

Dra. Virginia Díaz Jiménez

Jefe de laboratorio de Virología, INP

Influenza A H1N1

En los últimos meses se ha presentado una pandemia por el virus de la Influenza A (H1N1), el cual pertenece a la familia de los Orthomyxovirus, y tiene la característica de poseer segmentos genéticos de ave, puerco y humano. La forma de transmisión es por medio de gotas de secreción de la vía aérea y de contacto. Se deberá de estudiar si se elimina y se puede transmitir por otras secreciones como son orina y evacuaciones.¹

El periodo de incubación es de 1 a 4 días y su periodo de transmisión es de una semana en adultos, describiéndose en los niños por periodos más prolongados, lo cual indica que estos últimos pueden ser por más tiempo un foco de infección en la comunidad.²

Hasta el 2 de junio la Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que la epidemia se ha propagado a 53 países en donde hay 18,280 casos de Influenza A (H1N1). En México, se reportan 5,563 casos confirmados, de los cuales 103 fallecieron; mientras que en Estados Unidos se confirmaron 10,053 casos con 17 fallecimientos.^{3,4}

El cuadro clínico de los pacientes con enfermedad por Influenza A (H1N1) es muy amplio, desde una infección de vías aéreas superiores sin fiebre, a una neumonía severa o fatal. La gran mayoría de los casos se presentan como un cuadro de infección de vías aéreas superiores autolimitada, sin complicaciones. Los síntomas más frecuentes son tos, fiebre, dolor faríngeo, ataque al estado general y dolor de cabeza. Los síntomas gastrointestinales (náusea, vómito y/o diarrea) se presentan en 38% de los pacientes ambulatorios en Estados Unidos. No se ha corroborado hasta el momento encefalitis.

En un comunicado semanal (el 22 de mayo) la OMS reportó, que el porcentaje de pacientes confirmados con Influenza A (H1N1) que han requerido hospitalización en Estados Unidos es de 2 a 5% y en México es de 6%. Hasta el 20 de mayo en nuestro país se notificaron 45 casos fatales, de los cuales 46% presentaba un factor de riesgo como asma, embarazo, diabetes, obesidad mórbida, enfermedades autoinmunes o eran pacientes bajo tratamiento inmunosupresor o cardiopatas. Los grupos de edad que predominaron fueron de 20 a 59 años, y se reportan índices de mortalidad menores en niños y adolescentes, la explicación para esto se desconoce hasta el momento, ya que en Estados Unidos afectó también a niños.

En México los hallazgos de los estudios de laboratorio en pacientes hospitalizados son linfopenia, incremento de aminotransferasas, DHL (deshidrogenasa láctica), niveles muy altos de CPK (Creatin-fosfoquinasa). Más de 50% de estos pacientes presentó insuficiencia renal, quizá secundaria a rhabdomiolisis y mioglobulinuria. Las primeras autopsias reportadas en México indican que la patología es consistente con un síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, secundario a una neumonía viral primaria, incluyendo daño difuso alveolar, peribronquial e infiltrado linfocítico perivascular, cambios hiperplásicos de la vía aérea y bronquiolitis obliterante. En las biopsias de músculo realizadas en dos casos, se muestra necrosis del músculo esquelético.

Con lo anterior, la OMS da una sugerencia para el tratamiento de los pacientes: en los casos moderados deberán de aplicarse medidas de sostén como son antipiréticos (evitando el uso de aspirinas por el riesgo de desarrollar síndrome de Reye) y administración de líquidos. En los pacientes con factores de riesgo deberá de iniciarse el antiviral (oseltamivir o zanamivir). En los pacientes hospitalizados se recomienda el uso temprano del antiviral, en especial en la enfermedad progresiva o en pacientes con neumonía. Con respecto al soporte respiratorio, la detección temprana es básica, así como la corrección de la hipoxia con oxígeno suplementario o con ventilación mecánica, sugiriéndose el uso de bajos volúmenes y bajas presiones, con el fin de proteger al pulmón.⁵

Hasta el momento las 103 defunciones en México corresponden a 1.9% de los casos confirmados, 52.4% mujeres y 47.6% hombres. Además continúa el predominio en 73.8% en los grupos de edad de 20 a 54 años. De las defunciones, más de 84% tuvo como síntomas tos y fiebre, 74.8% dolor de cabeza, 55.3% ataque al estado general y 51.5% expectoración.

El 37.9% de los fallecidos tenía padecimientos metabólicos como obesidad y diabetes mellitus, 19.4% enfermedades cardiovasculares, 10.7% tabaquismo, 8.7% problemas respiratorios y el resto, enfermedades infecciosas, autoinmunes y neoplásicas.²

Los casos reportados en nuestro país en los últimos días han disminuido considerablemente pero deberemos mantener una vigilancia estrecha para la detección temprana de una nueva emergencia durante la temporada otoño–invierno. Y deberá tenerse en cuenta que al confrontar al virus con el oseltamivir o zanamivir existe la posibilidad de una mutación que cause resistencia a dichos antivirales, lo cual generaría un problema de salud a nivel mundial.

Referencias

1. Novel Swine Origin Influenza A (H1N1) Virus investigation Team. Emergence of a Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus in humans. *N Engl J Med* 2009; 361:10. Publicado en Internet el 7 de mayo. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/NEJMoa0903810?resourceType=HWCIT>
2. Trifonov V, Khiabmanian H, *et.al*. Geographic Dependence, Surveillance and origins of the 2009 Influenza A (H1N1) Virus. *N Engl J Med* 2009. Publicado en Internet el 27 de mayo. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/NEJMp0904572?resourceType=HWCIT>
3. Situación actual de la epidemia de influenza A (H1N1). Secretaría de salud México. Comunicado de prensa 171. 02 Junio 2009. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2009-06-02_3999.html. Última revisión realizada el día 2 de junio del 2009.
4. H1N1 flu (swine flu). Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/H1N1Flu/>. Última revisión realizada el día 2 de junio del 2009.
5. Human infection with influenza A (H1N1) virus: clinical observations from Mexico and other countries. Weekly epidemiological record. World Health Organization. 2009;84:21:185-189. Disponible en: <http://www.who.int/wer/2009/wer8420/en/index.html>.