

Editorial

El affaire A H1N1: de un brote epidémico a pandemia

La influenza suele ser el ejemplo que se propone cuando se habla de pandemia, término derivado de las palabras griegas παν (pan = todo) y δήμος (demos = pueblo). En términos generales se considera que existe una pandemia cuando aparece una enfermedad infecciosa transmisible, con un número de casos de proporciones epidémicas en varios países, en al menos dos continentes. El doctor Edwin D. Kilbourne lo caracteriza como un fenómeno de magnitud mundial, en contraste con las epidemias estacionales restringidas regionalmente.

Las enfermedades agudas del aparato respiratorio tienen un espectro amplio de manifestación clínica, que van desde la rinitis hasta la neumonía; pueden originarse por diversos agentes infecciosos, de los que el virus de la influenza es solamente un ejemplo. La influenza la causa un ortomixovirus antigénicamente variable que cada año afecta a cientos de miles de personas,¹ pero por su carácter benigno y autolimitante en México no se busca establecer un diagnóstico etiológico; si se hicieran pruebas de diagnóstico, como el cultivo de virus o la detección de ácido nucleico viral, seguramente se encontrarían cada año cientos o miles de casos de neumonía grave y de muertes atribuidas a este virus.

Se conoce bien la base de la variabilidad genética de los virus de influenza tipo A: por un lado la transcriptasa viral tiene alta tasa de errores, por lo que las mutaciones se acumulan con mayor frecuencia; por otro lado, las partículas virales contienen ocho segmentos diferentes de ARN y esto posibilita la generación de variantes nuevas del virus cuando dos o más estirpes virales de especies animales diferentes infectan al mismo tiempo a un mismo vertebrado, ya sea ave, cerdo, equino o humano. La cepa A H1N1 que circula en el mundo desde abril de 2009 corresponde a una nueva variante del virus con elementos genéticos de origen humano, porcino y aviar. En estas circunstancias cabe pensar que se trata de una zoonosis, pero

no es así, porque esta nueva cepa viral se ha encontrado en pacientes que carecen de antecedentes de contacto con animales; la circulación del virus ocurre en la población humana, y la epidemia actual tiene transmisión sostenida del virus según el número de susceptibles, que en este caso es muy elevado porque antigénicamente el virus es diferente. Esta diferencia es evidente porque los sueros de personas vacunadas el año pasado contra la influenza estacional no neutralizan los virus actuales y resulta necesario producir una vacuna contra este nuevo virus.

Las pandemias de influenza A H2N2 de 1957 y A H3N2 del año 1968 son los antecedentes inmediatos de la situación actual; en ambos casos el virus le dio la vuelta al mundo en el término de un año y puede anticiparse que en los siguientes 12 meses la enfermedad tenga una dinámica parecida.

Desde 1999, la Organización Mundial de la Salud ha actualizado con regularidad sus recomendaciones para la detección oportuna de virus nuevos y la promoción de medidas para que en todos los países se fortalezca la capacidad de respuesta (*preparedness*) ante una pandemia.

La preocupación por la siguiente pandemia se incrementó con la aparición de un virus aviar A H5N1, aislado por primera vez en 1999, y detectado desde noviembre de 2003 en casos humanos de enfermedad respiratoria grave, principalmente neumonía. Este virus es propio de las aves y su capacidad para causar brotes epidémicos en la población humana es limitada, aunque la letalidad es alta. En abril de 2009 apareció el virus A H1N1 con un rápido incremento de casos y amplia diseminación geográfica; comparativamente el comportamiento de la enfermedad causada por estos virus, es disímil pues en un lapso de casi seis años, hasta el 30 de junio de 2009, sólo se han detectado 436 casos humanos de influenza aviar A H5N1 en 15 países, aunque el número de muertes es de 262, es decir la letalidad es de 60%. Comparativamente, desde la primera semana de abril hasta el 29 de junio de 2009, se han reportado 70,893 casos confirmados de infección de influenza A H1N1 en más de 100 países, con 311 muertes y letalidad de 0.4%.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx, www.meduconuanl.com.mx

En la revisión de abril de 2009, la OMS estableció seis categorías en los niveles de preparación para la pandemia, la más elevada corresponde a la fase 6. Es conveniente comparar las dos fases más altas: en la fase 5 existe propagación del virus de persona a persona y brotes epidémicos comunitarios al menos en dos países de una región de la OMS, esto ocurrió en el Continente Americano desde abril. En la fase 6, además de los criterios que definen la fase 5, hay brotes comunitarios en al menos un tercer país de una región distinta; este criterio se cumplió por lo menos desde el mes de mayo, pues aumenta diariamente el número de casos y de países afectados en Asia, Europa y Oceanía; sin embargo, los responsables del programa de influenza de la OMS y la dirigencia de la misma no declararon el cambio a fase 6 sino hasta el 11 de junio de 2009, a pesar de cuestionamientos múltiples al respecto. Las razones aducidas para este compás de espera tienen fundamento: las seis fases de alerta se estructuraron tomando en cuenta la aparición de un virus pandémico de origen reciente en alguna especie animal y considerando la experiencia de los últimos seis años con el virus aviar A H5N1; además, la virulencia del virus A H1N1 de 2009 es baja, pues la letalidad es bastante menor de 1%; si bien las primeras semanas de abril dieron lugar a un temor generalizado porque en México se registró un número excesivo de casos confirmados de enfermedad respiratoria aguda grave y de muertes por neumonía.

En el momento actual la OMS considera que la gravedad de la pandemia es moderada³ porque:

- La mayoría de los enfermos se recuperan de la infección sin necesidad de hospitalización, ni de atención médica.
- La gravedad de la enfermedad por el virus A H1N1 en los distintos países parece similar a la observada en los periodos de gripe estacional local.
- Aunque algunos centros y sistemas de atención de salud se han visto bajo presión, la mayor parte de los países han sido capaces de atender a todas las personas que han buscado atención.

Los retos actuales son diversos, debemos considerar como prioridades el fortalecimiento de los sistemas de salud para responder a un eventual aumento en la de-

manda de atención para casos graves, la disponibilidad de vacunas efectivas parece alcanzable porque ya se logró producir una cepa prototipo para el cultivo a gran escala; los expertos de la OMS en este rubro estiman una producción de 4,900 millones de dosis en un lapso de un año. A pesar de que este nivel de producción es bastante respetable, es necesario asegurar una distribución expedita. El tratamiento con inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir y zanamivir) es eficaz, sobre todo si se administra en los primeros días de evolución de la enfermedad, lo que requiere un sistema de diagnóstico de alto nivel de respuesta, además, la cantidad de cepas de virus resistentes a estos medicamentos puede aumentar muy rápidamente.

Una parte muy importante del *affaire* A H1N1 es el miedo: el número elevado de casos graves y muertes en México inevitablemente puso en relieve la catástrofe que podría resultar si la pandemia tuviera una magnitud de cientos de millones de personas afectadas con una cepa de alta virulencia y una letalidad de 20 a 50%. Es comprensible, aunque no justificable, que se reaccionara de manera impulsiva e irracional, como ocurrió en algunos países al restringir el comercio y el tránsito de viajeros internacionales. Cabe aquí transcribir el comentario de la cantante Andrea Echeverri, quien en una reunión de solidaridad con nuestro país dijo: “así como unas personas cuidan de otras, así también los países deben cuidarse entre sí”.⁴

Dr. en C. José Gerardo Velasco Castañón

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública,
Facultad de Medicina y Hospital Universitario
Dr. José Eleuterio González, UANL*

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco CJG, Medina de la Garza CE. La prevención de la Influenza. *Medicina Universitaria* 2000;2:148-55.
2. Velasco CJG, Medina de la Garza CE. Influenza aviar: la necesidad de estar preparados (Editorial). *Medicina Universitaria* 2006;8:1-3.
3. Dirección URL: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/levels_pandemic_alert/es/index.html>.
4. Dirección URL: <<http://www.casamerica.es/>>.