

CAPÍTULO 8
LA GRIPE ESPAÑOLA
THE SPANISH FLU

POR:

Ignacia Margarita Romero Galabay
iromerog@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-9678-162X>

Docente de la Universidad Católica de Cuenca
Enfermería - Campus Azogues.



La Gripe Española The Spanish Flu

La aparición de enfermedades ocasiona un desequilibrio social, económico, político, cultural y ambiental en cualquier parte del mundo en que se presenten, es decir, crisis devastadoras de una población y transformación en el modelo sanitario.

Se denominó “gripe española”, a una enfermedad originada en los EE. UU de norte América, cuya presencia fuera difundida con énfasis por la prensa española en su debido tiempo. El virus de esta enfermedad se propagó por varios países de todos los continentes; provocando millones de muertes, principalmente de jóvenes y adultos. Su presencia por primera vez data desde 1918 hasta 1920, tiempo en el cual produjo las mayores pérdidas humanas, especialmente personal de salud; se relatan dos ataques posteriores del virus, pero con mucha menor letalidad, atribuida a la inmunidad protectora adquirida por quienes enfermaron en la primera ola, que, si bien produjeron muertes, éstas se atribuyeron a complicaciones como bronconeumonías bacterianas secundarias, mas no al virus en sí (1).



Imagen 26: Pacientes en 1918 en el hospital estadounidense de Fort Riley. **Fuente:** Toby, Saúl /National Geographic. Gripe española: La primera Pandemia Global. 2020. Disponible en: <https://shre.ink/9ELS> (29).

La “gripe española”, también conocida como “muerte púrpura”, cumplió 100 años de su primer impacto y aún se la considera como la más devastadora de la historia. Se detectó en los Estados Unidos de Norte América entre octubre a diciembre de 1918; el contagio se produjo a través de los navegantes que se desplazaban por vía marítima hacia y desde Europa, el intercambio de vectores de contagio, favoreció su rápida propagación. En Ecuador, a finales de diciembre de 1918 y parte de 1919; provocó miles de contagiados al igual que muertes. En la capital la crisis fue menos grave que en otras ciudades, atribuida a la puesta en marcha de mecanismos de alerta y aplicación de medidas de bioseguridad mediante la “cartilla sobre la gripe” difundida por la Facultad de Medicina (2).

En 1918, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) difunde el concepto de pandemia como: “una infección provocada por un agente infeccioso, que tiene el carácter de afectar simultáneamente a diferentes países, provocando una mortalidad significativa en relación a la proporción de la población infectada”, tal afectación recibía el nombre de pandemia cuando el agente causal no hubiere circulado previamente y por lo tanto no existiese una población inmune a él; además, éste microorganismos debía tener la “capacidad” de transmitirse de persona a persona de manera eficaz (3).

Epidemiología

Han transcurrido 100 años de la “gripe española”, la misma que fue considerada la más devastadora de la historia y no entendía de fronteras ni clases sociales. “Se estima que un tercio de la población mundial se infectó y más del 2.5% de los enfermos murieron” (1,4).

La gripe se difundió en los territorios en conflicto durante la primera guerra mundial, causando la muerte a un aproximado de 60 a 70 millones de personas entre 1918 y 1920. Algunos investigadores afirman que la pandemia se inició en Francia, otros en China desde 1916; sin embargo, varios estudios sitúan los primeros casos en la base militar de Fort Riley (Kansas-EE.UU.) en

1918. La infección se desplazó con los soldados, donde los campamentos se convirtieron en trincheras de la pandemia, luego se propagó a la población civil. Al registrarse los primeros casos en España y al ser el único país que difundió la noticia, la enfermedad se conoció como la “gripe española”, además que, a pesar de no ser el epicentro, fue el país más afectado, con 8 millones de infectados y 300 000 fallecidos. El virus se expandió por todo el mundo y se estima que cobró más de 50 millones de vidas, por lo que se la consideró “la pandemia del siglo XX”.



Imagen 27: En el letrero se dice “use una máscara o vaya a la cárcel”. **Fuente:** Cortina – Mieres, Roberto. La devastadora epidemia vírica de 1918.2020. Disponible en: <https://shre.ink/9EZc> (30).

Esta enfermedad afectó con mayor intensidad, sobre todo, a las zonas geográficas frías, en donde el virus tuvo un mayor tiempo de vida, ocasionando complicaciones acompañadas de otras morbilidades y que llevaron a un gran número de personas a la muerte. En América no existió una información adecuada en cuanto a medidas profilácticas sobre la “gripe española” para que la población adquiriera algunos comportamientos de prevención sobre la enfermedad en sus territorios.



Imagen 28: Enfermeras trasladan a un paciente en San Luis, Misuri. **Fuente:** Kassraie, Aaron /National Archives. La gripe española: Cómo luchó Estados Unidos contra una pandemia hace un siglo atrás. 2021. Disponible en: <https://shre.ink/9EMP> (31).

El médico Loring Minner; registró entre los primeros meses de 1918 el primer brote de la epidemia de gripe A (H1N1), de una variedad de *influenza* epidémica. Luego se fueron produciendo los decesos en toda la población; los datos registrados señalan que la causa de los decesos se debe a una variedad de neumonía atípica (5).

Las oleadas de la gripe se presentaron en cada temporada de la estación de clima frío, golpeando, sobre todo, a las instalaciones militares y luego a la población civil. En la primera fase, se pudo constatar que los contagios fueron cuantiosos, luego el decrecimiento de la afección fue considerable debido a la modificación del clima; nuevamente en la estación fría de septiembre a diciembre se produce la segunda oleada con pérdidas de millones de vidas, lo cual se consideró que el factor de riesgo que favoreció la transmisión de la gripe fue la época de frío.

Las características del agente patógeno intracelular son las siguientes: “se trata de un microorganismo perteneciente a la familia viral *Orthomyxoviridae*, en la que se reconocen cuatro géneros virales denominados *Influenzavirus*, tipificados como A, B, C y D. De los cuales, el tipo A se reconoce como el más virulento. En la envoltura lipídica externa del virus se

identifican dos proteínas: la *Hemaglutina*, con 18 variedades reconocidas a partir de su relativo gen viral; este tipo de proteína establece la capacidad del patógeno de infectar a las células del epitelio mucoso de los órganos del aparato respiratorio; y la *Neuraminidasa*, con 11 variedades reconocidas determinadas por su respectivo gen viral y que aseguran la capacidad del virus para abandonar las células infectadas del huésped” (6).

Los virus de la gripe tienen etapas zoonóticas, los cuales se alojan, sobre todo, en mamíferos y aves, en estos reservorios los virus se recombinan y mutan para dar paso a una nueva cepa pandémica, posterior a ello se produce la transmisibilidad entre animales y humanos, pero la capacidad de los antígenos virales para mutar son las características esenciales de su virulencia. “H2N2 causó la gripe asiática en 1957, H3N2 la gripe de Hong Kong, en 1968, H5N1 la gripe aviar de 2004, H7N7 tiene un alto potencial zoonótico y H1N2 es endémico en humanos, cerdos y aves. En cada pandemia surge un nuevo antígeno H” (1).

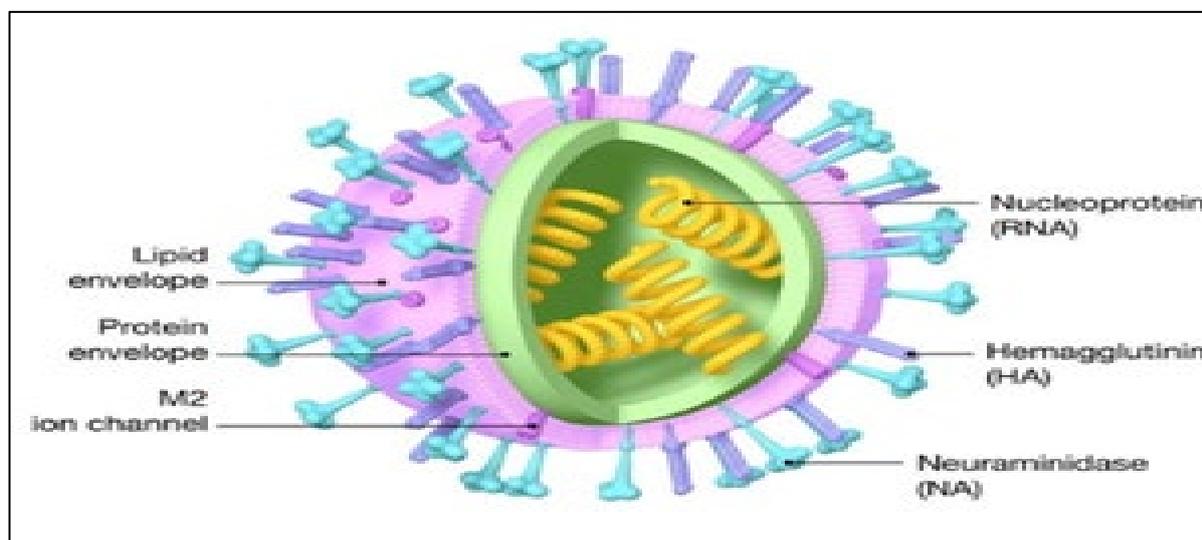


Imagen 29: Imagen 3D del virus de la gripe. **Fuente:** Kock, Axel. Gripe. Virus de la gripe con ARN, Proteínas de superficie, hemaglutininas y neuraminidasa. 2020. Disponible en: <https://shre.ink/9EMg> (32).

Mecanismos de transmisión

La gripe se transmite exclusivamente por vía aérea, mediante las gotas de saliva que son expulsadas al hablar, toser, estornudar, etc., donde el virus infecta las células que recubren la nariz, la garganta y los pulmones. Se

encontró que la transmisión se produce donde existe concentraciones y aglomeración de personas y luego se propaga a todos los hogares. Barrios populares que viven en hacinamiento, en condiciones poco higiénicas y los territorios de bases militares también en condiciones deplorables, donde los roedores transmisores de diferentes enfermedades se constituyen en foco y fuentes de mayor contagio.

Beatriz Echeverri menciona: "las personas mal nutridas, con un historial de infecciones anteriores tienen menos posibilidades de sobrevivir. En esta ocasión, la guerra fue el vehículo perfecto para extender la infección por todo el mundo"(7).

Signos y síntomas

Luego de un período de incubación del virus se presentan varios síntomas. Los síntomas típicos eran similares a los de una gripe estacional que se manifiesta con hipertermia, tos, cefalea, dolor de garganta, dolores musculares, congestión nasal, dolor de oídos, diarreas y vómitos ocasionales. Sin embargo, un grupo de pacientes murió rápidamente en menos de 5 días luego de presentar los primeros síntomas, las complicaciones más frecuentes fueron con hemorragia pulmonar masiva, o edema pulmonar (8).

Las muertes ocurrieron de manera acelerada después de la aparición de los primeros contagios alrededor del mundo y mayoritariamente los más afectados eran adolescentes y adultos jóvenes. La afección en estos grupos de personas se ha explicado en términos de una respuesta inmune excesiva debido a la vitalidad del organismo en estas edades tempranas que, por lo general, no padecen de enfermedades que debiliten el organismo. Las edades más afectadas por la pandemia fueron de 15 a 34 años. En relación con los adultos mayores se considera que pudieron haber tenido contacto con virus gripales similares en décadas anteriores, por lo que mantendrían aún parte de la protección inmunológica (9).

Tratamiento

No existió tratamiento específico para la gripe española, de tal manera que el mayor porcentaje de fallecidos se debió a complicaciones por una neumonía bacteriana secundaria y tampoco había antibióticos disponibles. Como tratamiento paliativo y por recomendación médica, en varios países americanos se utilizó la aspirina y los aceites mentolados. Sin embargo, al transcurrir algunos meses fue necesario la resolución y cumplimiento de otras medidas más estrictas como el aislamiento social, por lo que para evitar el contagio se obligó al cierre de escuelas, negocios, teatros, iglesias y otras áreas de concentración pública masiva (8).

En cuanto a la atención médica, fue baja por falta de profesionales que también caían enfermos, por sobrecarga de atención, falta de recursos, de medicamentos, de vacunas. En consideración a estas deficiencias, la cuarentena y la higiene permitieron en parte controlar la propagación de la gripe.

Para combatir la infección, se usaban sustancias químicas que destruyen directamente o inhiben el desarrollo de los gérmenes en el ambiente inmediato que rodea al paciente (1). Entonces se incluyeron medidas alternativas como el consumo de una dieta adecuada, antisépticos orales, codeína para la tos y aceite alcanforado (10).

Con respecto al tratamiento médico fue sintomatológico, enfocado en aliviar los síntomas y confiado en el sistema de defensa del cuerpo. La mayor parte de los médicos solían recomendar a las personas que guarden reposo, consumir una dieta sana y una buena higiene, administración de quinina “alcaloide natural, blanco y cristalino, con propiedades antipiréticas, antipalúdicas y analgésicas”, para bajar la fiebre, de esta manera la creencia de que la persona recuperará sus fuerzas y el apetito (11). Como medida sanitaria se recomendó el uso de las mascarillas, el papel de enfermería en el cuidado para la recuperación de los pacientes fue muy importante y es aquí donde se consolidó la enfermería como profesión (12).

Medidas sanitarias

La gripe española transformó la vida de las personas, sobre todo, en las ciudades, donde se cerraron negocios, iglesias y centros en los cuales se reunían para realizar plegarias. Como medida de protección la población utilizó la máscara de tela y gasa, con las que se sentía más tranquila. Además, se designaron inspectores sanitarios para que recorrieran las calles de las ciudades con la finalidad de que se cumpliera con la respectiva limpieza e higiene, incluso había avisos públicos con varias recomendaciones para evitar contraer la gripe (13).

La aplicación de la cuarentena para evitar la propagación de la enfermedad, con el aislamiento y encierro de los habitantes, la suspensión de las clases, no concurrir a velorios salvo para sus deudos, el cierre de los templos religiosos donde se juntaban a sus oraciones, la prohibición de espectáculos públicos, fueron los métodos más drásticos (1).

Ya en Ecuador, específicamente en la ciudad de Quito, la epidemia también obligó a tomar algunas medidas: como la clausura de las clases en las escuelas y colegios; el no uso de objetos personales de terceros, no aglomeraciones de los habitantes, ventilar las habitaciones y otras conductas concretas en el caso de contagio de la enfermedad, divulgados por entidades estatales para su cumplimiento.

Por otra parte, en cuanto a la infraestructura médica sanitaria, fue insuficiente ante tal demanda. Los hospitales no dieron abasto en su operatividad; la demanda de medicamentos en las farmacias se incrementó; la asistencia médica insuficiente ante todas las demandas de salud de la población. A pesar del tiempo de duración no muy largo de la pandemia, sin embargo, los efectos fueron lamentables. El cierre de toda atención al público fue muestra de la gravedad de la situación, pues con anterioridad se tendía simplemente a desinfectarlos (1).

Los médicos fueron los encargados de coordinar las actividades sanitarias, en coordinación con las instituciones estatales, al igual que la

dotación de los insumos, medicamentos y otros que, debido a la distancia de los habitantes, tardaban mucho tiempo en llegar. Lo cierto es que la epidemia ocasionó un escenario de impotencia en el control ante una situación de escasez de recursos humanos y materiales (14).

En cuanto a la prevención “se hacían desinfecciones con fenol, cresol, naftalina, sulfato de cobre, soluciones de hipoclorito de sodio o de bicloruro de mercurio en lugares públicos en general. Se prohibió escupir en el suelo. Se recomendaba desinfección de boca y garganta con soluciones de agua oxigenada, o con una mezcla de aceite y mentol, que también se usaba en inhalaciones. También se aplicaban vacunas anti-neumococos, que eran producidas con células enteras de bacterias muertas de *S. pneumoniae*, en el Instituto Bacteriológico” (1).

Con la presencia de la gripe española se puso de manifiesto la consolidación de algunas medidas sociales e higiénicas y un verdadero cambio en las políticas sanitarias, para hacer frente a la presencia de aquellas enfermedades que acechan a determinados sectores de la población y, por ende, reducir la morbilidad y mortalidad (15).

Referencias bibliográficas

1. Lüthy IA, Ritacco V, Kantor IN. A Cien Años de la Gripe Española. Rev. Medicina 2018; 78:113-118.
2. Johnson, Nial & Muller, Juergen. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 “spanish” influenza pandemic. 2002. <http://www.birdflubook.org/resources/NIAL105.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C.: OPS, 1992
4. Escuer EF. La gripe española del año 1918 [Internet]. Nuevatribuna. 2020 [citado el 20 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/cultura---ocio/gripeespanola-ano1918-pandemia-historia-cultura-coronavirus-covid19/20200406081301173161.html>
5. Barry, John. The Great Influence: The epic story of the deadliest plague in story. New York: Editorial Viking, 2004.
6. De la Primera Guerra Mundial, LPMDE 1918 a. 1920 TCFDP su P. las GCPSE y. AC a. P., & del Triple Entente (Francia Gran Bretaña, LPLE (s / f). Origen y desarrollo de la gripe española en 1918 - 1920. el oscuro corolario de la primera guerra mundial. Recuperado el 17 de mayo de 2021, de Edu Sitio web .ec
7. Echeverri Dávila B. La gripe española: la pandemia de 1918-1919. Ilustrada. España: Centro de Investigaciones Sociológicas;1993.
8. Ramos Moreano V., Naranjo W. Origen y desarrollo de la gripe española en 1918-1920. Rev. Inv. Acad. Educación. 2020; 4(2): 15-28
9. Erkoreka A. The Spanish influenza pandemic in occidental Europe (1918-1920) and victim age. Influenza Other Respi Viruses. 2010;4(2):81-9
10. Francis Fujimura, S. Estados Unidos en guerra. La muerte púrpura. La gran gripe de 1918. Rev. Perspectivas de la Salud, OPS. 2003;8(3).
11. Cuenya Mateos MÁ. Reflexiones en torno a la pandemia de influenza de 1918: El caso de la ciudad de Puebla. Desacatos. 2010;(32):145-58.
12. Romera Alvarez, L; Gómez Cantarino, S; Checa Peñalver, A. Gripe Española de 1918 versus SARS-CoV-2, Comparativa a través de la historia. Rev. De Enfermagen Referencia. 2021; 8:1 - 8 DOI: 10.12707/RV20141
13. Del Villar AM. Remedios curativos y propaganda médica contra la influenza de 1918 en México: ideas y conocimientos. Hist Cienc Saude Manguinhos. 2020;27(2):391-409.

14. Gómez L., Gómez LA.; Un Siglo después de la “gripe española: contribución de la gran guerra y conocimiento del genoma como herramienta para el control de la influenza; Rev. Biomédica; 2019; (39):17-21.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i1.4884>
15. Almudéver Campo, L; Camaño Puig, R. Medidas de Salud Pública durante la Pandemia de gripe en el período 1918-1920 en España. Rev. España Salud Pública. 2020; 94:1-17.