

## Enfermedades por vías respiratorias con especial énfasis en influenza y MERS CO

---

AA Dr. Eduardo Gotuzzo Herencia

*Director, Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt; Presidente, Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas.*

---

Recientemente, el mundo ha experimentado epidemias, una de cuyas características notables ha sido su ascenso al nivel de pandemias. Más aún es un hecho que ellas han afectado seriamente al personal de salud. En el caso del Ebola se ha estimado que de las 26 mil personas afectadas, 11 mil fallecieron y casi mil de ellas fueron personal de salud.

Uno de los puntos más importantes en esta área es que existe una enorme posibilidad de que los virus respiratorios sean causa potencial de pandemias globales. Hace muchos años, la Organización Mundial de la Salud declaró una emergencia internacional al aparecer el SARS, un virus respiratorio que surgió inicialmente en la China, que no fue reportado por las autoridades chinas y que, finalmente, comenzó a ser reconocido en Hong Kong, extendiéndose rápidamente e incluyendo al personal de salud, SARS tuvo una tasa de mortalidad del orden del 50%, y la epidemia se diseminó rápidamente hacia Vietnam y otras regiones asiáticas, pero también apareció en Toronto, Canadá, donde incluso se afectaron 18 miembros del personal de salud, 3 de los cuales fallecieron.

El SARS es pues un ejemplo importante de esta tendencia. Pero cuando uno revisa lo que ha pasado en los últimos 30 años, realmente ha habido una larga lista de virus respiratorios, y cualquiera de ellos potencialmente puede generar pandemias, hecho que es importante reconocer. Cuando uno trata de examinar las pandemias de influenza no hay una secuencia que permita predecir cuándo van a ocurrir. Desde el

año 1918 en adelante, ha habido pandemias que han afectado diversas regiones del mundo y en las que no ha sido posible identificar una secuencia, ni siquiera prever que su avance va llegar a tal nivel: como se sabe, en los últimos años hemos tenido tres brotes. Hay formas leves que se dan en todo el mundo, existiendo la posibilidad de que fallezcan hasta un millón de personas. Hay, por otro lado formas moderadas como lo que ocurrió con la gripe asiática a causa de la que fallecieron más o menos un millón y medio. Y finalmente la famosa gripe española de 1918-19 donde fallecieron aproximadamente 70 millones de personas. Y recuerden bien que la población de entonces era un tercio de la actual, es decir, en ese momento 100 millones de personas representaba un problema gravísimo.

Una de las cosas que comienza a reconocerse es tratar de anticipar cuán importante puede ser una nueva pandemia. Es menester hacer un estimado, por país, de cuántas personas van a estar afectadas, cuántas personas pueden fallecer, cuántas personas van a requerir cuidados intensivos y ayuda respiratoria, etc.

Es así como se trabajó con el último brote de gripe porcina en nuestro país, habiéndose formulado todo un plan estratégico para enfrentar esta condición. La OMS afirma hoy que la próxima epidemia es absolutamente inevitable. Es decir, los cambios que están teniendo lugar en el mundo, así lo favorecen: somos 7 mil millones de personas y eso conlleva la posibilidad de una transmisión fácil. La inmunidad solamente se hace por cepas y cada cepa va cambiando significativamente.

Hoy en día se estima que las epidemias de influenza pueden ser muy severas. La gripe porcina se detectó en Méjico cuando dos médicos residentes ambos neumólogos, y un internista, llegaron con lesiones pulmonares extensas y se reconoce en dos hospitales que consideraron esta infección respiratoria como una nueva enfermedad. Comienza entonces a reconocerse el virus lo cual generó un temor enorme de que la enfermedad que ocasione fuera potencialmente muy grave. Recuérdese que aquí hubo la famosa gripe aviar que tenía una letalidad de más del 50% y que era resistente a las medicinas convencionales. Se esperaba que lo mismo pudiera ocurrir con la gripe porcina: una tasa inusualmente alta, carencia de drogas y vacunas que no existen. Se puede decir entonces que ha habido dos epidemias respiratorias recientes el SARS y la gripe aviar. La única diferencia es que en la gripe aviar no había transmisión de un ser humano a otro lo cual era una muy buena noticia. Pero esa gripe, a diferencia de la gripe estacional, resultó ser menos agresiva y se comenzaron a reconocer determinados elementos del virus que permitieron entender tempranamente que el virus, felizmente, no era muy agresivo; en primer lugar, faltaba una proteína que se asociara a una forma severa de enfermedad y, en segundo lugar, se detectó que era muy sensible.

Quisiera pues referirme a las lecciones que aprendimos con estas epidemias, punto esencial para afrontar el futuro. En primer lugar la intervención mediática produjo un pánico enorme. Todos los días se contaba el número de muertos se publicaban en los aeropuertos, lo cual no resultó en beneficio alguno, no representó absolutamente ningún valor. Y finalmente, se hizo clara la importancia de tener un comando central. Este afronte es muy valioso porque en otros lugares tampoco lo hubo: el famoso ataque de Ántrax en Estados Unidos donde el comando de salud fue muy deficiente, es ejemplo clásico. Todos los días más que noticias, los medios de prensa especulaban; hubo incluso un experto en Salud Pública que afirmaba que iba a llegar una nube de Ántrax a Nueva York, que iba a ser “como una bomba atómica” y que mataría a millones de neoyorkinos, creando pues un pánico absolutamente indebido. Es por eso que las decisiones en estas circunstancias tienen que ser coherentes, reduciendo el protagonismo de los políticos, muchos de los cuales en el caso que comentamos, hablaban de casos de lo que no sabían absolutamente nada y contribuían así al temor y al desconcierto.

Otro punto importante en estas circunstancias es el rol de los laboratorios. Crear un laboratorio central para hacer el diagnóstico de la condición bajo estudio en todos los pacientes, es un error serio. Tal laboratorio colapsaría en tres días, como sucedió en Argentina, en Canadá y en otros lugares. En realidad, lo que se debe hacer frente a una epidemia, como se hizo en la época del Cólera, es inferir el diagnóstico: diarrea acuosa severa, es *Vibrio cholerae* hasta que se demuestre lo contrario. Y finalmente debe haber un control apropiado del uso de medicinas; ocurrió que durante tres semanas, con la idea de prevenir una resistencia potencial hubo un control “militar” de las medicinas que requería se sometiera a una prueba previamente aprobada. Sin embargo después de 3 días, las drogas ya no eran útiles y las pruebas demoraban su uso. Por lo tanto, esa fue una decisión totalmente incorrecta. Es por ello que los mensajes a la población deben ser adecuados, breves y claros. Pocos voceros oficiales deberían intervenir y eso es un poco lo que se fue consiguiendo. Después hubo bastante discusión porque muchos sistemas médicos no quisieron atender mientras no hubiera máscaras N95 disponibles, y muchos médicos se opusieron a atender pacientes; sin embargo esas máscaras costaban 25 veces más que otras cuya eficiencia era exactamente igual. Cerrar los colegios si fue una decisión adecuada, por lo menos en Lima, donde se pudo comprobar una respuesta importante. Hay que tratar a los pacientes de alto riesgo, no para “parar” la epidemia, sino para reducir la tasa de letalidad tal como se hizo en la epidemia del Cólera. En esta última, el Perú hizo un trabajo extraordinario, con una notable reducción de la mortalidad como resultado elocuente.

Finalmente, se debe propiciar la vacunación. Este es un punto clave. En el Perú hay una cobertura muy deficiente de vacunas para neumococos se impone una mejora significativa en este aspecto. Pero hay otro asunto en este tema, el de la producción de la vacuna; cada huevo representa una dosis de vacuna. Así para fabricar, por ejemplo, 100 millones de dosis se requiere una tecnología adecuada y un tiempo adecuado para hacerlo. Recuérdese bien que la cepa del brote de un año, es la cepa que va a estar presente el siguiente año. Por eso se requiere de aproximadamente ocho meses para la preparación de la vacuna.

La segunda condición es que la producción tecnológica para afrontar una epidemia potencial, puede ser insuficiente. Se discutió, por ejemplo, en los Estados

Unidos si se aceptaba un adyuvante que no estaba aprobado en el país pero sí en Europa. Se citaron como ventajas, que la inmunidad era mucho mejor y, además, que se requiere solo la décima parte de esa vacuna usando este coadyuvante. Por lo tanto, si se fabrican 100 millones de vacunas, vamos a tener 10 mil millones de ellas si usamos un adyuvante adecuado. Estados Unidos frente a todo este problema tuvo que, en pocas semanas, aprobar este adyuvante frente a la necesidad de la vacuna requerida por la cepa AH1N1.

Otro punto aún más grave es que los países ricos compraron el 90% de vacunas a pesar de que tienen solamente el 25% de la población mundial, dejando a los países pobres con solo 10% de vacunas para un 75% de la población. Esto es algo que debe denunciarse por reflejar una inequidad inadmisibles. Cuando la epidemia resultó ser menos marcada los países ricos comenzaron a donar sus excedentes. Este es un tema importante que debe discutirse a nivel internacional. Felizmente con las nuevas tecnologías se puede ahora fabricar vacunas en dos o tres meses.

Lo importante cuando no se dispone de vacunas suficientes es priorizar a quiénes se debe vacunar. El primer grupo prioritario es el personal de salud, el cual no puede enfermarse y atender pacientes simultáneamente. Sorprendentemente una normativa decía que para vacunarse se requería una receta médica, dándole al médico una responsabilidad legal inapropiada y hasta arbitraria. Esto sucedió con la vacuna de fiebre amarilla en Ica. Se creó un absurdo porque la receta tendría que ser una consulta y la consulta tenía que ser registrada (consejería). El efecto es que se atracó todo el sistema porque había que registrar estas visitas. Si vamos a vacunar a 5 millones de personas en Lima, ¿quién va a hacer 5 millones de sesiones de consejería y 5 millones de recetas? En realidad, se debió buscar y crear un sistema mucho más fluido. Recuérdese bien que la vacunación de la población es responsabilidad del Estado, no del médico. Actualmente hay mucho miedo por un efecto adverso y entonces, muchos se retraen frente a una responsabilidad que es indispensable; durante una epidemia o una pandemia, tal responsabilidad es todavía mucho más urgente.

Se decía entonces, por ejemplo, que la vacuna que se había traído era experimental porque no se habían hecho suficientes pruebas clínicas. En influenza no es necesario hacer ensayos clínicos ya que un ensayo

clínico este año resulta inútil porque el próximo año esa vacuna ya no sirve; lo que se prueba es la seguridad en grupos pequeños y la respuesta inmunológica no necesariamente ensayos clínicos. Paradójicamente, menos del 20% de los médicos se vacunaron y los cuerpos médicos de la mayoría de los hospitales del Perú se opusieron a la vacunación.

Esta situación requiere comentarios adicionales porque potencialmente puede haber otros brotes; hace poco se ha enfatizado mucho en lo que ocurriría en la China donde ha empezado la famosa gripe aviaria que, como ya se ha resaltado tiene una alta tasa de mortalidad, es resistente pero sorprendentemente tiene la ventaja de no requerir el paso de la prueba clínica. En los primeros años el número de casos reportados fue de 112 y el número de personas que fallecieron 57 o sea un 50%. Y comienza a reconocerse que existe en varios lugares porque ha migrado. Felizmente se han hecho varios estudios como el de SENASA en aves, que pudo demostrar claramente que solamente había un ave potencial que podía traer al Perú esta condición.

Después comienza a reconocerse que aparece un nuevo virus respiratorio en Arabia Saudita y ya en junio del 2013, se desencadena una situación de emergencia al haberse diseminado a Europa. El cuadro típico de esta enfermedad es similar al dengue pero los pacientes hacen neumonía de manera temprana y prácticamente la mayoría de los afectados eran peregrinos musulmanes que habían ido a La Meca. La mayoría fueron hombres y, más aún, hombres mayores que caían víctimas de neumonía, con una mortalidad elevada, (30-50%): ahora se reconoce que el virus causante es un corona virus parecido al SARS: así, desde el año 2012, ya tenemos una nueva neumonía severa. En el año 2014, se confirmó que esta es una enfermedad seria con una mortalidad del 37%, pero más importante aún es que la mayoría de casos ocurren alrededor de los sistemas de salud o entre familiares. De acuerdo a la OMS había mil pacientes, de los cuales 442 habrían fallecido y en el momento actual, se reportan 35 casos por semana.

En resumen, es importante reconocer que debemos tener una tecnología y una red de información para hacer diagnósticos moleculares rápidos, eficientes y además que se estructure la posibilidad de un manejo clínico y de un manejo preventivo de estas condiciones; es necesario fortalecer la capacidad de nuestros servicios de salud para evitar futuras epidemias.