

Saldos de la influenza mexicana

Que el gobierno respondió tardíamente. Que sobreactuó. Que procedió de modo correcto. Dos expertos, Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés, se alejan del debate ideológico y analizan, desde una óptica estrictamente médica, el problema: ¿a qué nos enfrentábamos?, ¿qué se hizo?, ¿cuáles fueron los resultados?

En México se producen al año alrededor de trece mil muertes por infecciones respiratorias agudas. La gran mayoría se presenta en niños muy pequeños y adultos mayores. Este año, sin embargo, sucedió algo peculiar: el sistema nacional de vigilancia epidemiológica, que comprende más de once mil hospitales, clínicas y consultorios, empezó a identificar a finales de marzo un número inusualmente alto de casos y muertes por influenza en adultos jóvenes.

El deceso por neumonía de una mujer diabética en el estado de Oaxaca el 13 de abril fue el evento que convenció a las autoridades de salud del país de alertar a la Organización Panamericana de la Salud sobre la posible gestación de un brote epidémico de esta enfermedad. De manera paralela habían enviado al Laboratorio Nacional de Microbiología de Canadá, ubicado en Winnipeg, muestras de secreciones de vías respiratorias de varios casos sospechosos. El 23 de abril se informó que dieciocho de las 51 muestras enviadas eran positivas y que doce contenían el mismo patrón genético del virus de influenza porcina aislado dos días antes en los laboratorios del Centro para la Prevención y Control de

Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés). Los peores temores de los expertos se habían confirmado: se trataba de un nuevo subtipo del virus H5N1, cuyo comportamiento a esas alturas difícilmente podía predecirse. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que estábamos frente “una emergencia de salud pública de trascendencia internacional” y fijó en 3 el nivel de alerta pandémica, que supone la transmisión de persona a persona de un virus capaz de provocar una epidemia global. La noticia ocupó los encabezados de todos los diarios del mundo. Se hablaba del arribo de una plaga largamente anunciada.

Las pandemias han acompañado a la humanidad desde tiempos inmemoriales y cuatro han sido sus principales causas: el tifo, la peste, el cólera y la influenza. Se sabe que la primera pandemia de influenza se produjo en el siglo XVI. Las más recientes se dieron en 1918 (la gripe española), 1957 (la gripe asiática) y 1968 (la gripe de Hong Kong).

El virus de la influenza, que comprende tres tipos (A, B y C), tiende a producir epidemias estacionales. Sin embargo, cada cierto tiempo se producen cambios mayores en las proteínas de la superficie del virus A que lo convierten en un extraño para el ser humano. Estos virus son los responsables de las pandemias.

En 1997 surgió en Hong Kong uno de ellos, el virus de la influenza aviar H5N1, que produjo un brote muy importante

de esta enfermedad en pollos. Nadie pensaba que representaba una amenaza para los seres humanos hasta que cayeron enfermas por esta causa dieciocho personas, cinco de las cuales fallecieron. Como medida de control se sacrificaron en esa ciudad 1.5 millones de aves. El virus desapareció, pero no por mucho tiempo. Volvió a surgir en diversos brotes en varios países asiáticos, algunos de los cuales se convirtieron en agresivas epidemias. La de 2004-2005 produjo la muerte, por infección o sacrificio, de más de 120 millones de aves. Generó, asimismo, 74 infecciones en seres humanos y 49 decesos. Todos los afectados habían tenido contacto directo o indirecto con aves infectadas.

La comunidad científica teme que este virus pueda sufrir cambios adicionales que le permitan transmitirse de humano a humano. Este tipo de modificaciones puede ser facilitada, por ejemplo, por la infección simultánea de un cerdo con un virus de influenza aviar y un virus de influenza humana. De dicha infección puede surgir un agente viral tan letal como el H5NI, capaz además de transmitirse de persona a persona. Este agente podría generar una epidemia parecida a la influenza española de 1918, que produjo en sólo dos años la muerte de 60 millones de individuos. Los escenarios más conservadores ubican en dos millones las posibles muertes por una pandemia de influenza aviar, pero los más pesimistas arrojan cifras de hasta 180 millones de decesos, siete veces los producidos por el sida hasta la fecha. No sorprende, por lo mismo, que a principios de 2005 el entonces director general de la OMS, el doctor Lee Jong-wook, haya declarado lo siguiente: “La amenaza de salud más seria que enfrenta el mundo en el momento actual es la gripe aviar.”

De hecho, pocos meses antes, la OMS había lanzado un llamado a todos sus Estados miembros a diseñar planes nacionales de preparación para enfrentar una potencial pandemia de influenza. México atendió dicho llamado. El 20 de octubre de 2005 presentó ante la opinión pública su *Plan Nacional de Respuesta ante una Pandemia de Influenza*, que comprendía acciones en materia de vigilancia epidemiológica; detección temprana de los primeros casos; limitación del contagio mediante el cierre de escuelas y la cancelación de eventos masivos; fortalecimiento de la atención médica hospitalaria, y construcción de reservas estratégicas de antivirales, vacunas y antibióticos. El plan contó con un presupuesto etiquetado de seiscientos millones de pesos. Paralelamente se fortalecieron los vínculos de nuestro país con las redes de laboratorios de salud pública de Estados Unidos y Canadá, y con sus centros de vigilancia epidemiológica. La necesidad de contar con un plan de respuesta se ratificó con el cambio de administración federal que se produjo en diciembre de 2006. El *Programa Nacional de Salud 2007-2012* hace una extensa mención a dicho plan y a la necesidad de actualizar su reserva estratégica de antivirales.

Cuando surgió el reporte que confirmó la aparición en nuestro territorio de un nuevo virus de influenza que se transmitía de persona a persona, las autoridades de salud del país pusieron en marcha de inmediato las medidas contempladas en el plan de contingencia. Se tenía plena conciencia del peligro potencial que los brotes identificados representaban y de la obligación que México tenía de transmitir a las redes regionales y globales de vigilancia epidemiológica la información con la que se contaba.



Ilustración: LETRAS LIBRES / Fabrizio Vandlen Broeck

Ese mismo día el gobierno de México suspendió hasta nuevo aviso las clases en la capital del país, canceló todos los eventos públicos y ordenó el cierre de museos, teatros y cines. Estados Unidos declaró una emergencia de salud pública y empezó a distribuir entre los diferentes estados de la Unión millones de dosis de uno de los dos antivirales a los que se había mostrado sensible el nuevo virus. La OMS reabrió su sala de respuesta a contingencias, conformó un comité para asesorar a su directora general en el manejo del brote y ordenó la salida de una misión de expertos a México para trabajar con las autoridades de salud de nuestro país. De inmediato previno también a la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, que se manifestó lista para apoyar a los países que así lo solicitaran.

Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés

Los siguientes cinco días fueron posiblemente los más críticos de la epidemia. El número de “casos sospechosos” proporcionado por la Secretaría de Salud se incrementó de 1,384 a 1,995 entre el 25 y el 27 de abril, mientras que el número de “decesos sospechosos” pasó de 81 a 152. Estas cifras hablaban, sin tomar en cuenta el número de casos leves no detectados, de una letalidad del virus extraordinariamente alta. Este último día la OMS elevó la alerta pandémica a nivel 4, que supone una creciente transmisión del agente viral. El 30 de abril el presidente Calderón anunció, en televisión nacional, la suspensión de las actividades no esenciales del gobierno federal y pidió a todos los mexicanos quedarse en sus hogares durante el periodo de asueto que iba del 1º al 5 de mayo. “No hay lugar más seguro para evitar contagiarte del virus de la influenza porcina que tu propia casa”, declaró.

El debate sobre la gravedad del brote alcanzó su punto más álgido. El manejo del término de “casos sospechosos”, que generó enormes confusiones y temores, no fue del todo incorrecto, al grado de que los protocolos mismos de la OMS definen con precisión este concepto. Sin embargo, creó la impresión de que la epidemia en México era mucho más grave que la de Estados Unidos, donde el gobierno sólo reportaba casos confirmados.

Al final de mes la epidemia se había diseminado a Canadá, España, Israel, Nueva Zelanda y Reino Unido, lo que obligó a la OMS a elevar nuevamente el grado de alerta a nivel 5, que implica el desarrollo de focos autónomos en más de dos países de una misma región. Los comunicados de esta organización, sin embargo, insistían en que no había razón para restringir los viajes internacionales o cerrar las fronteras. No obstante, Francia, sin ningún sustento científico, propuso a la Unión Europea suspender los vuelos a México, decisión que ya habían tomado Argentina y Cuba, y que tomarían más tarde China, Ecuador y Perú.

Las drásticas medidas adoptadas por el gobierno mexicano empezaron a mostrar sus efectos sobre el proceso de transmisión del virus a los pocos días. El número de nuevas infecciones empezó a disminuir. Lo mismo sucedió con el número diario de decesos. El acceso temprano a los antivirales parecía resolver favorablemente la gran mayoría de los casos de enfermedad. Con la información disponible, algunos expertos se animaron a vaticinar un pronto control de la epidemia.

Ya instalada en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos una eficiente infraestructura de laboratorio que se montó con el apoyo del gobierno de Canadá y que permitía diagnosticar con absoluta precisión los casos de influenza por H1N1, la Secretaría de Salud empezó a manejar exclusivamente cifras de casos y decesos confirmados. Como se esperaba, estas cifras resultaron ser considerablemente más bajas que las cifras de casos y muertes sospechosas. Esto generó una imagen más objetiva de lo que estaba sucediendo en el

país y aplacó los ánimos hasta de los más pesimistas. A esto contribuyeron también las noticias de que el número diario de infecciones nuevas confirmadas estaba declinando.

A finales de la primera semana de mayo los temores de que se desarrollara una pandemia de grandes daños se habían diluido. A mitad de mes el número de casos confirmados en México ascendía a 2,446. En Estados Unidos se había elevado a 3,352. La epidemia se había extendido a 33 países y el número total de casos a nivel mundial se ubicaba en 6,497, con 65 decesos, casi todos ellos en México.

El estudio genético del nuevo virus ayudó asimismo a incrementar la calma. Los análisis de diversos grupos de microbiólogos indican que el virus de la influenza humana H1N1 no presenta la mutación que hizo particularmente letales a los agentes virales que produjeron las tres pandemias más importantes del siglo XX. Tampoco cuenta con una hemaglutinina que ha hecho muy agresivo al virus de la influenza aviar H5N1. La razón de la aparente alta letalidad del virus de la influenza mexicana es que sólo se han analizado por ahora los casos hospitalizados, que tienden a ser los más graves. Cuando se conozca con mayor precisión el número total de infectados, que comprende muchos casos asintomáticos o leves, bajará sin duda alguna la cifra de letalidad de esta epidemia.

El virus H1N1 tampoco parece ser muy contagioso. Los datos arrojados por varios modelos epidemiológicos indican que tiene una tasa de reproducción, definida como el número promedio de personas que cada individuo infectado contagia, de entre 1 y 1.4, que es menor a la del virus de la influenza estacional, que se ubica entre 1.5 y 3.

Queda por responder la incógnita de por qué la gran mayoría de los decesos se está presentando en México y en adultos de entre 20 y 54 años de edad. Es posible que un número importante de las muertes iniciales se deba al hecho de que los pacientes infectados no recibieron los antivirales que hubieran podido salvar sus vidas porque no había conciencia todavía de la existencia de una epidemia de influenza atípica. Por lo que respecta a las muertes posteriores, los análisis preliminares indican que una proporción importante de las hospitalizaciones y los decesos en México se presentaron en pacientes con enfermedades asociadas, como asma, diabetes, padecimientos cardiovasculares y tuberculosis. Por último, algunas muertes en adultos jóvenes se deben a neumonías virales resultado de una respuesta excesiva del sistema inmune a la presencia de un nuevo virus. A esto se le denomina “tormenta de citoquinas”. También es posible que los casos se estén concentrando en este grupo de edad porque los adultos mayores cuentan con cierta inmunidad natural por los años de exposición a una gran variedad de virus de la influenza.

Finalmente, los efectos de la epidemia en la economía mexicana al parecer no serán tan importantes como se vaticinaba. En declaraciones recientes, el secretario de Hacienda de México aseguró que el impacto de la epidemia de influenza

no será mayor de 0.3% del PIB. No hay que olvidar, sin embargo, que la imagen que se creó de nuestro país en las últimas semanas ahuyentará a un buen número de los turistas que en condiciones normales hubieren abarrotado las playas mexicanas el próximo verano. Un estudio del Grupo de Economistas y Asociados estimó una contracción en los ingresos anuales de esta industria de alrededor del 25%, que se traduciría, según ellos, en una reducción del 0.7 a 1.0% del PIB, adicional a la producida por la crisis económica.

La conclusión que se desprende de este recuento es que, en términos generales, las autoridades sanitarias de nuestro país y los organismos internacionales de salud respondieron a este desafío honesta, oportuna y efectivamente. Destaca en particular la transparencia con la que actuó el gobierno mexicano. La inmediata notificación de los casos sirvió de alerta para que la comunidad internacional pusiera en funcionamiento los mecanismos que permitieron la pronta identificación de infecciones en otros países, casos que de otra manera hubieran permanecido ocultos y contagiosos un largo periodo de tiempo. Por su parte, la decisión de cerrar escuelas, sitios de entretenimiento y lugares de congregación, que tuvo un enorme costo económico, ayudó a abatir el proceso de transmisión de la enfermedad, lo que protegió no solamente la salud de los mexicanos sino también la salud de la población mundial. Cabe asimismo resaltar el alto nivel de coordinación con la que actuaron los diversos actores que conforman las redes de vigilancia epidemiológica internacional. Llama la atención, sobre todo, la eficiencia con la que respondieron los laboratorios de salud pública de Canadá y el CDC. En cierto sentido, la respuesta a esta epidemia constituye una muestra de que los planes de preparación que los países y los organismos internacionales pusieron en marcha en respuesta a las epidemias de SARS y gripe aviar están dando los resultados esperados.

Mal haríamos, sin embargo, en pensar que la historia de esta epidemia ha llegado a su clímax o, peor aún, a su fin. Es necesario seguir de cerca su actual diseminación por el mundo. Es indispensable en particular estar atentos a su comportamiento en el hemisferio sur, donde está por comenzar la temporada de influenza estacional, y en Asia, donde la presencia del virus de la gripe aviar es endémica. La información que se recoja será vital para planear las medidas que se implantarán en nuestro país en el otoño e invierno próximos, fechas en las que el virus podría reaparecer fortalecido. No hay que olvidar que en la pandemia de 1918 hubo una primera ola en la primavera que fue contagiosa pero leve. La segunda, que se produjo en otoño, además de contagiosa fue extraordinariamente letal.

El tiempo que se ha ganado con el control inicial de esta epidemia debe aprovecharse para afinar los sistemas de vigilancia y respuesta; diseñar campañas de comunicación de riesgos; conformar nuevas reservas de pruebas diagnósticas, antivirales y antibióticos, y fortalecer los centros clínicos que podrían estar involucrados en la futura atención de casos.

Una tarea muy importante es retrasar lo más posible el desarrollo de resistencias del virus de la influenza A (H1N1) a los antivirales a los que hasta ahora se ha mostrado sensible, lo que exige el diseño y aplicación de criterios muy estrictos para su prescripción.

Otra tarea crucial, que involucra a la comunidad internacional, es la producción de una vacuna específica. Todas las condiciones para producirla parecen haberse generado, en particular el contar con un número suficiente de muestras del virus. Quedan por definir, sin embargo, los posibles proveedores, la cantidad de vacunas que sería necesario producir y los mecanismos de financiamiento. La OMS ha anunciado que, de llegar a un acuerdo pronto con la industria, podría estar lista en cinco o seis meses.

Resulta triste constatar que son necesarias algunas muertes para alertar al mundo de que los seres humanos estamos de nuevo en peligro y que es indispensable movilizar el poder de la ciencia para defendernos. Estamos frente a un desafío global. Si hacemos buen uso de la cooperación internacional, las bajas de esta epidemia serán menores que las de la anterior y menores aún serán las de las epidemias que inevitablemente surgirán en el futuro. —

Museos de la Fundación Cultural Antonio Higuerbeck y de la Llama, Institución de Asistencia Privada

MUSEO CASA DE LA BOCA
Av. Parque Lira # 136, Col. Tacubaya
México D.F. • 55 48 88 25, 55 15 35 82 19 98
75 88 • Abierto al público domingos de 11:00
a 17:00 hrs. Entre semana previa cita.

MUSEO FUENTE DE SANTA MONICA
Alcázar # 3, Col. Ex Hacienda de Santa Mónica
Tlalrepan, Edo. de México • 51 97 51 47, 53 98 45
79 • Abierto al público domingos de 11:00 a 12:00
hrs. Entre semana previa cita.

MUSEO FUENTE DE SAN CRISTOBAL POLAXTLA
Ignacio Zaragoza s/n San Martín Texmelucan, Puebla
(01 248) 48 43 705 • Visitas guiadas previa cita.

Visite nuestras Casas Museo
Documento
Social
de la vida de otros tiempos