

NUEVA INFLUENZA A H1N1: INEXORABLE EXPANSIÓN DE LA PANDEMIA AL HEMISFERIO SUR

[NOVEL INFLUENZA A H1N1: INEXORABLE EXPANSION OF PANDEMIC TO SOUTHERN HEMISPHERE]

César Cabezas¹

El año 1918, cuando se libraba la primera guerra mundial, la pandemia de influenza cambió el curso de la historia para los invasores y los invadidos. Esta epidemia fue responsable de entre 20 a 40 millones de muertos en el mundo en menos de un año, un efecto dos a cuatro veces superior en materia de defunciones que el producido en los cuatro años de enfrentamientos. Se calcula que la quinta parte de la población mundial estuvo infectada y que tuvo una letalidad entre el 2 y 3%, posteriormente se supo que estos eventos se debieron al virus de la Influenza A H1N1, inclusive se logró reproducir la infección por este virus en cerdos de modo experimental⁽¹⁾.

Posteriormente en los años 1957, 1968 y en 1997 se presentaron pandemias con el ingreso de la Influenza H5N1 (Influenza aviar)^(2,3). En el Perú está documentado que en 1957 esta enfermedad ingresó por Tacna y Puno habiéndose detectado 135 292 casos con 1 081 defunciones⁽⁴⁾, siendo la población económicamente activa la más afectada.

Cuando los países se preparaban para una pandemia por el virus de la Influenza aviar, en marzo del 2009 México presentó casos de infecciones respiratorias agudas de manera inusual. El 18 de abril, los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) reportó dos casos de gripe porcina, resultando ser finalmente la nueva influenza A H1N1, una cepa que contiene material genético de la influenza porcina, aviar y humana. El 25 de abril, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la "emergencia en salud pública con repercusión internacional", y el 29 de mayo, informa que de la fase 4 se pasa a la fase 5 de la pandemia de Influenza⁽⁵⁾.

Al momento de redacción de este editorial, la OMS ha reportado 21 940 casos confirmados de la nueva Influenza A H1N1, con 125 fallecidos en el mundo, habiendo sido afectados 69 países. México con 5 563 casos confirmados y 103 muertes, EEUU con 11 054 y 17, Canadá con 1 795 y 3, en América del Sur; Chile 369 y 1, por otro lado se han notificado 147 casos en Argentina y 46 en el Perú sin ningún fallecido⁽⁶⁾.

De los casos fallecidos en México, 71,7% están entre los 20 y 54 años de edad, 42,7% son de sexo masculino, y tienen comorbilidad, como problemas de obesidad o diabetes mellitus en el 37,7% de las muertes, problemas cardiovasculares en 18,9%, tabaquismo en el 11,3% y enfermedades respiratorias en 8,5%, situación que indica la existencia de factores predisponentes para la gravedad de la enfermedad, y por tanto muerte⁽⁷⁾.

Si bien, en razón al riesgo de la Influenza aviar, la mayoría de países del mundo, incluyendo el Perú, empezaron a prepararse desde el año 2005 para enfrentar una pandemia, y ello ha servido para acelerar procesos y tener algunas capacidades, como toda experiencia inicial se requiere aún de ajustes. Pese a los planes aprobados, han existido controversias sobre las medidas de prevención y control desde el inicio de la pandemia en varios países del mundo; en aspectos como la vigilancia de las fronteras, la restricción de los viajes, el uso inadecuado de mascarillas, entre otros. Algunas medidas han sido criticadas por considerarlas extremas o exageradas. A estas alturas de la evolución de la pandemia, probablemente nos resulta más fácil catalogar si alguna medida fue exagerada o no; sin embargo, el recuerdo del desastre causado por la epidemia de 1918, por una variante de la influenza A H1N1, ha merecido una importante consideración, claro está que en la actualidad se disponen de métodos diagnósticos más precisos y rápidos, mayores servicios sanitarios, mejores sistemas de vigilancia, no obstante, es impredecible conocer las mutaciones del virus, su virulencia, las manifestaciones de gravedad y el curso de la pandemia,

¹ Médico infectólogo, Subjefe del Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.
Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
Correo electrónico: ccabezas@ins.gob.pe

pues no basta con el reconocimiento del genoma viral, sino también la respuesta del huésped y su entorno^(8,9). En el caso de los países del hemisferio sur, estamos ingresando al invierno con la consecuente circulación del virus de Influenza estacional y otros virus respiratorios, en ese sentido, no sabemos con precisión si pueden haber recombinaciones de virus y manifestaciones clínicas de mayor severidad a las esperadas.

Así como las epidemias del dengue en 1990 y del cólera en 1991, en el Perú, pasamos por un proceso de internalización de la situación a respuestas según el grado de conocimiento y evolución de la epidemia, mas aún en este caso de la Influenza que siempre genera incertidumbre sobre todo teniendo en cuenta los antecedentes históricos.

Al inicio del problema en el Perú, se implementó el control migratorio, pero pese a ello el ingreso de un número importante de casos se dio con la llegada de un grupo de jóvenes procedentes de República Dominicana, en periodo de incubación que cayeron como "kamikaze" de Influenza haciendo un *by pass* al control en el aeropuerto, por ser asintomáticos, y a partir de ellos empezaron contactos de primera, segunda y tercera generación.

La definición de caso sospechoso, incluye a personas con fiebre, síntomas respiratorios y antecedente de proceder de un área conocida con transmisión de la nueva Influenza A H1N1, a los que se debe tomar una muestra y solicitar el diagnóstico, para confirmar o descartar el caso; al confirmar el caso se trata con oseltamivir, sobre todo con fines de bajar la carga viral y reducir la transmisión, asimismo, se procede al aislamiento del paciente. Hay que reconocer el gran esfuerzo del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) por haber dispuesto un sistema de vigilancia, incluyendo el sistema de llamadas por teléfono como *medida de tamizaje* (Infosalud), la visita domiciliaria, el diagnóstico por reacción de la cadena polimerasa en tiempo real (RT-PCR) implementado por el Instituto Nacional de Salud (INS), el tratamiento y seguimiento de los casos y sus contactos.

Esta etapa de contención constituye una primera barrera; sin embargo, en una segunda etapa en que la dispersión de la infección es mayor y existe la aparición de casos sin un nexo epidemiológico claro, como los reportados en Huánuco, plantea la necesidad de ajustar las estrategias permitiendo la vigilancia comunitaria a través de centros centinela, como se viene haciendo para la Influenza en general y otros virus respiratorios, focalizando el diagnóstico de laboratorio para familias, conglomerados y áreas nuevas de aparición en el país, asimismo,

para pacientes con neumonía atípica, hospitalizados y grupos de riesgo como son las personas en los extremos de la vida, además, de aquellos que padecen de enfermedades crónicas e inmunodeficiencias.

Para terminar, creemos oportuno ser eclécticos y cautelosos en las determinaciones que se tomen con respecto a esta pandemia; por un lado no siendo triunfalistas asumiendo que no ocurre nada, y por otro magnificando y mediatizando la situación dejando de lado las enfermedades de siempre; por tanto, es preciso una atención equitativa de los problemas de salud que siguen cobrando vidas y afectando a los peruanos como son las neumonías en el sur, mas aún de los más vulnerables, no dejando a la vez de ser vigilantes frente a la amenaza que siempre constituye una pandemia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weingartl HM, Albrecht RA, Lager KM, Babiuk S, Marszal P, Neufeld J, et al. Experimental infection of pigs with the human 1918 pandemic influenza virus. *J Virol*. 2009; 83(9): 4287-96.
2. World Health Organization. H5N1 avian influenza: Timeline of major events. Geneva: WHO; 2009. [Acceso: 16 junio 2009] Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/Timeline_09_03_23.pdf
3. World Health Organization. [Database on the internet] Global health observatory map gallery: Avian Influenza. Geneva: WHO; 2009. [Acceso: 16 junio 2009] Disponible en: <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/>
4. Flores W, Cornejo-Ubillus JR, Arce M. Serological survey of influenza viruses. Studies on the population of metropolitan Lima 1959-1960 *An Fac Med (Lima)*. 1966; 49(1): 109-27
5. Córdova A, Hernández M, López-Gatell H, Bojorquez I, Palacios E, Rodríguez G, et al. Update: Novel Influenza A (H1N1) virus infection – Mexico, March-May, 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009; 58(21):585-89.
6. World Health Organization. Global alert and response (GAR). Influenza A(H1N1) – update 44. Geneva: WHO; 2009. [Acceso: 14 junio 2009] Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2009_06_05/en/index.html.
7. Secretaría de Salud de México. Comunicado de prensa no. 174: Situación actual de la epidemia de influenza A (H1N1). México DF: Secretaría de Salud; 2009. [Acceso: 16 junio 2009] Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2009-06-04_4002.html
8. Zambon M. The inexact science of influenza prediction. *Lancet*. 2004; 363(9469): 582-83.
9. Fraser C, Donnelly CA, Cauchemez S, Hanage W, Van Kerkhove MD, Hollingsworth TD, et al. Pandemic potential of a strain of Influenza A (H1N1): early findings. *Science*. 2009; 324(5934): 1557-61.