

Información para médicos

Los médicos españoles ante la Pandemia de Gripe

En 1918 y en 1956 nuestros colegas, padres y abuelos de muchos de nosotros, se enfrentaron a la amenaza de una pandemia gripal, sin los medios de los que disponemos ahora. El colectivo médico debe estar más unido que nunca y a la altura de la sociedad, que requiere de nosotros un gran papel en este reto sin precedentes en los últimos 40 años.

La pandemia gripal parece inminente y no es exagerado pensar que podría ocasionar millones de casos de gripe en España. Un año normal causa entre 700.000 y más de 2.000.000 de casos notificados y algunos miles de exitus en personas previamente enfermas.

El virus A/H1N1 se comporta hasta ahora del siguiente modo: un 5% de los afectados enferma gravemente (neumonía, distress respiratorio) y de ellos el 10% puede fallecer. La mortalidad podría ser de 1/200 si se confirman los datos iniciales. La paradoja mexicana (más casos mortales) se debe probablemente a que en ese país sólo se han notificado los casos graves: posiblemente han tenido centenares de miles de casos leves de síndrome gripal.

Como sabéis, la gripe es una infección que se transmite por contacto directo (besos), indirecto (vasos, juguetes, chupetes, pomos de puertas, objetos que puedan contaminarse con secreciones nasales) y también aéreo, por gotitas de secreciones respiratorias emitidas al toser y estornudar. Estas gotas, de más de 5 micrómetros, se ha demostrado que pueden llegar hasta 2 metros de distancia del paciente que tose o estornuda, pero no más allá. Por eso es una enfermedad que se transmite rápidamente en el contexto familiar y en los centros escolares y de trabajo.

Las maniobras que comportan riesgo por aerosoles deben realizarse con protección respiratoria (mascarilla con filtro FFP2), independientemente de la llegada de la pandemia. Estas son, esencialmente:

Broncoscopia

Aspiración de secreciones respiratorias

Intubación / extubación

Autopsia

Atención a niños pequeños con infección respiratoria

En una pandemia gripal es esperable que un 25% de la población llegue a tener gripe clínicamente diagnosticada, a lo largo de uno o dos años, la mayoría de los casos serían leves o moderados.

El manejo de la gripe es y será esencialmente en Atención Primaria. Cuando llegue la gripe estacional es posible que sea imposible distinguir su etiología y el diagnóstico será, como siempre, exclusivamente clínico.

En el momento actual hay un empeño mundial en evitar en lo posible la llegada de casos importados, su aislamiento en cuarentena, el tratamiento y el control de contactos. Pero debemos entender que esto es casi imposible para un virus gripal transmisible. En esto se distingue claramente del virus de la gripe aviar, que no se transmitía entre personas. El virus de la gripe A/H1N1 probablemente no se irá y es posible que durante las semanas previas a la alerta sanitaria internacional hubiese generaciones de casos secundarios sin que nadie lo detectase. En todo caso hay grandes países en el mundo donde el virus está extendido, y la mayoría de los casos registrados no corresponden ya a viajeros a México (es el caso de EEUU).

Retrasar la llegada del virus a un país da tiempo a la generación de vacuna, el único modo de controlar o modificar la evolución natural de la epidemia. Los profesionales sanitarios debemos vacunarnos sin excepción contra la gripe estacional (en octubre) y contra la gripe pandémica (cuando esté disponible). Incluso los alérgicos al huevo (por pruebas alérgicas), pero que consuman huevos normalmente, deben vacunarse.

Al estar en primera línea, los médicos podemos enfermar de esta nueva gripe: la mayoría de los casos serán leves, pero pueden ocasionar bajas laborales y a su vez nosotros podemos transmitirla a nuestros pacientes o nuestras familias. Además de la vacuna debemos extremar las precauciones higiénicas y de barrera:

1) Las soluciones antisépticas para manos (o el lavado higiénico de manos) son elementos clave para el control de la pandemia, especialmente entre profesionales sanitarios. Úselas antes y después de cada contacto con un paciente.

2) Las mascarillas con filtro FFP2 para los profesionales y de tipo quirúrgico para los pacientes son otro elemento clave en la prevención de la transmisión.

3) Si los pacientes que tosen o estornudan no pueden tolerar la mascarilla (por ejemplo porque precisan oxigenoterapia), es crítico que sean situados a una distancia superior a dos metros entre sí, o si fuera posible en cuartos diferenciados.

En España hay millones de dosis de antivirales, que están siendo encapsuladas en estos momentos. La pauta de utilización será clara y concreta y sin duda tiene que pasar por Atención Primaria, mediante algún procedimiento de dispensación en forma de kit. El tratamiento es más eficaz si se comienza en las primeras 48 horas del cuadro, pero los casos muy leves probablemente no lo precisen en absoluto. En este momento, una dispensación excesiva sería errónea, pero no más errónea que una retención de las dosis en algún lugar secreto por miedo al abuso. Los médicos debemos dar ejemplo ético no acaparando dosis de fármaco y las autoridades tienen que liberar hacia los médicos (y quizá las farmacias) la dispensación de este fármaco, que se debe hacer, bien por receta médica, o bien en forma de kit en los Centros de Salud.

El uso profiláctico del oseltamivir está bien documentado. Los médicos y enfermeras que atienden a enfermos con gripe pueden recibir la profilaxis, pero esta decisión compete a las autoridades sanitarias. En todo caso su uso comporta pequeños riesgos porcentuales pero significativamente graves (síndrome de Steven Johnson) por lo que no es posible tener a un país entero tomando profilaxis. Además comprometería las dosis que serán necesarias para tratar los casos. La elección del

momento también es importante: sólo se puede prescribir su uso profiláctico durante unas pocas semanas, por tanto coincidiendo con el pico epidémico.

En cuanto a nuestra actitud clínica, lo más importante es tratar las complicaciones con antibióticos y detectar las personas que pueden precisar ingreso hospitalario, aquellas con compromiso respiratorio severo. El papel del hospital debe reservarse para este tipo de pacientes. Es decir, igual que con cualquier otra gripe.

La seriedad del problema, no en este momento, sino en los próximos meses, requiere de todos una cooperación efectiva y una demostración explícita de nuestra excelencia profesional, reconocida internacionalmente, desde el conocimiento científico de la nueva gripe, evitando el alarmismo tanto como la aproximación despectiva a la primera pandemia del siglo XXI.

*Organización Médica Colegial
Madrid, 4 de Mayo 2009*

Información para médicos: Anexo

Respecto al Punto 1.4 del Anexo II del Plan Nacional

Hay que destacar algunos elementos desde nuestro punto de vista:

- 1) Las mascarillas con filtro FFP2 son en el momento presente, en ausencia de vacuna, uno de los elementos clave para la prevención de la transmisión a profesionales sanitarios, familiares y contactos de otro tipo. La mascarilla para el paciente debe ser de tipo quirúrgico, nunca con válvula espiratoria (como la mayoría de las mascarillas FFP2). Será desechada como residuo biosanitario de clase III en cuanto esté manchada o mojada, y sustituida por otra.
- 2) El otro elemento clave, aunque se usen guantes, es la utilización de antisépticos para las manos (soluciones o geles hidroalcohólicos) antes de entrar en la habitación de aislamiento, tras entrar en la habitación del enfermo, después de cada contacto con el enfermo, y al salir de ella. La única forma operativa de disponerlos es en dispensadores en la propia habitación, en la entrada de la habitación o en petacas para el bolsillo de cada profesional.
- 3) En el entorno de urgencias y de atención primaria, antes del procedimiento de cribado, todo paciente con tos o que estornude recibirá una mascarilla de tipo quirúrgico por parte del personal administrativo o de enfermería que lo reciba y será atendido en todo momento con esta protección de barrera.
- 4) Si el paciente está en condición grave, precisando oxigenoterapia, y no puede llevar mascarilla, entonces la medida más útil es el distanciamiento superior a 2 metros con el paciente contiguo. (En el SARS se evidenció transmisión hasta 2 metros de distancia). Idéntica medida se tomará para los niños pequeños que no pueden llevar mascarilla.
- 5) Las mascarillas con filtro FFP3 son superiores pero también es más difícil respirar con ellas. Como se dice en el punto 1.4 deben quedar restringidas a las autopsias, uso en UCI para intubación, extubación, broncoscopias o aspiración de secreciones. En el momento presente se deberían hacer siempre estas maniobras con protección respiratoria, independientemente de la amenaza de gripe pandémica.
- 6) Es importante reseñar que todo los EPP desechables son de un solo uso. Esto significa que mascarillas, batas y guantes deben ser eliminadas en el contenedor de residuos apropiado. Las mascarillas se deben eliminar inmediatamente al salir de la habitación.
- 7) Toda la información que el paciente pueda aportar por teléfono (epidemiológica, administrativa o de otro tipo) evitará el acceso innecesario de personas a las habitaciones de aislamiento, que quedarían restringidas al médico que explora al paciente y al DUE que practica técnicas o administra fármacos

principalmente.

8) *Como apuntamos en la reunión con la Comisión de Seguimiento se ha optado en España por el aislamiento hospitalario para cuarentena de los casos sospechosos. Sin embargo y ante una avalancha probable de sospechosos en próximos días, el Hospital debe quedar restringido para los casos con criterios de ingreso.*

9) *El Plan Nacional indica claramente la opción del aislamiento domiciliario, dejando el aislamiento hospitalario para los casos de personas cuyo domicilio no permite disponer de habitación propia.*

10) *Los contactos familiares creemos deben recibir rápidamente la profilaxis con oseltamivir (1 cp cada 24 h.).*

11) *Si el caso es probable (una prueba positiva en el Hospital) o confirmado (prueba positiva en el CNM de Majadahonda), entonces los contactos familiares deben hacer también cuarentena en su domicilio.*

12) *Desde nuestro punto de vista, los contactos, en el domicilio, no precisan mascarilla, salvo para entrar en la habitación del enfermo. Por esta razón se le entregará a la familia un par de mascarillas FFP2 para la persona que lo cuide o atienda exclusivamente.*

13) *El paciente caso, en su domicilio, precisa mascarilla quirúrgica de celulosa limpia para cada vez que deba salir del dormitorio (al aseo, por ejemplo). Se le entregará una caja de este tipo de mascarillas. Mascarillas y pañuelos serán eliminadas por el paciente en bolsa cerrada que se eliminara con normalidad. Todos los familiares se lavarán cuidadosamente las manos a menudo y al salir de la habitación del caso.*

14) *La posibilidad de que un contacto se vuelva caso es más que evidente. Hay que instruir a todos los familiares y contactos próximos de los casos sospechosos que se queden en casa en cuanto tengan síntomas como tos o fiebre, y avisen a los servicios médicos.*

15) *Hay que indicar que todas estas medidas sólo tienen sentido para retardar la aparición de clusters y la expansión a la comunidad, que es inevitable, pero que cuanto más lenta sea, más tiempo nos deja para el desarrollo de la vacuna. Y para proteger a un personal imprescindible en el control de la epidemia: el personal sanitario.*

*Organización Médica Colegial
Madrid, 4 de Mayo 2009*