

No es el ébola

M. A. FERNÁNDEZ-CUESTA VALCARCE

Centro de Salud Juan de la Cierva. Getafe (Madrid)

En abril de 2009 empezó a rodar la bola de nieve que dio lugar al alud de gripe A que ahora estamos padeciendo. No se sabe cómo pasó de enfermedad común a fenómeno mediático, pero ahí estuvo la clave de la historia. Predicciones apocalípticas sembraron la semilla del miedo y la histeria colectiva, y se alimentaron con una serie de decisiones en materia de Salud Pública y sobre todo con el tratamiento en los medios de comunicación, que convirtieron en portada cada noticia relacionada con la gripe A y prácticamente retransmitieron en directo la evolución de la enfermedad, sin pararse a ponderar la auténtica relevancia del problema.

Unos años antes, en 2005, se había generado una alarma con la aparición de casos de gripe aviar en el sudeste asiático, con una letalidad cercana al 60%, pero que finalmente quedó en casi nada (poco más de 400 infectados y 250 fallecidos en todo el mundo). No obstante, motivó la elaboración de planes de emergencia y acumulación de medicamentos antivirales por si llegase la necesidad de utilizarlos. Cuando aparecieron los primeros casos de la «nueva gripe», se empezaron a aplicar estos planes, ideados como se acaba de apuntar para una gripe potencialmente muy grave, por lo que los primeros enfermos hubieron de ser atendidos con medidas estrictas de aislamiento y con registro nominal de los casos.

Una vez comprobada la extensión universal del virus se estableció, en junio de 2009, el nivel 6 de pandemia, que llevó aparejada una «suavización» de las medidas de aislamiento, pero manteniéndose una serie de planes de excepcionalidad.

Aunque eran comprensibles y naturales las reservas iniciales sobre la posible evolución de esta gripe, a la vuelta del verano ya se dispone de datos reales sobre cómo se ha manifestado en los países del hemisferio sur, y se puede afirmar que se trata de un virus de mayor contagiosidad, pero, en general, mucha menor virulencia que el de la gripe estacional¹.

Por tanto, no parece adecuado seguir alimentando esta bola de nieve con medidas que no se justifican con el estado actual de conocimiento de esta enfermedad y contribuyen a mantener un estado de alarma, si no de histeria, entre la población. ¿Qué justificación tiene elaborar protocolos específicos para los centros educativos si la inmensa mayoría de los niños evolucionará de la misma manera que cualquiera de las múltiples infecciones respiratorias de vías altas a las que están

expuestos cada otoño o invierno?² ¿Por qué cuando se detecta un niño con fiebre y tos hay que llamar a los padres para que vengan a recogerle de manera inmediata y mantenerle mientras tanto en una habitación aislada de sus compañeros, si no se hace de manera habitual con el resto de enfermedades transmisibles? ¿Por qué la recomendación de mantener una separación de al menos 1 metro entre las mesas de los niños? ¿Por qué debe mantenerse el aislamiento en los centros de salud de los pacientes que acuden por fiebre, tos y rino-rrea, si se trata de un virus gripal que aunque más contagioso es, en general, más leve que el de todos los años? ¿Por qué no hacerlo cada año cuando venga la epidemia de laringitis, virus respiratorio sincicial (VRS) o gripe estacional?

Dada la elevada contagiosidad de la nueva gripe, y contando con la responsabilidad de las autoridades sanitarias para prever posibles sobrecargas asistenciales, parece justificado tomar medidas que limiten su extensión e incluso establecer planes de contingencia en las empresas por si se concentrase un elevado número de bajas laborales de manera simultánea, pero todo debe hacerse desde el sentido común y con una buena explicación a la población («no es porque sea más grave, sino porque es más contagiosa») para no crear alarmismo. Probablemente, la sensibilización en las medidas de higiene respiratoria y lavado de manos sea lo único positivo que va a quedar de esta campaña, pero si no se hace bien seguramente el precio a pagar sea demasiado alto, y no es otro que el de la posible saturación del sistema sanitario con el riesgo de desatención a otros enfermos. Los profesionales sanitarios (la iniciativa «Gripecalma» es el mejor exponente) nos hemos puesto manos a la obra para intentar tranquilizar a la población, pero resulta complicado cuando ésta recibe simultáneamente informaciones alarmistas de los medios de comunicación y es receptora en sus centros de trabajo, educativos y de salud de una serie de medidas y planes que dejan translucir una auténtica alerta sanitaria.

Aunque la gripe en general se da con mayor frecuencia en la población pediátrica, existen pocos estudios para su caracterización en este grupo de edad. La definición de caso sospechoso de la Red de Médicos Centinela: «fiebre, malestar general, atromialgias, odinofagia, coriza y tos» no parece adecuada para los niños, y cada comunidad autónoma ha adoptado una definición institucional de gripe³, que con distintas variantes hace que quepa en ella prácticamente cualquier tipo de infección respiratoria.

Finalmente, existen discrepancias entre los organismos internacionales en cuanto a las indicaciones de administración de antivirales a grupos de riesgo, incluyendo en algunos casos a tramos etarios con mayor tasa de hospitalización, pero no de complicaciones graves, todo lo cual puede inducir al empleo en estos pacientes de múltiples ciclos de tratamiento con una medicación que, aunque se tratara realmente de una gripe A, tendría una eficacia muy limitada sin estar exenta de posibles efectos secundarios, como se expone en la sección *¿Qué hay de nuevo en Pediatría de atención primaria?* de este mismo número. En este punto surge la misma pregunta: ¿Si se trata de un virus gripal más leve que el de otros años, por qué recomendar precisamente ahora la utilización en grupos de riesgo de unos antivirales que llevan varios años en el mercado?

A la vista queda que existen muchas cuestiones sin respuesta en cuanto a política sanitaria y acerca de la responsabilidad de los medios de comunicación en la gestión de la información sanitaria que exigen una reflexión colectiva para que no vuelvan a cometerse los mismos errores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Surveillance for Pediatric Deaths Associated with 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Infection. EE.UU., abril-agosto 2009. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5834a1.htm> [consultado el 05-10-09].
2. Criterios generales de actuación frente a la gripe pandémica A (H1N1) en el ámbito escolar. Disponible en: <http://www.educacion.es/dctm/gripe-a/ambito-escolar.pdf?documentId=0901e72b8007da19> [consultado el 05-10-09].
3. Hernández Merino A. Nueva gripe [A(H1N1) 2009]: definición de caso sospechoso. Revisión de la concordancia en los criterios de definición de caso utilizados en las distintas comunidades autónomas españolas. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009;11:383-98.
4. Shun-Shin M, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Harnden A, Mant D. Neuraminidase inhibitors for treatment and prophylaxis of influenza in children: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009;339:b3172.
5. Piedra P, Schulman KL, Blumentals WA. Effects of oseltamivir on influenza-related complications in children with chronic medical conditions. *Pediatrics* 2009;124:170-8.