

Influenza A H1N1

Las epidemias siempre han generado pánico en la población, basta recordar la letalidad que han generado durante siglos el cólera, la peste, la viruela y la tifoidea. Se estima que entre 1348 y 1351 la peste eliminó hasta 30% de la población de Europa; se calcula que la población mesoamericana fue arrasada en alrededor de 70 a 80% posterior al arribo de los habitantes del viejo continente, ya que transmitieron enfermedades como la viruela y el sarampión, para las cuales no tenían inmunidad.

Algunas de las epidemias o pandemias más importantes del siglo XX son las relacionadas con la influenza; de hecho, la influenza estacional es causa de hasta 500,000 muertes por año en el mundo, por lo que se considera un problema de salud que amerita prevención mediante la inmunización en todos los países. La población de mayor riesgo está constituida por menores de 5 años de edad y mayores de 65, sin olvidar al personal de la salud. Las pandemias de influenza del siglo XX dejaron una huella que ha generado estigmatización, como es el caso de la mal denominada “gripe española” causada por un virus A subtipo H1N1, la cual tuvo una tasa de mortalidad de 2.5% en 1918, que provocó entre 40 y 50 millones de muertes en todo el mundo, no ocasionadas ni en la primera Guerra Mundial (10 millones de muertos entre 1914 y 1918).

La epidemia de 1957 denominada “gripe asiática”, generada por un virus A subtipo H2N2, causó dos millones de muertes y, en 1968, la “gripe de Hong Kong”, producida por un virus A subtipo H3N2, causó la muerte de aproximadamente 34,000 personas.

Posteriormente, se documentó la existencia del virus denominado de la gripe aviar, un virus de influenza A subtipo H5N1, relacionado con una mortalidad promedio de 60% y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS); que además de elevada mortalidad, poseía una alta tasa de transmisión entre el personal de salud y sus contactos.

El hallazgo de un virus que contenía una mezcla de genes de la influenza porcina, humana y aviar se documentó en Estados Unidos desde 1998; la detección de 12 casos en humanos se hizo en el transcurso de 2005 a 2008. Aunque en abril de 2009, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) reportaron la aparición de dos casos en humanos de un virus de influenza A subtipo H1N1, con una combinación de genes de la influenza porcina, humana y aviar, hasta entonces no reconocida; el primer caso fue el de un niño que se atendió en marzo, en San Diego, California.

Los virus de la influenza que afectan a los humanos se clasifican en A, B y C; y se subclasifican en subtipos de acuerdo con las glucoproteínas de superficie del virus: para la hemaglutinina la letra H y para la neuroaminidasa la letra N.

En México, en el mes de abril comenzaron a ocurrir varios casos con problemas de las vías respiratorias superiores, con incidencia mayor a la esperada, inicialmente interpretada como un brote de influenza posestival. La preocupación fue en aumento cuando un mayor número de enfermos tuvo un curso de la enfermedad diferente y más agresivo, que evolucionó a neumonía, insuficiencia respiratoria y disfunción orgánica múltiple; este grupo de enfermos con neumonía grave, además, tenía poca respuesta al tratamiento.

Después, se identificó en Canadá un sujeto que, posiblemente, adquirió en México un proceso infeccioso respiratorio grave y en el cual se identificó un virus de influenza A H1N1 no conocido previamente (con combinación de genes de la influenza humana, aviar y porcina). En nuestro país se dio la alerta de un brote de influenza A H1N1 y se tomaron medidas preventivas para disminuir la propagación de la enfermedad que, al parecer, fueron eficientes pero produjeron repercusión importante en la economía. La epidemia causó pánico debido a las predicciones de los organismos internacionales de salud acerca de que existiría pronto un brote de influenza; dado el dinamismo de las comunicaciones y los movimientos migratorios en el mundo —aunado al conglomerado de habitantes existente en las grandes

La versión completa de este artículo también está disponible en:

urbes como Tokio, México, Nueva York, Bombay, São Paulo, Nueva Delhi, etcétera—, podría esperarse una tasa elevada de transmisión y letalidad con consecuencias y alcances inimaginables.

Es verdad que se disminuyó la propagación de la enfermedad en México (en el mundo sigue avanzando) debido a varias circunstancias: información a la población sobre la enfermedad y medidas adecuadas como lavado apropiado, uso de desinfectante en las manos, cubrirse la boca al estornudar, etcétera. Además de que nos encontrábamos en primavera, de haber sido invierno pudo ser un poco más agresivo.

Pero nos quedan como pendientes saber si era el brote pandémico que se esperaba y se está conteniendo por las medidas preventivas o si tendremos, como ha sucedido en otras pandemias, mayor mortalidad en la segunda oleada.

Es factible que la OMS, en breve, avance de la fase 5 a la fase 6 de la pandemia, lo cual no cambia la circunstancia en México; independientemente de ello no debemos olvidar que es factible que la segunda oleada del brote suceda en invierno y, por tanto, no debemos dejar de practicar las medidas preventivas para evitar la diseminación de la enfermedad.

Dra. Silvia García

*Coordinadora de Investigación del Centro Médico
Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE*

Dr. Asisclo Villagómez O

*Jefe de Terapia Intensiva del Hospital Regional 1°
de Octubre, ISSSTE*