

EDITORIAL

INFLUENZA A (H1N1) : NO BAJAR LA GUARDIA ES NECESARIO

En abril de 2009, en México se registraron los primeros casos de infección humana por un nuevo virus de la influenza A (H1N1) de origen porcino (S-OIV, swine-origin influenza virus), el cual se ha extendido de forma pandémica por los cinco continentes. Estudios realizados por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) permitieron concluir que este virus presentaba diferencias genéticas con el virus estacional A (H1N1); y luego de comprobar su contagiosidad y capacidad de propagación alrededor del mundo, lo consideró como una cepa pandémica (1).

Este hecho llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar una nueva pandemia de influenza, alertar las redes epidemiológicas del mundo y ordenar la implementación de medidas de control y prevención para minimizar el riesgo de propagación de la enfermedad (2). De acuerdo con los indicadores epidemiológicos establecidos por la OMS, a la fecha, la fase de alerta pandémica es 6 (indica que está en marcha una pandemia mundial) y la intensidad de la pandemia es moderada o baja con tendencia decreciente, sin descartar que en un futuro pueda presentarse un aumento inusitado del número de casos con mayor letalidad (3).

Esta variedad de gripe humana producida por el virus de la influenza A (H1N1), ha presentado una virulencia inicial inusual y de transmisión muy rápida por contacto directo entre personas infectadas y sanas, también por contaminación con aerosoles de estornudos en ambientes cerrados. Se ha observado con el paso del tiempo una evolución de la epidemia con expresión de picos estacionales y correlación positiva con los periodos climáticos de frío (4).

La OMS, hasta el 3 de enero de 2010, ha reportado más de 208 países y territorios o comunidades con casos de influenza pandémica H1N1 2009 confirmados en laboratorio, incluidas 12.799 muertes. En este momento las áreas más activas en la transmisión de la influenza pandémica se encuentran en Europa central, oriental y suroriental, el norte de África y el sur de Asia (5).

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social decretó el estado de emergencia sanitaria desde el 24 de abril de 2009 y emprendió las medidas de control y educación con miras a evitar la masificación de la enfermedad, logrando a la fecha un control relativamente exitoso. Hasta la semana epidemiológica 52 se han presentado 3.405 casos y 198 muertes con una dispersión geográfica regional y tendencia decreciente (6).

Se han implementado medidas preventivas y prácticas de higiene dirigidas a la comunidad sin exposición conocida para reducir la diseminación del virus, tales como: lavar las manos varias veces al día utilizando un jabón antiséptico, evitar saludar de mano y de beso, evitar frotarse los ojos, en lo posible evitar asistir a sitios de concentración masiva, que no sean necesarios. Adicionalmente es aconsejable usar tapabocas y, en caso de tener gripe o resfriado, se debe recurrir al aislamiento voluntario respetando los días de incapacidad ordenados por el médico tratante, y evitar estornudar y toser sin antes cubrir la boca con un pañuelo o en su defecto con el antebrazo. Para los trabajadores de la salud se recomienda fundamentalmente, lavar las manos antes y después de entrar en contacto con todo paciente o con superficies tocadas por él, usar guantes para el examen físico de pacientes y usar mascarilla quirúrgica para el contacto a menos de dos metros del paciente (7, 8).

Después del estado de alerta y pánico inicial de la población, estimulado por la divulgación y despliegue de los medios de comunicación masiva, se ha observado en la población en general un aparente acostumbramiento a la noticia y, de alguna manera, se evidencia una disminución en el establecimiento, mantenimiento y rigor de las medidas sanitarias de control, situación que es necesario corregir. Se debe mantener el máximo estado de alerta, considerando el riesgo de transmisión del virus A (H1N1) y su efectividad para producir la enfermedad, por lo menos hasta que se pueda garantizar la disponibilidad y aplicación de la vacuna para la población general, para lo cual, el Ministerio de la Protección Social anunció que entre el 25 de febrero y el 15 de marzo del presente año llegarán a Colombia cerca de dos millones de dosis de la vacuna que será distribuida, sin costo, entre la población de riesgo, como: mujeres embarazadas (en segundo y tercer trimestre de gestación), trabajadores de la salud y enfermos crónicos en tratamiento (9).

Es importante tener en cuenta que todavía no hay certeza de si éste era el brote pandémico que se esperaba y se está conteniendo por las medidas preventivas, o si se tendrá, como ha sucedido en otras pandemias, una mayor mortalidad en la segunda oleada. Tampoco se puede olvidar la posibilidad de que la segunda oleada del brote suceda en invierno y ésta obliga la aplicación de la vacuna a la población de mayor riesgo y, lo más importante, al mantenimiento de las medidas no farmacológicas (de prevención higiénico-sanitarias), que seguirán siendo el eje central del control para evitar la diseminación de la enfermedad. No bajar la guardia es necesario.

María Elena Álvarez López

Bacterióloga, M.Sc.

Profesora

Departamento de Ciencias Básicas de la Salud

Universidad de Caldas

REFERENCIAS

1. 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. *N Engl J Med* 2009;360:2605-15.
2. Santiago Echevarría-Zuno, Juan Manuel Mejía-Aranguré, Álvaro J Mar-Obeso, Concepción Grajales-Muñiz, Eduardo Robles-Pérez, Margot González-León, Manuel Carlos Ortega-Álvarez, César González-Bonilla, Ramón Alberto Rascón-Pacheco, Víctor Hugo Borja-Aburto. Infection and death from influenza A H1N1 virus in Mexico: a retrospective analysis. *Lancet* 2009;374:2072-79.
3. Panamerican Health Organization. Actualización regional. Pandemia H1N1 2009. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2192&Itemid=1167. Consultado 11 de Enero de 2010.
4. García, S. y Villagómez, A. Influenza A H1N1. Editorial. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* Volumen 14, Núm. 3, julio-septiembre, 2009.
World Health Organization. Pandemic influenza A H1N1. Update 82. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2010_01_08/en/index.html. Consultado 13 de enero de 2010.

5. Ministerio de la Protección Social. Informe de prensa No. 126 de 2009. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=19182 &IDCompany=3>. Consultado 11 de enero de 2010.
6. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, Grupo de Vigilancia en Salud Pública. Líneas de Acción del Plan Antipandemia. Bogotá, D.C., 25 de Abril de 2009.
7. Ministerio de la Protección Social. Guía de estudio y manejo de casos y sus contactos para enfermedad similar a influenza, incluyendo el diagnóstico, manejo clínico y terapéutico. Bogotá, D.C., Julio 16 de 2009.
8. Ministerio de la Protección Social. Informe de prensa No. 002 de 2010. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=19182&IDCompany=3>. Consultado 11 de enero de 2010.