

Epidemia por virus de la influenza A(H1N1). Un ensayo ecológico de la epidemia anunciada

(Epidemy of influenza A(H1N1) virus. An ecological assay for the announced epidemic)

Leopoldo Vega Franco

Después de poco más de un lustro de reiterados presagios hechos por la OMS a todos los países de que deberían estar preparados para enfrentar una pandemia de influenza (gripa o gripe) por el virus de la influenza aviar A(H1N5), que hace poco más de un lustro causó la muerte de alrededor de 200 personas, (la mayoría dedicadas al comercio o crianza de aves en países asiáticos),¹ queda por ahora en suspenso: en espera del reordenamiento genómico del ARN para que este virus pueda romper la barrera que le impide “saltar” de una persona enferma a otra sana.

Mientras tanto, es conveniente analizar nuestra respuesta y la de las autoridades de salud, para conocer nuestras debilidades frente a este ensayo ecológico, con un virus menos letal para el que existen medicamentos con qué tratar a los enfermos.

La preocupación por el virus de la gripa aviar se debe a su patogenicidad y virulencia mostrada en los esporádicos casos reportados en seres humanos, de los cuales la OMS informa que 52 murieron en 2005 por este virus, entre los confirmados por 89 laboratorios de tres países asiáticos,² de tal manera que estas experiencias indican que de tres a cuatro de cinco personas enfermas por el virus de la influenza A(H1N5), pierden la vida. Previendo la eventualidad de una epidemia por este virus en modelos simulados por computadora, en 2005 Osterholm estimó que de lograr el reordenamiento genómico y considerando la letalidad de la pandemia de 1918, (que causó la muerte de 50 a 100 millones de personas), calculó que el contagio entre seres humanos podría conducir a la muerte de 180 a 360 millones de personas.³ Quizá la estimación de este autor parezca increíble, pero lo seguro es que esta cifra es ya extemporánea: pues a cinco años de distancia de este cálculo, el mundo está ahora menos desprotegido. En este lapso la OMS ha insistido de manera reiterada que los países deben estar preparados ante la amenaza que tarde o temprano se cumplirá y ha recomendado a todos los países que deben prepararse para la pandemia del virus A(H1N5).

Sin embargo, la vida es lo que ocurre mientras estamos haciendo planes o como dice el refrán “no hay mal que

por bien no venga”, así que al surgir esta epidemia los planes hechos en México, mientras transcurría la vida e iniciada la epidemia por el A(H1N1), permitió aplicar las previsiones para enfrentarla; en general pienso que no hay diferencia en la respuesta epidemiológica inmediata ante un brote de un virus de la influenza que causa la muerte a varias personas, por lo que permitió ensayar qué tan preparadas estaban las autoridades de salud para responder ante una epidemia que en pocos días se convirtió en una pandemia. En este ensayo que hoy parece estar a punto de concluir, autoridades de diverso orden y los dirigentes de la industria, el comercio, las instituciones educativas y recreacionales (deportivas y de otra naturaleza) y la población en general, que día a día han estado atentas a las recomendaciones que difunde la Secretaría de Salud en los medios de comunicación masiva, para evitar la diseminación de la influenza y que la gente recurra a un médico en caso de tener manifestaciones de las vías respiratorias.

Si bien este nuevo virus no es tan letal como el A(H1N5), y si hubiese sido el esperado, el mundo cuenta ahora con reservas millonarias de medicamentos antivirales y la OMS hace donaciones millonarias de su banco de reserva, dispuesto ante tal contingencia para países que carecen de medios para enfrentar una epidemia como ésta. Por otra parte, la red de enlaces entre los países les permite no sólo recibir ayuda en lo material y aspectos técnicos, como en este caso en el que la identificación precoz del virus se hizo en Canadá y el Centro para Control de Enfermedades de los EUA (CDC) han prestado también ayuda técnica, y expertos de la OMS colaboran y mantienen informados de lo que acontece a sus oficinas en Suiza. Por cierto, cabe mencionar aquí que la CDC había reportado ya el virus A(H1N1) en un niño de 10 años de San Diego, Cal. que enfermó a mediados de marzo.⁴

Todo esto nos es ahora familiar y hemos conocido el significado de términos técnicos usados en las guías y documentos preparados para este tipo de contingencia, de acuerdo al Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una pandemia de influenza, impulsado por la OMS y adaptado a nuestras particularidades nacionales, que por

vez primera tocó en suerte a las autoridades de salud de este país aplicar a todos los niveles: informando a la población y a la vez educándola a cómo preservar su salud, explicando el qué y porqué de sus decisiones. De manera simultánea la población ha tomado actitudes receptivas para actuar como espectadores y actores, según el papel que a cada quien le haya tocado jugar en la sociedad, siguiendo las instrucciones de cada día para evitar la enfermedad, aun cuando no comprenda bien la razón de éstas, dando muestra de confianza al personal de salud.

A un lado de las medidas acertadas de parte de las autoridades de salud ha tenido que afrontar problemas imprevistos, no sólo por la inusual presencia de un brote de influenza en el mes de abril, sino por el número inesperado de pacientes que requirieron atención médica hospitalaria y el estudio y control de las personas susceptibles cercanas al enfermo, por lazos familiares o por cuestiones de trabajo.

Quien tuvo la responsabilidad de estar en la “zona cero”, como llama al Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (InDRE) el reportero Jon Cohen⁵ de la revista Science, al entrevistar el primero de mayo a quien tiene la responsabilidad del laboratorio para comprobación de los casos en el InDRE, relata que el 7 de abril *nosotros oímos que en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias estaban teniendo un inusual número de casos severos de neumonía en adultos jóvenes, previamente saludables* por lo que se dio a la tarea de obtener datos acerca de estos casos.

Es pertinente señalar que la página del InDRE menciona tener estandarizada la prueba RT-PCR (prueba de la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real) para el diagnóstico específico de infección por el virus de la Influenza A(H1N5) en humanos, y hace notar que se trata de “un protocolo sencillo y operativo para hacer frente a las sospechas de influenza aviar que pudiera surgir en pacientes de las zonas afectadas” y que el instituto cuenta con una red de 23 laboratorios ubicados a lo largo del país (para cerca de 95 millones de personas), todos dotados de medios para llevar a cabo la prueba de filtro por inmunofluorescencia usando anticuerpos contra los virus A y B. Por otra parte, en alguno de los primeros informes de las autoridades de salud se dijo que los reportes hospitalarios de los enfermos con padecimientos infecciosos (hechos a la Secretaría de Salud) llamó la atención que había un número inusual de casos con diagnóstico de “neumonía atípica”, que luego fueron tomados como probables casos de influenza, de tal manera que sumados estos casos a los que luego se calificaron como sospechosos, una vez declarada la epidemia, el primero de mayo [de acuerdo a la respuesta obtenida de la persona entrevistada por Jon Cohen], estimaba que tenía 1,000 pruebas urgentes de hacer para comprobar el diagnóstico y 2,000 más obtenidas en personas bajo sospecha. Aclara la responsable del laboratorio que no todos los casos atendidos en los hospitales contaban con alguna muestra y no todas las muestras pendientes eran de casos sospechosos, y aclara que en esa semana enviaron las muestras colectadas a Cana-

dá y enviaría más a los laboratorios del Centro de Control de Enfermedades de los EUA.

Es pertinente mencionar aquí que poco antes de la respuesta, la persona entrevistada, a la pregunta de Jon Cohen, acerca de ¿qué limitaciones impiden a su laboratorio identificar el virus A(H1N1)? ¿Qué los laboratorios de Canadá y del CDC tienen algo que Usted no tiene? responde — El único laboratorio en México donde se hace la subtipificación (del virus) es en este laboratorio. Nosotros somos capaces de secuenciar y tipificar, pero tenemos una sobrecarga de muestras de influenza y otras cosas que nos llegan de todo el país, que hace que (los resultados) sean un poco más lentos, que en EUA o Canadá.

En parte esto parece explicar la desafortunada información dada por las autoridades de salud los primeros días en que la epidemia iba en ascenso vertiginoso, a tal grado que el número de casos sospechosos parece que fueron confundidos con los verdaderos y con los muertos por neumonía atípica inexplicablemente graves. La confusión fue tal que de los 1,000 a 1,500 casos y un centenar de muertos, que en algún momento se habló, las cifras descendieron para empezar una nueva cuenta, ya que el 5 de mayo se informaba de 866 casos confirmados y el 6 de mayo eran 1,070 confirmados con 42 defunciones y una letalidad de 3.9%, lo que indica que el riesgo de morir por este virus es bajo.

El ensayo de la epidemia que vendrá nos ha dejado muchas experiencias, para corregir o prever desde ahora las fallas operativas y las deficiencias técnicas. También ante el abrumador trabajo rutinario de los laboratorios para la vigilancia epidemiológica, parece necesario prever la sobrecarga de trabajo de un laboratorio central, donde además de lo rutinario para resolver lo que no pueden hacer sus laboratorios satélites debería hacer investigación fuera de lo rutinario, que esté dedicado a secuenciar los virus prevalentes en la variación estacional de las enfermedades, o establecer una relación cercana con investigadores de centros de investigación como el Instituto de Biotecnología de la UNAM (que tienen secuenciadores de última generación) o con el CINVESTAV del Politécnico, igualmente equipado con tecnología de punta, ambos con investigadores de reconocido prestigio.

Referencias

1. Vega FL. Presagios de la pandemia de influenza ¿Se aproxima el desenlace? *Rev Mex Pediatr* 2005; 72: 219-20.
2. The World Health Organization Global Influenza Program Surveillance Network. Evolutions of A (H1N5) avian influenza viruses in Asia. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 2005 Oct [May 2009]. Available from <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol11no10/05-0644.htm>
3. Osterholm MT. Preparing for the next pandemic. *New Engl J Med* 2005; 352: 1839-42.
4. CDC. Swine Influenza A(H1N1) Infection in Two Children of Southern California. *MMWR* 2009; 58(15): 400-2.
5. Cohen J. Exclusive: Interview with head of Mexico's top Swine Flu Lab. *Science Now Daily News*, 1 May 2009. <http://sciencenow.sciencemag.org/cgi/content/full/2009/501/1>