Esta sección esta abierta para todos los lectores de la Revista, a la que pueden enviar sus preguntas, comentarios o críticas a los artículos que hayan sido publicados en los últimos números, teniendo en cuenta la posibilidad de que los autores aludidos puedan responder. Podrá aceptarse la comunicación de investigaciones preliminares, o de intervenciones en brotes que no hayan sido publicados ni sometidos a publicación en otra revista; así como, algunos comentarios sobre problemas de salud pública, ética y educación médica. La extensión máxima aceptable es de 1000 palabras, con un máximo de seis referencias bibliográficas (incluyendo la referencia del artículo que la motivó, cuando sea el caso) y una tabla o figura. Esta puede ser enviada a revmedex@ins.gob.pe.

EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR INFLUENZA A(H1N1) EN EL PERÚ

[MANAGEMENT OF INFLUENZA A (H1N1) INFECTION IN PERU]

Miguel G. Madariaga¹

Sr. Editor: Soria y colaboradores han publicado un artículo en la RPMESP ⁽¹⁾ resumiendo la guía de manejo de casos de la nueva influenza A (H1N1) elaborada por la Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Los autores merecen ser congratulados por su esfuerzo de diseminar información acerca de una infección de enorme importancia en salud pública y que genera múltiples interrogantes entre el personal de salud. Los siguientes párrafos no tienen intención de crítica sino de contribuir a la discusión de una infección cuyas características recién se empiezan a conocer.

Varios grupos de riesgo son reconocidos en la guía, sin embargo, dos grupos no incluidos podrían también estar asociados con riesgo incrementado de enfermedad grave en el Perú: indígenas e individuos desnutridos.

En diversas partes del mundo las poblaciones indígenas –definidas como los grupos étnicos que primero poblaron la región examinada– sufren no sólo de excesivas tasas de ataque de influenza A (H1N1), sino que presentan casos más graves y más frecuentemente asociados con mortalidad ⁽²⁾.

En Canadá y Estados Unidos los indígenas sólo representan el 5% de la población general, pero incluyen el 17% de los casos hospitalizados. El grupo étnico Inuit de Canadá tiene una tasa de mortalidad de 4,0 por 100 000

habitantes, comparativamente con 0,5 por 100 000 habitantes de la población general según la [Public Health Agency of Canada](#). También las tasas de hospitalización por H1N1, comparando grupos indígenas y no indígenas en Nueva Zelanda y Australia son 3,0 y 7,7 por 100 000 habitantes respectivamente. Es probable que los indígenas estén más afectados por que tienen mayor incidencia de condiciones comorbidas o porque comparten características socioeconómicas semejantes (pobreza, hacinamiento, limitado acceso al sistema de salud).

En el Perú no existen reportes detallados del impacto del H1N1 en comunidades indígenas, aunque se sabe, por ejemplo, que la tribu Machiguenga en Timpia ha sido notablemente afectada. Sin embargo, no es difícil extrapolar que las mismas condiciones que predisponen a enfermedad más seria por H1N1 a indígenas de otras latitudes, estén presentes también en nuestro país.

El caso de la malnutrición como factor de riesgo es más difícil de defender. Aunque se sabe que la malnutrición incrementa la susceptibilidad y la gravedad de las infecciones causadas por una variedad de microorganismos, el efecto de la malnutrición sobre el curso y pronóstico de la influenza sólo se conoce por estudios en animales. Un antiguo estudio en monos demostró que la profunda deficiencia de vitamina B se asociaba con casos más graves de influenza ⁽³⁾. Otro estudio, más moderno, en el que se infectó a ratones deficientes de selenio, con influenza A/Bangkok/1/79 (H3N2) y se los comparó con ratones sin deficiencia de selenio, encontró que los primeros desarrollaron una neumonitis intersticial grave y patrones más graves de respuesta inflamatoria ⁽⁴⁾. Se desconoce si en humanos la malnutrición está asociada con casos más graves de influenza, y en el caso específico de H1N1, el estado nutricional de pacientes afectados no ha sido reportado en ningún estudio publicado –excepto para referirse a casos de obesidad –. En suma si se trata de medicina basada en evidencias, los malnutridos no deberían ser considerados un grupo en riesgo, pero la cautela debería pesar más que la evidencia, ante la falta de información en humanos.

¹ Médico Internista, Profesor adjunto, Section of Infectious Diseases, Medical Center, University of Nebraska. Omaha, Nebraska, USA.

Recibido: 23-12-09 Aprobado: 09-12-09

Los autores sugieren utilizar el índice CURB-65 como regla para hospitalizar pacientes. En efecto, este índice es muy simple y mucho más fácil de utilizar que el índice de gravedad de neumonía (o PSI por sus siglas en inglés) propuesto por Fine en 1997; sin embargo, el CURB-65 requiere del uso de un examen de laboratorio: la urea. Esta prueba puede no estar al inmediato alcance de médicos u otro personal de salud trabajando fuera del ambiente hospitalario. Sería mucho más práctico utilizar el índice CRB-65 (confusión, respiración rápida, baja presión arterial < 90/60 mmHg y edad mayor de 65 años) omitiendo la necesidad de esperar por un resultado de urea. CRB-65 ha sido capaz de clasificar a pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en diferentes grupos de acuerdo con su riesgo de mortalidad y su valor predictivo es equivalente al de CURB-65⁽⁵⁾.

La guía no especifica qué pacientes deben recibir terapia antiviral, dejando la posibilidad abierta de que el inadvertido lector considere que cualquier persona diagnosticada con infección por H1N1 debe ser tratada. En general, las personas con una enfermedad febril no complicada no requieren tratamiento a menos que pertenezcan a un grupo con elevado riesgo de complicaciones⁽⁶⁾.

Finalmente, al momento de prepararse la guía, no estaban disponibles las vacunas contra el novel virus H1N1. Desde entonces, numerosas compañías han producido vacunas y la Organización Mundial de la Salud proveerá de la vacuna al Perú probablemente a principios del 2010. Aunque el pico de la epidemia parece ya haber pasado en el Perú, no está claro si una nueva ola pueda presentarse de forma atípica en el verano o primavera.

El personal de salud tiene que ser educado acerca de la existencia de vacunas monovalentes inyectables con virus inactivado y vacunas nasales con virus vivo atenuado. La manufacturación y control de calidad de estas vacunas es idéntico que el de la vacuna trivalente anual (y de hecho la novel cepa H1N1 será incluida en la vacuna trivalente para el invierno del 2010). Así mismo ya existen datos acerca de la inmunogenicidad y seguridad de las vacunas^(7, 8). Las vacunas con virus inactivados pueden ser combinadas con adyuvantes o potenciadores, los cuales pueden tener varias ventajas: más potente y prolongada respuesta inmunológica,

potencial cobertura contra cepas variantes del virus y necesidad de menor cantidad de antígeno por dosis⁽⁸⁾. La educación del personal de salud es crucial para garantizar el éxito de una campaña de inmunización que de otra forma puede estar condenada al fracaso por la desinformación y el alarmismo sin base científica.

Conflicto de interés

Empleado de GSK Biologicals.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soria J, Solari L, Cabezas C, Ticona E. Guía para el manejo de pacientes con la nueva influenza A (H1N1). Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(3): 349-57.
2. La Ruche G, Tarantola A, Barboza P, Vaillant L, Gueguen J, Gastellu-Etchegorry M, et al. The 2009 pandemic H1N1 influenza and indigenous populations of the Americas and the Pacific. Euro Surveill. 2009; 14(42): 19366.
3. Saslaw S, Schwab GL, Woolpert OC, Wilson HE. Reaction of monkeys to experimental respiratory infections. VI. Spontaneous and experimental infections in nutritional deficiency states. Proc Soc Exp Biol Med. 1943; 51: 391-94.
4. Beck MA, Nelson HK, Shi Q, Van Dael P, Schiffrin EJ, Blum S, et al. Selenium deficiency increases the pathology of an influenza virus infection. FASEB J. 2001; 15(8): 1481-83.
5. Bauer TT, Ewig S, Marre R, Suttorp N, Welte T; CAPNETZ Study Group. CRB-65 predicts death from community-acquired pneumonia. J Intern Med. 2006; 260(1): 93-101.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Updated interim recommendations for the use of antiviral medications in the treatment and prevention of influenza for the 2009-2010 season. [página de Internet]. Atlanta: CDC; 2009. [Fecha de acceso: 21 de Noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/H1N1flu/recommendations.htm>
7. Zhu FC, Wang H, Fang HH, Yang JG, Lin XJ, Liang XF, et al. A novel Influenza A (H1N1) vaccine in various age groups. N Engl J Med. 2009; 361(26): 2414-23.
8. Clark TW, Pareek M, Hoschler K, Dillon H, Nicholson KG, Groth N, et al. Trial of Influenza A (H1N1) 2009 monovalent MF59-adjuvanted vaccine --preliminary report. N Eng J Med. 2009 Sep 10. [Epub ahead of print]

Correspondencia: Miguel G. Madariaga, MD, MSc
Dirección: 2301 Renaissance Blvd, RN 0220, King of Prussia, PA 19406.

Correo electrónico: Madariaga.miguel@gmail.com

La carta fue enviada a los autores, quienes respondieron lo siguiente