

MESA III. Debate sobre la “gripalización”

Moderadores: **Andrés Marco.** *Médico de Familia. Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid..*
Anna Vilella. *Medicina Preventiva. Hospital Clínic. Barcelona.*

A favor de la “gripalización” de la COVID-19

Jacobo Mendioroz

Sub-director General de Vigilancia y Respuesta a Emergencias de Salud Pública. Agencia de Salut Pública de Catalunya.

Correspondencia:

Jacobo Mendioroz

E-mail: jmendioroz@gencat.cat

Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19, se ha tenido que hacer frente a la transmisión de una enfermedad que se contagiaba, al igual que la gripe, principalmente por vía respiratoria. En efecto, la vía de transmisión principal es muy similar en ambas enfermedades, propagándose principalmente a través de la expulsión de gesticulas que contienen estos virus al toser, estornudar o hablar. Estas partículas pueden llegar ser inhaladas por personas cercanas y llegar a sus vías respiratorias especialmente en lugares cerrados con mala ventilación. En ambos casos también es posible el contagio por contacto, al tocar a otra persona o contaminarse a partir del contacto con una superficie u un objeto contaminado. Esta similitud, ha condicionado enormemente las medidas de contención aplicadas para reducir el impacto de la COVID-19 sobre la salud de la población.

Lecciones sobre la historia de las epidemias de virus respiratorios

Desde el punto de vista epidemiológico, la transmisión de ambos virus ha tenido una distribución en fases epidémicas comúnmente llamados “picos” u “olas”, con un número creciente de personas contagiadas, un pico y una posterior disminución del número de contagios.

En este sentido, los brotes históricos de enfermedades infecciosas respiratorias y en especial de la llamada “gripe española” de principios del siglo XX, ya ofrecían modelos de estudio para estimar cómo podría desarrollarse con el tiempo el curso de una enfermedad nueva con estas características de transmisión y severidad. De hecho, la pandemia actual de COVID-19 se ha comparado a menudo con la pandemia de influenza H1N1 de 1918, que tuvo tres olas distintas en el transcurso de un año. Para controlar la transmisión de la gripe, ya se implementaron en su momento muchas de las medidas de control de la transmisión que se han aplicado en la pandemia actual: uso obligatorio de mascarillas, cierre total o parcial de establecimientos con riesgo de elevada transmisión, limitaciones a la movilidad e interacción de las personas... y también, surgieron los movimientos sociales de contestación de las medidas similares, que protestaban contra las limitaciones impuestas y el uso de las mascarillas. Más recientemente, la pandemia de influenza H1N1 de 2009, aunque tuvo un menor impacto en repercusión en la salud de la población, tuvo también dos picos epidémicos distintos y continúa apareciendo comúnmente en los brotes de gripe estacional.

Hay que remarcar además que durante la pandemia actual no ha habido co-transmisión generalizada de ambos virus. De hecho,

hasta la temporada 2022-23, la transmisión del virus influenza ha sido anecdótica, mientras que, en esta última, se han producido dos picos epidémicos diferentes de gripe A y B, sin que se haya detectado un gran aumento de contagios por la COVID-19. Estos datos podrían sugerir que existe cierta competitividad entre ambos virus a nivel biológico y por tanto una cierta equiparación a nivel de su capacidad infectiva.

En resumen, la historia de epidemias pasadas de transmisión fundamentalmente respiratoria ya sugería que se producirán distintos picos epidémicos a medida que la enfermedad se propagase entre la población y que las medidas para evitar el contagio a gran escala serían mismas para ambos virus: usar mascarillas para evitar la difusión del virus, lavarse de manos con agua y jabón para eliminar el virus y en general, evitar las reuniones multitudinarias especialmente en espacios interiores no ventilados. Con el paso del tiempo, ya se podía determinar que a medida que la infección generase inmunidad, se iría disminuyendo el número global de personas susceptibles, hasta reducir en gran medida tanto la transmisión como el impacto en la salud de la población.

Estacionalidad de las epidemias de virus respiratorios

Las epidemias anuales, como la gripe, pueden producirse por un conjunto de factores ligados al clima como la temperatura o el grado de humedad o por el comportamiento social que conlleva la disminución de las temperaturas: finalización de las vacaciones estivales, inicio del año escolar o, en general, mayor permanencia en espacios cerrados durante el invierno. Este comportamiento también se observó durante los primeros picos epidémicos de la COVID-19, con aumentos de la incidencia al llegar el periodo hibernal. Varios factores influyen en si una enfermedad en particular es de naturaleza estacional y actualmente no está claro si la COVID-19 tiene o podrá tener un componente de estacionalidad, pero es posible que el SARS-CoV-2 también acabe propagándose de manera más eficiente bajo ciertas condiciones climáticas y que eventualmente se vuelva estacional, al igual que la gripe y otros coronavirus necesitando de medidas de contención generales para evitar la transmisión de ambos virus.

La expresión y el diagnóstico de la enfermedad de los virus respiratorios

Es importante mencionar que tanto la COVID-19 como la gripe producen inicialmente un cuadro clínico muy parecido con signos y síntomas comunes a ambas enfermedades, hasta tal punto que normalmente es necesario hacer pruebas especí-

ficas para saber de qué enfermedad se trata y poder confirmar el diagnóstico. Ambos virus tienen también más riesgo de provocar enfermedades graves y complicaciones en colectivos vulnerables como pueden ser las personas mayores, embarazadas o con factores de riesgo previo.

De la pandemia a una posible endemia

La dinámica de la transmisión de la COVID-19 se ve ha visto ya muy influida por los niveles de inmunidad gracias a la vacunación y a infecciones previas. Por ello, actualmente es muy importante promover la vacunación poblacional para evitar contraer, propagar o reducir el riesgo de complicaciones graves tanto para la COVID-19 como para la influenza, con las vacunas que se vayan creando para responder mejor a la elevada tasa de mutación de ambos virus.

En el momento actual, la población cuenta con una elevada cobertura vacunal contra la COVID-19 y ha disminuido de manera muy importante tanto las hospitalizaciones como los fallecimientos por esta infección, incluso en los pacientes de más riesgo. El sexto pico epidémico nacional de COVID-19 ya tuvo en el año 2022 una repercusión sobre la salud de la población mucho menor que los anteriores.

Esta nueva situación ha conducido a la adaptación de los sistemas de vigilancia y control de los virus respiratorios basados actualmente en redes centinela, como el SIVIC de Cataluña, gracias a las cuales con cantidades limitadas de datos de alta calidad se puede interpretar perfectamente la epidemiología y la transmisión e impacto de en la salud poblacional de estos virus. Las estrategias de testeo generalizado, diseñadas para aplicar medidas de contención y de control de brotes basadas en el diagnóstico cuando la repercusión poblacional era grave, han ido abandonándose paulatinamente.

Aunque la COVID-19 siga y probablemente seguirá circulando, la prioridad actual es y ha de ser en el futuro, la proteger a las personas con mayor riesgo de tener repercusiones graves para su salud derivadas del contagio, sabiendo que cualquier otra persona contagiada en promedio evolucionará favorablemente. Esta protección de la población vulnerable no debería variar por la confirmación mediante una prueba diagnóstica de una gripe o de la COVID-19 en una persona con síntomas, sino aplicarse de manera general cuando se detecten aumentos de la transmisión que puedan poner en riesgo la salud de estos colectivos. Ya se trate finalmente de gripe o de COVID-19, nuestra actuación debería haber sido y debería ser en el futuro, idéntica, porque ambas pueden incidir negativamente en la salud de los más vulnerables.

Bibliografía recomendada

- Marcenac P, McCarron M, Davis W, Igboh LS, Mott JA, Lafond KE, *et al.* Leveraging International Influenza Surveillance Systems and Programs during the COVID-19 Pandemic. *Emerg Infect Dis.* 2022 Dec;28(13):S26-S33.
 - Simonetti O, Martini M, Armocida E. COVID-19 and Spanish flu-18: review of medical and social parallelisms between two global pandemics. *J Prev Med Hyg.* 2021 Sep 15;62(3):E613-E620.
 - Trilla A, Trilla G, Daer C. The 1918 "Spanish flu" in Spain. *Clin Infect Dis.* 2008 Sep 1;47(5):668-73. doi: 10.1086/590567.
 - Yang J, Gong Y, Zhang C, Sun J, Wong G, Shi W, *et al.* Co-existence and co-infection of influenza A viruses and coronaviruses: Public health challenges. *Innovation (Camb).* 2022 Sep 13;3(5):100306.
-