

## La pandemia de Gripe Española de 1918

Samir Kabbabe\*

La gripe española ha sido posiblemente el evento más mortífero en la historia de la humanidad. Se estima que el virus de la influenza, responsable de la pandemia de gripe española, afectó a la tercera parte de la población mundial y causó la muerte de no menos del 2,5 % de los habitantes del planeta<sup>(1)</sup>.

Han ocurrido muchos avances en conocimientos y estrategias de salud pública, pero a un siglo de la pandemia que mató alrededor de 100 millones de personas entre los años 1918 y 1920, las evidencias sugieren que en cualquier momento podría surgir una nueva pandemia con potencialidad de producir unas 150 a 300 millones de muertes<sup>(2)</sup>.

Las investigaciones sobre la gripe española nos enseñan cómo un virus puede causar una pandemia y nos permite implementar medidas para enfrentar brotes locales y globales para evitar un nuevo cataclismo por el virus de la influenza o por cualquier otra enfermedad de alta contagiosidad.

Los estudios históricos han podido caracterizar los patrones epidemiológicos de la gripe española de 1918, y permiten comprender el por qué del trágico impacto de hace un siglo. La pandemia del virus de la influenza de 1918 quedó solapada por la primera guerra mundial y parece ocupar poco espa-

cio en la memoria colectiva de las crónicas letales del siglo XX.

### Las ondas de la pandemia

Algunas publicaciones sugieren que el virus tuvo su origen en Asia, de donde migró, pero el primer paciente identificado, caso cero o índice, fue Albert Gitchell, cocinero del campamento Funston, en Fort Riley, Kansas, EEUU, quien en la mañana del 4 de marzo de 1918 acudió a la enfermería por fiebre, cefalea y odinofagia.

Al mediodía, permanecían en la enfermería más de cien personas con síntomas similares, y a partir de entonces se experimentó una violenta propagación entre la tropa y la población civil. En el campamento Funston se adiestraba a reclutas que iban a otros campamentos militares o directamente a las trincheras de la gran guerra en Francia.

En abril ya era epidémica la gripe en las zonas urbanas del centro y en las ciudades costeras del este de los Estados Unidos, desde donde embarcaban las tropas, para hacerse, entonces, epidémica en los puertos franceses. Luego en el frente occidental y, a finales de abril, en toda Francia.

En mayo, la onda expansiva de la gripe alcanzaba Inglaterra, Italia y España, propagándose por todo el norte de África, India, China y Japón, llegando a Australia en junio. Desde el frente occidental, la onda alcanzó a Alemania en el mes de mayo, avanzó por Suiza, Austria, Hungría, Bulgaria, Grecia, la disuelta Polonia y Rusia<sup>(3)</sup>. En julio parecía haber amainado la epidemia, pero surgió una segunda onda expansiva mucho más letal.

---

\* Médico Internista, miembro de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

### La segunda onda

La gripe reapareció con magnificada capacidad de contagio e índice de mortalidad. La segunda onda se inició a mediados de agosto de 1918, a partir de tres ciudades portuarias del Atlántico, distantes entre sí: Freetown (Sierra Leona), Boston (EEUU) y Brest (Francia).

Algo aumentó su virulencia. Quizás el gas mostaza que inhalaban los soldados contribuyó, pero lo que permitió la segunda onda fue el movimiento marítimo de tropas aliadas portadoras del virus hacia esas ciudades, desde las estáticas trincheras del frente occidental o desde el Étaples (Pas-de-Calais, Francia), donde un campamento hospitalario concentraba gran cantidad de enfermos de gripe y de afectados por gas mostaza.

Desde esas tres ciudades, la onda expansiva invadió todo el planeta, respetando solo la Antártida y las islas de Santa Helena en el Atlántico sur, y la de Marajó en la desembocadura del río Amazonas.

La mayor parte de los muertos por la pandemia ocurrió en esta segunda onda, entre la segunda mitad de septiembre y la primera mitad de diciembre, en tan solo tres meses. En 1918, quinto y último año de la Primera Guerra Mundial, fue el único año del siglo pasado en que decreció la población del planeta, y no por causa de la guerra, sino por la pandemia de influenza.

La segunda onda amainó a finales de diciembre. Ya desde noviembre en el mundo se celebraba el final de la Gran Guerra y el retorno de los soldados. En Australia, donde se contuvo la epidemia porque se impuso tempranamente la cuarentena en el mismo mes de junio, las autoridades decidieron levantarla a inicios de 1919, pero la medida resultó prematura y fatal, apareciendo entonces la tercera onda, de virulencia intermedia entre las dos primeras, que se expandió desde Australia castigando nuevamente la población de numerosas zonas del planeta, prolongándose hasta 1920, principalmente en el hemisferio sur.

### Venezuela

La gripe española alcanzó nuestro país en octu-

bre de 1918, durante la dictadura de Juan Vicente Gómez, cuando se iniciaban los ingentes ingresos por petróleo y era poco lo que se invertía en salud.

Con una población de unos 2.500.000 habitantes, 75% de ella rural, se vivía en condiciones de miseria, insalubridad y analfabetismo, precarios servicios sanitarios en el ámbito urbano y prácticamente nulos en el campo. Se disponía de 1 médico por cada 5.000 habitantes.

El crecimiento poblacional era bajo: la tasa de natalidad superaba por escaso margen a la de mortalidad. Más de 120 de cada 1.000 niños morían antes de cumplir el año de edad. La expectativa de vida era inferior a 42 años y 50% de los que fallecían no tenía diagnóstico de causa de muerte.

Uno de cada cuatro venezolanos era portador de tuberculosis. La población se hallaba expuesta a numerosas enfermedades endémicas y brotes epidémicos recurrentes de paludismo, fiebre amarilla, viruela, peste bubónica, sarampión, difteria, tífus, tétanos, cólera, disenterías y lepra.

En ese escenario de miseria y desnutrición, no muy distinto al del resto del mundo no desarrollado, se registró el primer caso en un soldado el 16 de octubre en La Guaira. Al final del día eran 40 los soldados con gripe y en tan solo 24 horas el número llegó a 500. Comenzaron a diagnosticarse casos en toda Caracas y a finales de octubre en Carabobo, Cojedes, Falcón, Bolívar, Zulia, Mérida, Trujillo, Táchira y Apure.

Se instaló una Junta de Socorro Central en Caracas, presidida por el Dr. Luis Razetti, conformada por representantes de parroquias y estados, con el fin de coordinar las medidas sanitarias para el control de la epidemia. Caracas entró en cuarentena y la población en fobia. Se habilitaron hospitales en casas, se suspendieron actividades escolares y misas, se cerraron teatros y prohibieron actos públicos y fiestas.

El subregistro de casos para todo el país debió ser importante. Se contabilizaron más de 25.000 muertos por la gripe española, equivalente a no

menos del 1% de la población, entre ellos, Alí Gómez, hijo del dictador. El “Benemérito” permaneció en Maracay, y se cuenta que no tuvo apariciones públicas durante los tres meses que duró la epidemia en Venezuela.

El resto de las calamidades infecciosas endémicas que luego superaríamos gracias a la gesta de brillantes médicos y sanitaristas que le dieron aboengo a la medicina venezolana, continuaron matando unas 50.000 personas al año por causa infecciosa<sup>(4-6)</sup>.

### El nombre de la pandemia

Hasta el mes de mayo, en los países involucrados en la guerra no se hablaba de la gripe. La prensa no difundía información sobre la epidemia, quizás para no desmoralizar a las tropas. Algún nombre había que ponerle a la enfermedad. Los médicos franceses comenzaron a denominarla crípticamente la *maladie onze* (enfermedad once), los alemanes el *blitzkatarr* (catarro relámpago).

Cuando apareció la gripe en mayo de 1918 en España, dos terceras partes de los madrileños se infectaron en tan solo tres días. España se mantuvo neutral en la conflagración, sin censura de prensa. Los titulares de los periódicos apuntaban a la epidemia y no a la guerra. Los españoles sospechaban que venía de otro país, pero no sabían nada de los estragos de la gripe en EEUU y en Francia.

Los madrileños la apodaron *Soldado de Nápoles*, que era una canción pegajosa de la zarzuela de moda “La canción del olvido”. En España se infectaron no menos de 8 de sus 20 millones de habitantes, incluyendo al Rey Alfonso XIII, al presidente del gobierno y varios ministros, y murieron unas 300.000 personas. La población francesa, británica y estadounidense, al recibir noticias desde España y de la gripe de Alfonso XIII, comenzó a llamarla *gripe española*. Para los polacos era la peste bolchevique, para los brasileños gripe alemana y para los senegaleses gripe brasileña.

Cuando se firmó el armisticio entre Alemania y los países aliados el 11 de noviembre de 1918, con un saldo de unos 19 millones de muertos entre soldados y civiles, ya la gripe tenía una explosión exponencial.

En la memoria colectiva, la pandemia quedó a la sombra de la primera guerra. Los aliados ganaron la guerra e impusieron las condiciones del armisticio, y en el lenguaje oficial llamaban “española” a la gripe. A pesar del error histórico y las protestas de los españoles, se impuso el espurio nombre.

### Crónicas y testimonios

Laura Spinney, periodista científica británica, autora del libro *El Jinete Pálido* (Crítica, 2018) recoge numerosas crónicas, testimonios y análisis de lo que fue la madre de las pandemias en distintas partes del planeta. El pánico y la incertidumbre se habían apoderado de la población. Comercios y factorías cerradas, escasez de productos básicos, colapso de servicios, afectación de gran parte de la vida cotidiana y obstaculización de las actividades. Todos perdían un familiar o amigo cercano. Los hospitales atestados de pacientes con enfermedad respiratoria, galpones convertidos en hospitales, algunos al aire libre, cadáveres amontonados en las calles, morgues y cementerios, déficit de urnas y sepultureros, filas de procesiones funerarias, velatorios cortos, fosas comunes. La atmósfera pestilente, el ambiente lúgubre, sombrío, y numerosos huérfanos deambulando por las calles.

En los países en guerra, los médicos y enfermeras eran transferidos a hospitales militares para la atención de los heridos, por lo que se incorporaba a estudiantes de medicina y se improvisaba personal de enfermería para la atención de la población civil, pero el personal de salud también se contagiaba y se profundizaba su déficit.

La mortalidad fue más elevada en poblaciones que nunca habían sido afectadas por la influenza, que no tenían desarrollada alguna memoria inmunológica contra el virus, como sucedió en el Puerto de Bristol, Alaska, con mortalidad del 40% de sus habitantes y hasta el 100% de los de aldeas cercanas. En Samoa Occidental, donde los nativos tampoco habían conocido la gripe, el virus mató al 25% de la población. Las condiciones de pobreza y desnutrición, así como la ausencia de medidas sanitarias efectivas fueron también determinantes para la mortalidad: en Ciskei (Sudáfrica) murió el 9,9% de la población, en Gujarat (India) el 6,1%, y en Masshad (Irán) el 5%.

A mayor pobreza y hacinamiento, mayor morbilidad y mortalidad. La pandemia golpeó mucho más a los países pobres que a los desarrollados<sup>(7)</sup>. La notificación y registro de casos no era una práctica establecida en muchos países, por lo que los datos estadísticos eran difíciles de obtener. No obstante, se ha estimado que solo en China pudieron morir unas 30.000.000 de personas.

### ¿Qué hacían los médicos?

En primería línea ante cualquier epidemia, los médicos corrían peligro en su afán y deber de tratar y curar mientras sus fuerzas lo permitieran. William Carlos Williams, médico y gran poeta estadounidense que ejerciera en Nueva Jersey, escribió en su autobiografía: «Entonces nos golpeó la gripe. Los médicos hacíamos hasta sesenta visitas al día. Varios de nosotros perdimos el conocimiento, uno de los más jóvenes murió, otros se contagiaron y no teníamos nada que fuera eficaz para controlar ese potente veneno que se estaba propagando por el mundo»<sup>(8)</sup>.

Además del reposo, la hidratación y el cuidado por enfermería y familiares, se disponía de pocas alternativas de tratamiento. Era muy poco con lo que contaban los médicos en su maletín y prescribían las sustancias conocidas, en su intento de aliviar los síntomas de los enfermos, recurriendo a sangrías, catárticos, purgantes, lavativas, pócimas y extractos de plantas, desinfectantes con iodo, arsénico, mercurio, estricnina y hasta alcohol y tabaco.

Había incertidumbre entre los médicos porque las muertes sucedían tras pocos días de enfermedad y los tratamientos no parecían ser efectivos. La gripe, que en sus inicios hasta podía confundirse con un catarro común, no era tradicionalmente una enfermedad mortal que ameritara de alertas. No solo morían personas de grupos vulnerables como los niños y ancianos o quienes tenían enfermedades crónicas como tuberculosis o diabetes, sino personas entre los 20 y 40 años previamente sanas.

Quienes sobrevivían permanecían deprimidos y fatigados por meses, y quienes no lograban sobrevivir morían en pocos días, con fiebre, fatiga extrema, palidez, cianosis, disnea tos con expectoración

hemoptoica, delirio y otros trastornos psiquiátricos, para finalmente expirar con una respiración débil, en narcosis.

Los médicos y las autoridades sanitarias debatían, cuestionaban, improvisaban e imponían medidas de contención y de prevención, muchas veces impopulares y no siempre exitosas, en un mundo con incipiente sistema de atención médica, un mínimo y dudoso arsenal terapéutico, en pobreza, hambreado por la guerra, poco instruido, con altos índices de analfabetismo y poca precisión de lo que es la contagiosidad. Recién se conocía de bacterias, y los virus eran una abstracción. Prevalcían creencias de que las enfermedades aparecían a causa de miasmas, olores o aires viciados, influencia de astros, castigo de Dios u otras causas sobrenaturales.

La industria farmacéutica recién comenzaba. La aspirina era excelente para bajar la fiebre y quitar los dolores, pero se desconocía que la dosis máxima era de 4 gramos diarios y se indicaban entre 8 y 32 gramos al día. Hoy se sabe que por encima de 8 gramos la aspirina puede producir hiperventilación y que por encima de 30 se genera edema del tejido pulmonar. Es probable que un pequeño porcentaje de enfermos haya fallecido a causa de intoxicación por aspirina, disponible en pocos países de mundo, principalmente en naciones europeas y en EEUU<sup>(9)</sup>.

En Brasil, como en otros países, se prescribía quinina, efectiva contra la malaria e ineficaz contra la gripe, y también a dosis tóxicas, añadiéndole a los enfermos síntomas que no producía la gripe, mas sí por la quinina, como tinnitus, vértigo, hipacusia, hematuria, vómitos, perversión de los colores, temblores e movimientos incoordinados<sup>(10)</sup>.

Las autopsias revelaban una neumonía bacteriana masiva (neumonía de múltiples focos) intercalada con cambios inflamatorios en la que no se identificaban siempre las mismas bacterias, aunque predominaban los *Staphylococcus* y *Streptococcus*. El Dr. Richard Pfeiffer, microbiólogo y alumno del afamado Robert Koch, había publicado que era una bacteria la productora de la gripe al identificar un bacilo al que llamó *Haemphilus influenzae* (bacilo de Pfeiffer) en las autopsias de la gripe rusa de

1892. Pero ese germen también estaba presente en la saliva de gente sana y muy rara vez se identificaba en el esputo y las autopsias de quienes morían durante la pandemia de 1918.

Al *bacilo de Pfeiffer*, que no es causante de la gripe, se le sigue llamando *Haemophilus influenzae* a pesar del error. Se hablaba entonces del origen en un virus, algún agente contagioso no observable por el microscopio óptico. Los virus conformaban un cuadro no perteneciente al mundo físico, y no fue sino hasta 1933 cuando se desarrolló el microscopio electrónico y se pudo ver y documentar finalmente la existencia del virus de la influenza.

### Medidas sanitarias

Había que instruir a la población que la enfermedad se transmitía por el contacto de persona a persona a través de las microgotas de secreciones que expulsa el enfermo al toser, estornudar o al hablar. La difusión de informaciones era a través de la prensa escrita. No había radio sino telégrafo, muy pocos teléfonos, las vías y medios de transporte eran escasos y lentos.

El alcalde de la ciudad francesa de Lyon, Eduard Herriot (1872-1957), fue quien primero entendió la importancia de la higiene pública y tomó algunas medidas efectivas para enfrentar su alta contagiosidad y limitar el número de enfermos y muertes. Desinfectó los tranvías, prohibió reuniones públicas, funerales y procesiones, organizó un sistema de entierros rápidos e hizo mezclar el agua bendita de las iglesias con antisépticos<sup>(11)</sup>.

Pero las medidas eran insuficientes. Los oficiales de aduanas permitían el paso entre países a todos los que parecían estar saludables. En guerra, los políticos y militares desatendían las decisiones sanitarias; el mismo presidente Woodrow Wilson cedió a las presiones del mando militar y desatendió a las autoridades de salud permitiendo el traslado de tropas. Murieron más soldados estadounidenses por gripe que por causa del combate. Wilson incluso convocó un desfile el 12 de octubre para celebrar el entonces Día de la Raza en la Avenida de los Aliados (hoy 5ª avenida) en Nueva York, en pleno apogeo de la epidemia en la ciudad,

con asistencia de unas 25.000 personas, aumentando la incidencia de nuevos casos<sup>(12)</sup>. En España, como en otras partes del mundo, algunos sacerdotes se negaban a la “dictadura sanitaria”. Álvaro y Ballano, Obispo de Zamora, atacaba a las ciencias médicas, a las alertas y recomendaciones de la prensa y al ayuntamiento, en el entendido de que el mal era “*debido a nuestros pecados e ingratitud, por lo que el brazo vengador de la justicia eterna ha caído sobre nosotros*”.

### Acontecimientos posteriores

El virus de la influenza A logró ser identificado en 1933, cuando se desarrolló el microscopio electrónico y en 2005 se logró la secuencia completa del ARN del virus que causó la pandemia, a partir de tejidos conservados de autopsias de hace un siglo y de cuerpos congelados en Alaska.

El virus identificado (y hoy muy bien guardado) es una cepa A (H1N1), precursora del que circula actualmente por el mundo, muy similar al que habita en las aves y para el cual el sistema inmunológico del ser humano no tenía memoria inmunológica en 1918.

Eso explica la alta e inusual mortalidad en el grupo etario de los 20 a 40 años. Las aves albergan un centenar de cepas distintas de virus de influenza. Una hipótesis sugiere un “salto” del virus entre especies. El Dr. Jeffery Taubenberger, médico especialista virólogo que logró secuenciar el genoma del virus de 1918, tiene la hipótesis de que pudo tratarse de un virus de influenza A estacional, de los que anualmente producen un aumento de casos de gripe en invierno, y que hubiese sufrido en aquel entonces, una mutación<sup>(13)</sup>.

En cualquier caso, el virus de 1918 difería significativamente de otros virus de influenza humana o animal e indujo una aberrante respuesta inmunológica a causa de la virulencia de una de sus proteínas, que provocaba una marcada inflamación de tejido bronquial y pulmonar, y a la cual se añadía alguna infección bacteriana.

Miles de autopsias publicadas revelaban una neumonía bacteriana masiva que se diseminaba en

todas las direcciones del árbol bronquial (neumonía de múltiples focos) intercalada con cambios inflamatorios propios de los virus. Las personas morían principalmente por insuficiencia respiratoria, por incapacidad para el intercambio gaseoso que permite el ingreso del oxígeno y la salida del dióxido de carbono, asfisiadas, estertorosas, cianóticas y letárgicas.

Algunas autopsias no mostraban presencia de bacterias sino cambios inflamatorios difusos y severos de lo que hoy conocemos como Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto (SDRA), una muy exagerada y destructiva respuesta inmunológica del huésped contra su propio tejido pulmonar, desencadenada por algún agente como un virus.

### **Protagonismo de la pandemia**

Las enfermedades y el empobrecimiento que generan las guerras han sido responsables de más muertos que los que fallecen en combate. Si la movilización de tropas, la hambruna y el empobrecimiento fueron determinantes que favorecieron la letalidad de la pandemia, esta última también tuvo protagonismo en el resultado de la guerra.

Luego del tratado de paz Brest-Litovsk que firmó el gobierno bolchevique con las potencias centrales en marzo de 1918, y que representó el final del frente oriental de la Gran Guerra, varias divisiones de tropas alemanas fueron trasladadas al frente occidental, y hubo victorias importantes entre marzo y junio por parte de los imperios centrales, antes de la incorporación del grueso de contingentes de la tropa estadounidense.

Cuando el Káiser Guillermo II y su alto mando se enteraron que las tropas francesas eran víctimas de la epidemia, planificaron ofensivas confiando en una pronta victoria final. Pero la suerte cambió. El mismo Káiser enfermó y la gripe, que afectó al 75% de los soldados franceses y al 50% de los británicos, diezmo a la crónicamente desnutrida tropa alemana desmovilizando a 900.000 soldados. El Káiser abdicó el 10 de noviembre y el 11 se firmó el armisticio.

En junio del 1919 se firmó el Tratado de Versalles. Woodrow Wilson promovía entre los

cincuenta países firmantes, la creación de la Sociedad de Naciones, pero enfermó y no pudo disuadir a los participantes para evitar las severas medidas punitivas que se imponían a los alemanes y que quizás representaron la semilla de la Segunda Guerra Mundial. Wilson desarrolló delirio y una psicosis transitoria (quizás una meningoencefalitis (como complicación de la influenza<sup>(14)</sup>) y/o un evento cerebro vascular. Hay versiones que refieren que, en pleno delirio, debió ser rescatado mientras caminaba desnudo por los Campos Elíseos.

La pandemia también alimentó la xenofobia, el racismo y las conductas clasistas. En el oeste de EEUU se acusaba a inmigrantes chinos de haber llevado la enfermedad. Los chinos acusaban a los misioneros occidentales. En España segregaban a los portugueses, acusados de ser responsables de la gripe, y cerraron los pasos fronterizos, mientras los portugueses acusaban a los españoles. En Polonia señalaban a los liberados prisioneros rusos “muertos vivientes” que regresaban a pie a su tierra. En Nueva York señalaban a los inmigrantes italianos que habitaban los suburbios pobres de la ciudad. En Suráfrica se precipitó el Apartheid cuando se acusó a los negros de ser los causantes. En varias partes del mundo, como en Brasil, se imponían cercos a las clases pobres en la creencia de que se infectaban más por ser “inferiores”<sup>(8)</sup>.

### **Salud universal y control de epidemias**

La pandemia sirvió para sembrar la idea de la sanidad universal y también para la creación de ministerios de salud en todos los países del mundo. En 1902 se había creado la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, con la participación de once países del continente para abordar los problemas de salud que interferían con los comercios internacionales en América.

En 1907 se había creado la Oficina Internacional de Higiene Pública, con sede en París, con la participación de 23 estados europeos, para difundir informaciones sobre las enfermedades infecciosas. Pero se requería de iniciativas que pusieran en marcha programas de salud pública y prevención de epidemias coordinados para todas las naciones.

En 1919 se creó en Viena, con el respaldo de la Cruz Roja, una oficina internacional cuya misión expresa era el combate de las epidemias, pero estuvo sesgada desde su nacimiento por pugnas ideológicas, políticas y raciales. Se discutía si debían mantenerse aislados en cuarentena a los judíos liberados de los campos de concentración, si debía incluir a los famélicos prisioneros rusos, si los prisioneros alemanes liberados por los rusos serían agitadores bolcheviques.

El concepto de salud universal y de sanitarismo universal no se consensuaba. Ya formaba parte del léxico comunista, generaba suspicacia y rechazo cual si fuera semilla suya. En 1920, la Sociedad de las Naciones creó entonces su organización sanitaria. Cuando estalló la Segunda Guerra Mundial en 1939, se disolvió la organización, y junto con ella su oficina sanitaria. La ONU se constituyó en 1945. Y a partir de ella se creó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, como institución independiente, consagrando un derecho totalmente igualitario de la salud, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

En 1952 la OMS creó la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe (GISN en inglés), la cual funciona como un mecanismo mundial de vigilancia, preparación y respuesta a la gripe estacional y pandémica en humanos, y la de animales que puedan transmitirse a humanos (zoonótica), así como un sistema de alerta mundial ante nuevos virus gripales.

La integran unos 114 países. En Venezuela es el Instituto Nacional de Higiene (INH) el que asume tales responsabilidades. Las GISN, con el Programa Mundial de Influenza de la OMS (GIP) han monitorizado, respondido y contenido las epidemias de gripe que siguieron a la pandemia de 1918, como la asiática de 1957-1958, la de Hong-Kong de 1968-1969, la amenaza de gripe aviar de 1997 y 2003-2004, así como la última pandemia de influenza A (H1N1) del 2009, con origen porcino y que comenzara en México.

Es así como la Red de Vigilancia de la Gripe de España detectó la actual epidemia de gripe que se inició en la penúltima semana del 2018 y que se ha

extendido por todo el territorio español. Tempranamente se identificaron los virus de influenza causantes, el A (H1N1) correspondiente a la cepa de la pandemia de 2009 (pdm09) y el A (H3N2), tomándose ya las medidas pertinentes para su contención.

El virus de la influenza es uno de los más adaptables. Evoluciona constantemente para burlar nuestros intentos de combatirlo. La gripe sigue siendo misteriosa en muchos aspectos, y sabemos que en cualquier momento puede surgir una nueva pandemia<sup>(14)</sup>. La batalla es permanente. Necesitamos de la vigilancia continuada, el desarrollo de una nueva vacuna cada año, optimizar el porcentaje de vacunados y continuar investigando sobre la naturaleza y comportamiento del virus.

### Referencias

1. Johnson NP, Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic. *Bull Hist Med* 2002;76:105-115.
2. Morens DM, Taubenberger JK. The mother of all pandemics is 100 years old (and going strong). *Am J Public Health* 2018;108:1449-1454.
3. Patterson DK, Pyle GF. The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic. *Bull Hist Med* 1991; 65(1):4-21
4. Nava, Melvin. Historia de la gripe Española en Venezuela. *Venelogía*. 13/08/2014. [www.venelogia.com/archivos/6562](http://www.venelogia.com/archivos/6562)
5. Archila Medina, R. Epidemias. *Diccionario de Historia de Venezuela*. Fundación Polar. Tomo 2. 227-229.
6. Ereu, Aljer. [www.senderosdeapure.net/2016/10/cronica-la-gripe-espanola-de-1918](http://www.senderosdeapure.net/2016/10/cronica-la-gripe-espanola-de-1918).
7. W. C. Williams, *The Autobiography of William Carlos Williams*, Nueva York. Random House. 1951, pp. 159-160
8. Laura Spinney. "El jinete pálido. 1918: La epidemia que cambió el mundo". Editorial Crítica. 2018.
9. Starko, K. Salicylates and pandemic influenza mortality, 1918-1919 pharmacology, pathology, and historic evidence. *Clin Infect Dis*. 2009 Nov 1;49(9):1405-10
10. A gripe espanhola nas memórias de Pedro Nava. *Revista Rio de Janeiro*, n. 11, set-dez, 2003.
11. F. Aimone, «The 1918 influenza epidemic in New York City: a review of the public health response», *Public Health Reports*, 2010; 125(S3):71-7
12. Taubenberger, J. The Origin and Virulence of the 1918 "Spanish" Influenza Virus. *Proc Am Philos Soc*. 2006 Mar; 150(1): 86-112.
13. [espanol.cdc.gov/enes/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/pandemic-timeline-1918](http://espanol.cdc.gov/enes/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/pandemic-timeline-1918).
14. Morens, D. Taubenberger, J. Influenza Cataclysm, 1918. *N Engl J Med* 2018; 379:2285-2287.