

La pandemia de influenza A H1N1: ¿la pandemia esperada?

Asiscló J Villagómez Ortiz

Los brotes epidémicos que llegan a transformarse en pandemias han venido sucediendo desde tiempos ancestrales y han sido generadoras de pánico, morbilidad y letalidad importantes; basta recordar las de viruela, difteria, poliomielitis, cólera, tifoidea, y peste por señalar algunas; la peste, por ejemplo, entre 1348 y 1351 generó una mortandad que incluyó al 30% de la población de Europa, en Mesoamérica la viruela acabó con 70 a 80% de la población que la adquirió con la presencia de los habitantes del continente europeo, mientras que en el siglo XX las tres más recientes pandemias de influenza sucedieron en 1918-1919 la de la mal denominada «gripe española» que fue producida por un virus de influenza A subtipo H1N1 y que es considerada la más letal del siglo XX y que, aunque se desconoce con certeza el número de muertes, éstas se estima que pueden oscilar entre 10 y 50 millones, es decir, que mató más gente en dos que cualquier otra enfermedad en la historia de la humanidad y la mitad de ellos fueron personas entre 20 y 30 años de edad. En 1957-1958 la denominada «gripe asiática» por un virus de influenza A subtipo H2N2 que produjo 2 millones de muertes y en 1968-1969 la «gripe de Hong Kong» por un virus de influenza A subtipo H2N3 que mató aproximadamente 34,000 personas.

En la actualidad, la influenza denominada estacional genera en USA al menos 50,000 muertes cada año, por lo que en este país como prácticamente en todo el mundo, es un problema de salud que obliga a la vacunación para prevenir la enfermedad en los grupos más vulnerables, como son menores de 5 años, mayores de 65 años y padecimientos como neumopatía crónica, diabetes, VIH.

Los virus de la influenza que afectan al hombre se clasifican en tipo A, B y C, y se subclasifican a la vez en subtipos, de acuerdo con las glucoproteínas

de superficie del virus; para la hemaglutinina se utiliza la letra H y existen 16 subtipos H denominados del H1 al H16 y para la neuroaminidasa se utiliza la letra N y existen 9 subtipos denominados del N1 al N9, por tanto, existen 144 combinaciones posibles.

Para ubicarnos en el contexto de por qué una enfermedad que genera al menos 10,000 muertes al año en USA ha generado una alarma mundial y el gasto de cientos de millones de dólares y euros en todo el mundo en fármacos, vacunas, campañas publicitarias, atención médica, cese de actividades escolares, turísticas, de negocios, etc.

Debemos señalar que en el mismo siglo XX han sucedido algunos brotes epidémicos por virus de influenza A con subtipos que no afectaban al humano, como el denominado de la gripe aviar que es generado por influenza A subtipo H5N1 y con el primer brote detectado en 1997 y que se ha asociado a mortalidad de 50 al 60%, además del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) que apareció por primera vez en 2002 en la provincia de Guangdong en China, con diseminación a Vietnam, Hong Kong y Canadá, con mortalidad que osciló entre 13 y 18% y con riesgo elevado de transmisión al personal de salud, o contactos del personal de salud, según la experiencia canadiense de hasta el 37% de los enfermos y ante la evidencia de que en más de 50 años no ha habido un brote pandémico de influenza, la comunidad médica internacional se había estado preparando ante la posible pandemia de gripe aviar o SARS que habían generado mucho temor por la alta tasa de transmisión y letalidad; cuando inicia en México el brote epidémico generado por un virus de influenza hasta antes no reconocido, y con los datos iniciales que al parecer tenía una letalidad cercana al 10%, se implementaron medidas sanitarias estrictas para contener la diseminación y que

como todos sabemos produjo un impacto grave en nuestra economía, pero afortunadamente las medidas tuvieron éxito, bueno si así le podemos llamar, ya que la mortalidad fue menor de lo que parecía inicialmente y en este momento hasta diciembre ha habido 66,415 casos confirmados en nuestro país y 732 muertes, lo que nos da una tasa de mortalidad de 1.01%. En el mundo al momento existen 12,220 muertes, aunque desconocemos la tasa, porque ya no se ha actualizado el número de casos confirmados.

Si bien es cierto que la tasa de mortalidad es de 1% y en el mundo, en casi un año se han muerto 12,220, ¿por qué existe tanta alarma? Y el gasto para la atención y prevención de esta contingencia ha costado miles de millones de dólares. Pues la razón no la conoceremos con certeza, pero una posibilidad es que si se tratara de la pandemia esperada, sólo que con respecto a la de 1918 u otras, se ha modificado la evolución de la pandemia por la relativamente temprana difusión de la existencia de la enfermedad a nivel mundial, las múltiples campañas preventivas para contener la diseminación de la enfermedad alrededor del mundo, el uso temprano en muchos países de un fármaco antiviral que disminuye la gravedad de la enfermedad y por tanto morbilidad y mortalidad, así como uso de alternativas terapéuticas en enfermos muy graves con insuficiencia respiratoria, que no existían en las pandemias previas como el uso de ventilación de alta frecuencia, el uso de la membrana de oxigenación extracorpórea, la ventilación pronó o el uso de óxido nítrico para ganar tiempo en enfermos con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (ARDS), o el apoyo con terapia de sustitución renal entre los que la ameritaron entre otras alternativas.

Hemos podido constatar que la mayor parte de las muertes de estos casos se dieron en las Unidades de Terapia Intensiva y que el peor pronóstico estaba relacionado con el retraso en el tratamiento en general; incluyendo el antiviral; la mortalidad reportada en los pacientes graves que requirieron de cuidados intensivos osciló de 25 a más de 60%.

Al momento, la enfermedad se ha presentado en 208 países y oficialmente han existido 12,220 muertes en el mundo, pero a pesar de que el número de muertes es bajo, tomando en cuenta que la influenza estacional produce sólo en USA por lo menos 10,000 muertes al año. Debemos tener presente que sólo son los casos confirmados y las muertes referidas pueden estar subestimadas debido a que la positividad de la prueba de PCR nasal para el virus tiene relación inversa con el retraso de la realización del estudio después de 5 días y de hecho en todo el mundo ha habido casos de muerte en los que el comportamiento ha sido sugestivo de neumonía grave, con disfunción orgánica múltiple por influenza A H1N1; sin embargo, ante la negatividad de la prueba sólo fue sospechoso al cumplir únicamente con los criterios clínicos, de acuerdo a la definición de la OMS, y por otra parte, en algunos países, cuando observaron las consecuencias negativas que tuvo en la economía de México el haber dicho que tenía un brote epidémico por el virus mencionado, algunos ocultaron parcialmente los datos para no sufrir las mismas consecuencias.

Por el momento, aunque no se tratara de la pandemia esperada debemos obtener provecho de la experiencia, y de esa manera estar mejor preparados para el futuro, ante un brote que se asocie a mayor tasa de infección y/o letalidad, sabiendo además que dentro de las medidas más importantes son las preventivas que tienen que ver con la transmisión a través de objetos y manos, además que muchos hospitales mejoraron su equipamiento, sobre todo en lo que se refiere a equipo para detección de virus mediante PCR, así como ventiladores mecánicos.

Entonces no debemos permanecer en espera de un evento futuro, debemos seguirnos preparando para poder hacer frente de la mejor manera a un episodio de mayor gravedad que el actual, y creo que en este sentido, el intensivista que es el especialista del equipo multidisciplinario que atiende este problema, debe tomar un papel vanguardista.