

EDITORIAL



Pandemia de influenza A por nuevo virus H1N1

Durante varias décadas hemos esperado la reaparición de un virus nuevo de influenza. Durante los últimos 10 años, inicialmente el SARS (1) y posteriormente, la influenza aviar H5N1 (2), aparecieron y fueron tomados inicialmente como la esperada epidemia de influenza. Pero el primero fue contenido rápidamente y el segundo virus, aunque aumentó la alarma de OMS a nivel III, no ha logrado una transmisión efectiva entre los seres humanos. Ambos sirvieron para que la preparación contra la influenza fuera una realidad en muchos países, incluido el nuestro.

Y la pandemia de influenza apareció. Los estudios iniciales ubican su aparición en México entre noviembre de 2008 y febrero de 2009 (3). Su distribución fue generalizada en México, donde la alerta epidemiológica fue realizada el 17 de abril y su pico epidémico ocurrió el 24 abril, fecha en la cual el Gobierno Federal anunció el cierre de escuelas y colegios, así como la implementación masiva de medidas de precaución y manejo de la epidemia. El primer caso documentado en los Estados Unidos ocurrió el 30 de marzo (4) en un niño de 10 años con asma, cuya muestra fue tomada como parte de un estudio clínico para diagnóstico de influenza. Este virus no fue identificado, por lo que fue remitido a Atlanta a los Centros de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), en donde finalmente se logró identificar un nuevo virus influenza A, subtipo H1N1 el 15 de abril de 2009 (2 días antes de la alerta epidemiológica en México).

Durante las siguientes semanas el virus se distribuyó a través de los viajeros provenientes de México y Estados Unidos al resto del mundo. A nuestro país, el primer paciente identificado con este virus, arribó el 25 de abril de 2009. Desde ese mismo fin de semana se implementaron medidas para la contención de la pandemia. La pandemia no es evitable. Su impacto, duración y severidad pueden ser atenuados (5), pero no evitados. El virus, un subtipo nuevo de influenza A H1N1, es producto del rearrreglo genético de virus porcinos, aviares y humanos (6). Por tanto, la gran mayoría de la población mundial carece de inmunidad previa frente al virus. Su comportamiento epidémico y su virulencia han sido menores de lo esperado (en comparación con la epidemia de influenza de 1918) (3), con una mortalidad entre 0.3 y 0.4 por ciento. Sin embargo, la circulación del nuevo virus de influenza se asoció con una ola de enfermedad no estacional que afectó a la población más joven, con mortalidad extra en la misma (7).

¿Fueron apropiados los esfuerzos gubernamentales para la contención de la pandemia? Colombia lleva trabajando cerca de dos años en la preparación de la pandemia. De hecho existía un plan de preparación nacional y una gran cantidad de documentos, incluyendo guías de manejo de influenza

para este escenario (8). De no haber sido por este esfuerzo, la epidemia pudiera haber avanzado con mayor rapidez o sin ser detectada. Pero una vez detectada la aparición del virus en Colombia, a partir de los viajeros, no se estableció una vigilancia sobre la circulación del virus en el territorio nacional sino hasta mediados de junio, con lo que se retrasó la detección del impacto del virus en el país, la identificación de los casos y la utilización del antiviral. Casi coincidentalmente la OMS subió la alarma epidémica a nivel VI (pandemia). En ese caso la situación de pandemia no está en relación a la severidad de los casos sino a la extensión del virus a prácticamente todas las áreas geográficas del planeta. Que no haya registros en algunos lugares no significa que no exista, sino más bien que no se ha vigilado apropiadamente (lo que explicaría las diferencias en el número de casos detectados en la región, con un número considerablemente menor en Colombia).

Al momento de escribir este editorial la epidemia sacude con fuerza a Argentina, donde la coincidencia entre la circulación del virus y el inicio del invierno parece tener un mayor impacto.

¿Qué pasará con este virus? Aún no es conocido el destino de este virus. El escenario más temido es el de la epidemia de influenza de 1918 (9). En 1918, el virus, de origen aviar, tuvo circulación durante el verano y retornó en el otoño, de forma casi sincrónica en todo el mundo, incluyendo Colombia (10). Esta segunda ola del virus tuvo una mortalidad cerca de 10 veces mayor. Una tercera ola ocurrió en el invierno entre 1919 y 1920, también con una mortalidad considerable. La OMS ha alertado acerca del peligro de presentarse una segunda ola con gran mortalidad a finales del presente año. En la epidemia asiática de 1968, la segunda ola ocurrió en Asia un año después (en 1969) (11). Entre las olas epidémicas, la mortalidad baja considerablemente y esperamos que haya una vacuna disponible para evitar la mayor mortalidad. Una vez pasen las grandes olas epidémicas, el virus se volverá endémico y se mezclará con los virus que circulan en la actualidad y será sometido a las mutaciones menores y cambios anuales.

¿Fue exagerada la respuesta institucional y nacional frente al virus, teniendo en cuenta su “buen” comportamiento con baja mortalidad? Realmente no lo creo. Por primera vez se enfrentó un problema de salud internacional de forma coordinada y multidisciplinaria. No es malo que hayamos hecho muchos esfuerzos e invertido grandes cantidades de dinero (la sociedad o el estado, finalmente, todos nosotros) en la mitigación de una epidemia de menor impacto. Este debería ser el escenario para enfrentar muchos problemas y enfermedades infecciosas (y quizás otras no infecciosas). Por supuesto, también falta mejorar la respuesta, a pesar del tiempo previo y lo adelantado, se improvisó en muchas áreas y la difusión de la información y la educación pública y especialmente, de los trabajadores de salud fue insuficiente, amén del terrible manejo por parte de los medios de comunicación. Pero un esfuerzo de este tamaño y vinculación (población, academia, estado, etc.) es un modelo para manejar muchos problemas de salud relevantes.

Jorge Alberto Cortés

*Profesor Departamento de Medicina,
Facultad de Medicina,*

*Universidad Nacional de Colombia, Bogotá
Correo electrónico: jacortesl@unal.edu.co*

Referencias

1. **Tsang KW, Ho PL, Ooi GC, Yee WK, Wang TM, Chang-Yeung M, et al.** A cluster of cases of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *N Eng J Med.* 2003.
2. **Hien TT, Liem NT, Dung NT, San LT, Mai PP, Chau N V, et al.** Avian Influenza A (H5N1) in 10 patients in Vietnam. *N Eng J Med.* 2004; 350: 1179-88.
3. **Fraser C, Donnelly CA, Cauchemez S, Hanage WP, Van Kerkhove MD, Hollingsworth TD, et al.** Pandemic potential of a strain of influenza A (H1N1): early findings. *Science.* 2009;324:1557-61.
4. **Novel Swine Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team, Dawood FS, Jain S, Finelli L, Shaw MW, Lindstrom S, et al.** Emergence of a Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus in Humans. *New Eng J Med.* 2009; 360:2605-15.
5. **Ferguson NM, Cummings DAT, Fraser C, Cajka JC, Cooley PC, Burke DS.** Strategies for mitigating an influenza pandemic. *Nature.* 2006; ; 442: 448-52.
6. **Shinde V, Bridges CB, Uyeki TM, Shu B, Balish A, Xu X, et al.** Triple-reassortant swine influenza A (H1) in humans in the United States, 2005-2009. *N Engl J Med.* 2009; 360: 2616-25.
7. **Chowell G, Bertozzi SM, Colchero MA, Lopez-Gatell H, Alpuche-Aranda C, Hernandez M, Miller MA.** Severe Respiratory Disease Concurrent with the Circulation of H1N1 Influenza. *N Eng J Med.* 361; (10.1056/NEJMoa0904023).
8. **Cortés JA, Aguiar L, Alvarez MI, Ardila E, Castaño JC, Castellanos J, et al.** Guía integral de estudio y manejo de casos y sus contactos para enfermedad similar a influenza, incluido el diagnóstico y el manejo clínico, profiláctico y terapéutico. *Infectio.* 2007; 11: 215-26.
9. **Morens DM, Fauci AS.** The 1918 Influenza Pandemic: Insights for the 21st Century. *J Infect Dis.* 2007; 195: 1018-28.
10. **Martínez Martín AF, Manrique Abril FG, Meléndez Alvarez BF.** La pandemia de gripa de 1918 en Bogotá. *Dynamis.* 2007; 27: 287-307.
11. **Miller MA, Viboud C, Balinska M, Simonsen L.** The signature features of influenza pandemics—implications for policy. *N Engl J Med.* 2009; 360: 2595-8.

