciones preventivas no están exentas de efectos indeseables porque interfieren de forma sensible en la vida cotidiana de las sociedades y las consecuencias económicas y funcionales pueden ser notables. De donde su aplicación en la práctica debe ser proporcionada al riesgo efectivo de propagación que depende en gran parte de la situación epidemiológica. Por eso solo deben tomarse en circunstancias excepcionales y siempre como consecuencia de una valoración adecuada por parte de las autoridades sanitarias.

Cabe destacar que mientras nuestros conocimientos sobre la etiopatogenia han aumentado notablemente en los últimos años, las medidas protectoras no farmacológicas se parecen mucho a las que ya se tomaban en la edad media, cuando la ignorancia sobre la epidemiología de las enfermedades contagiosas era mucho mayor que ahora.

El ámbito de los servicios sanitarios merece una consideración particular, porque entre los pacientes atendidos en los centros de salud, en los servicios

de urgencias y en los hospitales no es infrecuente la presencia de personas especialmente vulnerables a las consecuencias de la gripe, los enfermos inmunodeprimidos o los afectados por enfermedades crónicas por ejemplo, a los que una gripe puede descompensar gravemente. Por ello los profesionales y trabajadores sanitarios deben extremar las medidas higiénicas con el propósito de prevenir una eventual transmisión. Del mismo modo, para limitar la exposición a terceros, es más conveniente que las personas que sospechen padecer una gripe se queden si es posible en casa y soliciten atención domiciliaria o telefónica y acudan a los servicios sanitarios cuando no haya otra opción. En estos casos es recomendable, por la misma razón, no ir al trabajo o a la escuela.

Las previsiones de las autoridades sanitarias mundiales acerca de la eventualidad de una pandemia de gripe se centraban en la posible variación del virus A (H5N1) que ha afectado en los últimos años algunos centenares de personas, sobre todo en Asia y en Europa, de modo que la aparición de un nuevo virus gripal A (H1 N1) su capacidad de diseminación y su origen han constituido una sorpresa. Afortunadamente muchos de los preparativos sanitarios pueden ser útiles frente a la nueva situación, a pesar de no ser estrictamente comparable, por lo que se requiere una adaptación adecuada y ágil. Lo que nos lleva a asumir que debemos convivir razonablemente con la incertidumbre y limitar en lo posible que el temor distorsione nuestra capacidad de respuesta. Una preocupación que nos mantenga alerta en lugar del pánico que nos alarme y nos haga, por ello mucho más vulnerables.

La actuación responsable de las autoridades sanitarias, proporcionando una información oportuna, veraz y comprensible y recomendando medidas preventivas proporcionadas a la situación epidemiológica, merece la confianza en sus indicaciones que es, en este caso, la actitud más conveniente para conseguir el mejor control posible de la situación.

Andreu Segura
Presidente de SESPAS

Como la situación epidemiológica puede transformarse rápidamente se recomienda mantenerse al día consultando las páginas web más fiables como la de la OMS, los CDC o los ECDC y desde luego las de las administraciones sanitarias españolas y autonómicas.

<http://www.msc.es/servCiudadanos/alertas/gripePorcina.htm>

<http://ecdc.europa.eu/>

<http://www.cdc.gov/swineflu/espanol/>

<http://www.who.int/es/>