

Cuidado con el lobo

Grupo de Análisis Sanitario de la SEMG

Tras meses de recibir información de todo tipo (con mayor o menor –en ocasiones ningún- acierto) y desde todos los canales posibles, se plantea la duda sobre si dedicarle un nuevo *A Fondo* a la gripe A o no hacerlo. Pero siempre hay datos susceptibles de ser matizados.

Y ahora que se puede realizar una pequeña retrospectiva, parece necesario recordar que la letalidad de esta nueva gripe es menor que la que ocasiona la gripe estacional. Sin embargo, es la nueva pandemia que nos acompañará durante gran parte de las próximas décadas, del mismo modo que la conocida como “gripe española”, la de 1918, se convirtió en la cepa estacional durante muchísimos años; o como también lo hicieron las de 1957 y 1968, o gripes asiática y de Hong Kong, respectivamente. Los virus evolucionan, cambian, así como los anticuerpos se van modificando, y en esta carrera a veces las vacunas van por delante o, como con la actual Gripe A, por detrás. La gripe es esencialmente una enfermedad de invierno y en este espacio de tiempo es donde se preparan y ajustan las vacunas de forma que el próximo invierno estemos bastante preparados para afrontarla.

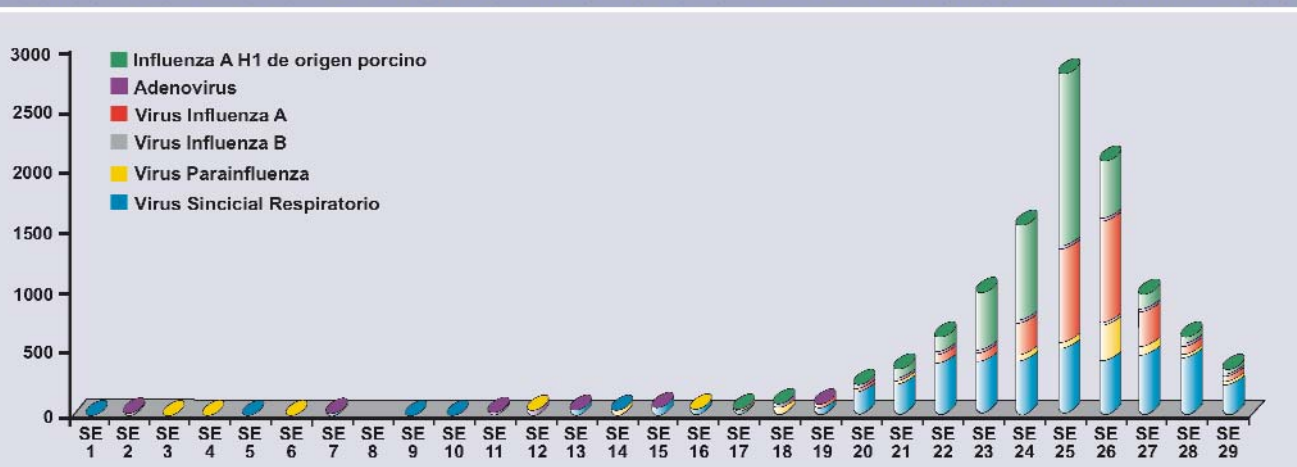
En este caso, además de haber generado la

hiperprevención mediática, podemos encarar nuestro primer invierno con ella teniendo como referente lo sucedido en el hemisferio austral, aunque sea una valoración muy general.

En Argentina, por ejemplo, han pasado el invierno sin vacuna y parece que han iniciado la difusión del problema un poco tarde, debido a que estaban a punto de celebrar elecciones y prefirieron retrasar la noticias del problema sanitario para no enturbiar los comicios (asunto que costó la denuncia y renuncia de la ministra de Salud de ese país). Aun con todo ello, casi pasado el invierno, se puede decir que la epidemia fue bastante *light*, a pesar de que los datos oficiales son, visto lo visto, poco fiables.

Miremos primero algunos datos para ubicarnos: el invierno austral dura desde el 21 de junio al 21 de septiembre. La República Argentina, según datos oficiales, tiene a día de hoy una población estimada de 40,1 millones de habitantes (el último censo oficial, realizado por el Instituto Nacional de Censos y Estadística de la República, data de 2001 y cifra la población en 36.260.130). Es un país con baja densidad de población (14 habitantes/Km²); no obstante, la mayoría de la

Gráfico 1. DISTRIBUCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIO POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. ARGENTINA 2009



población (33%) está concentrada en el aglomerado del Gran Buenos Aires (el área de influencia en torno a la capital que es la Comunidad Autónoma de Buenos Aires). Sumadas ambas poblaciones, en este espacio se concentran alrededor de 16 millones y medio de personas. La proporción de mayores de 60 años es en todo el país de 13,8%. La esperanza de vida es alta para un país de América latina (75,2 años) y la alfabetización es del 97,4%. La tasa de mortalidad infantil es de 13,3%, la desocupación alcanza el 8,8% de la población, y las tasas de pobreza y de indigencia (cifras oficiales) llegan a 15,3% y a 4,4%, respectivamente, aunque estudios privados sostienen que la pobreza puede rondar el 32%.

La información que exponemos a continuación, último parte (n° 65) del Ministerio de Salud argentino, muestra un cuadro de situación de la epidemia (H1N1) 2009 en la República Argentina. Son, según el parte, datos disponibles desde el 17 de mayo de 2009 hasta el 1 de agosto de 2009 (semanas epidemiológicas –SE- 20 a 30).

Siempre citando el parte ministerial, en el periodo analizado se ha notificado un total de 762.711 casos de enfermedad tipo *Influenza* (ETI). A partir de la SE 27 (del 5 al 11 de julio) se observa una tendencia descendente en el número de casos (notificados) en el país. Este seguimiento muestra que la tendencia se presenta en 18 de las 24 provincias.

Argentina tiene capacidad instalada de PCR para diagnosticar el nuevo subtipo del virus de influenza A

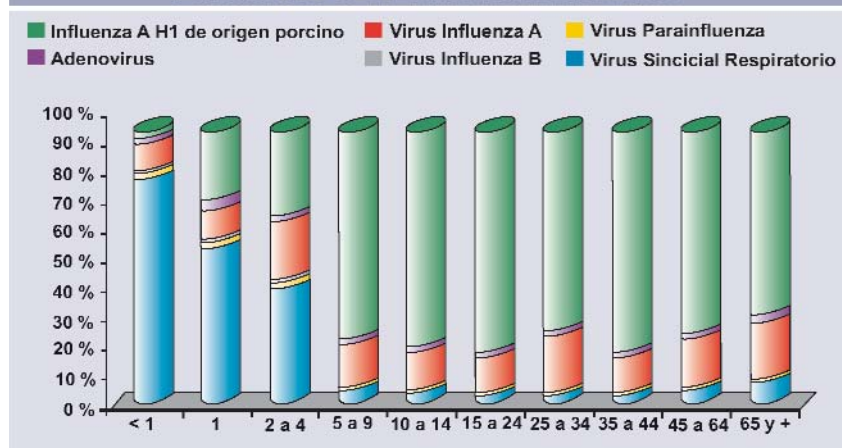
(H1N1) en humanos, con base en el desempeño presentado en la evaluación externa de calidad de la Organización Mundial de Salud (OMS) (EQAP, por sus siglas en inglés). Se han procesado por PCR específico en tiempo real 15.145 muestras y confirmado 5.710 casos de *Influenza* pandémica (H1N1). La confirmación de los casos se realiza en 18 laboratorios nacionales y provinciales, públicos y privados.

Desde la semana 21 (del 24 al 30 de mayo) se observa un importante incremento de la circulación viral de la *Influenza* pandémica (H1N1) 2009 y sin tipificar. En la semana 29 (del 19 al 25 de julio) llegaron a representar 93,8% del total de virus respiratorios circulantes en los mayores de 5 años. En cambio, en los menores de 5 años esta proporción disminuye a 22%, mientras que se eleva la proporción de Virus Respiratorio Sincitial, que alcanza un 70,6%.

Se notificaron 6.384 casos de infección respiratoria aguda grave que requirieron hospitalización. Los grupos de edad más afectados con esta enfermedad grave son los menores de cinco años y los de 15 a 24 años. Por otra parte, se confirmaron 337 personas fallecidas asociadas a la *Influenza* pandémica; 47% de los casos tiene antecedentes de enfermedad crónica o algún otro factor de riesgo.

De acuerdo a las nuevas recomendaciones de la OMS sobre el seguimiento de 4 indicadores (tendencia, intensidad, dispersión geográfica e impacto en los servicios de atención de salud), la República Argentina se encuentra durante la SE 30 (del 26 de julio al 1 de agosto) con "dispersión geográfica generalizada", es decir, se están presentado casos en todas las provincias del país; una tendencia "decreciente" de la actividad de enfermedad respiratoria, como muestra la vigilancia epidemiológica de ETI; una intensidad "elevada" de actividad de ETI, es decir, aún hay una proporción de población afectada superior a lo esperado para esta época del año; un impacto "moderado" en los servicios de salud,

Gráfico 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE VIRUS RESPIRATORIO POR GRUPO DE EDAD. ARGENTINA 2009



De acuerdo a las nuevas recomendaciones de la OMS sobre el seguimiento de 4 indicadores (tendencia, intensidad, dispersión geográfica e impacto en los servicios de atención de salud), la República Argentina se encuentra durante la SE 30 (del 26 de julio al 1 de agosto) con "dispersión geográfica generalizada", es decir, se están presentado casos en todas las provincias del país; una tendencia "decreciente" de la actividad de enfermedad respiratoria, como muestra la vigilancia epidemiológica de ETI; una intensidad "elevada" de actividad de ETI, es decir, aún hay una proporción de población afectada superior a lo esperado para esta época del año; un impacto "moderado" en los servicios de salud,

es decir, el sistema de salud es capaz de absorber la demanda generada por la pandemia.

Como se aprecia en la **tabla 1**, se han confirmado 337 defunciones (por H1N1 en 18 provincias, mientras que 402 se encuentran en estudio de laboratorio a fecha del 5 de agosto). No se encuentran diferencias según sexo. El grupo de edad más afectado son los adultos de 50 a 59 años de edad. El 47% (145 casos) tenía algún factor de riesgo o enfermedad de base. Los factores más importantes en ambos sexos son: obesidad (18%), cardiopatía (8%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (7%). De un total de 82 mujeres

fallecidas con factores de riesgo, embarazo y puerperio representan el 19,5%.

El gráfico 3 nos muestra los casos de las ETI notificados desde principios del 2009 y se compara con lo que se espera según lo ocurrido en los últimos 5 años (zonas de éxito, seguridad y alerta). Pormenorizando la evolución semanal resumida anteriormente, se observa que la vigilancia ETI registra un aumento de casos de enfermedad tipo *Influenza* notificados a partir de la semana 22 y el número de casos supera el canal de alerta a partir de la semana 24, alcanzando una tasa máxima de 29,7 casos por diez mil habitantes en la

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ETI NOTIFICADAS, CONFIRMADAS, IRAG Y DEFUNCIONES ACUMULADAS SEGÚN PROVINCIAS. ARGENTINA, 2009

Provincias	Nº de ETI notificadas	Tasa / 10.000 hab.	Nº casos confirmados	Nº casos IRAG	Fallecidos confirmados
Buenos	176.242	116,0	1.872	2.059	123
Ciudad de Buenos Aires	22.502	73,7	930	628	27
Catamarca	9.752	246,0	3	3	
Chaco	32.815	309,0	36	346	
Chubut	20.939	449,5	80	269	2
Córdoba	62.466	185,4	492	287	26
Corrientes	16.036	156,5	129	80	8
Entre Ríos	52.513	413,8	149	276	8
Formosa	18.823	343,6	80	60	1
Jujuy	24.988	362,5	22	22	1
La Pampa	14.292	423,4	139	308	4
La Rioja	2.317	66,5	24	7	
Mendoza	27.727	158,6	119	186	6
Misiones	50.141	458,0	38	17	3
Neuquén	27.924	501,7	219	634	11
Río Negro	25.908	431,3	129	405	10
Salta	54.206	435,1	91	18	1
San Juan	9.991	141,6	37	10	2
San Luis	9.504	212,5	61	22	5
Santa Cruz	4.719	205,1	83	283	7
Santa Fe	28.878	88,4	572	90	83
Santiago del Estero	22.825	261,0	39	21	3
Tierra del Fuego	6.978	537,0	187	102	
Tucumán	40.214	269,2	50	145	1
Sin especificar			129	106	6
País	762.711	159,7	5.710	6.384	337

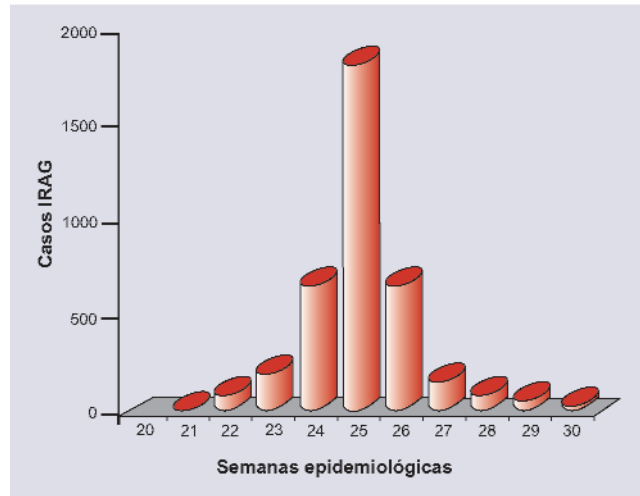
semana 26 (28 de junio al 4 de julio). A partir de la semana 27 se aprecia un descenso evidente en el número de casos; sin embargo, la intensidad de la actividad de enfermedad tipo *Influenza* es aún elevada (18,2/10.000 habitantes).

Con respecto a los casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave, muestra un máximo en la SE 25 (21 a 27 de junio) y se mantiene en descenso en las últimas 4 semanas.

Según datos extraoficiales publicados en medios de comunicación de ese país, se estima que en Argentina se han infectado más de millón de personas y los últimos datos reconocidos oficialmente en personas sanas cifran la mortalidad en 514 individuos, lo que aparentemente configura una tasa muy baja de incidencia directa. Una de las diferencias más notorias frente a la gripe estacional es que la mortalidad se produjo en edades de 50 a 59 años, frente lo típico de la gripe estacionaria tradicional (mayores de 60). El mayor número de muertes se concentró en un mes (del 20 de junio al 18 de julio), que resultó el momento de mayor agobio sanitario. El mayor número de casos graves se registro entre menores de 5 años. Trescientas dos mujeres embarazadas contrajeron el virus, de las que 190 (63%) debieron ser hospitalizadas.

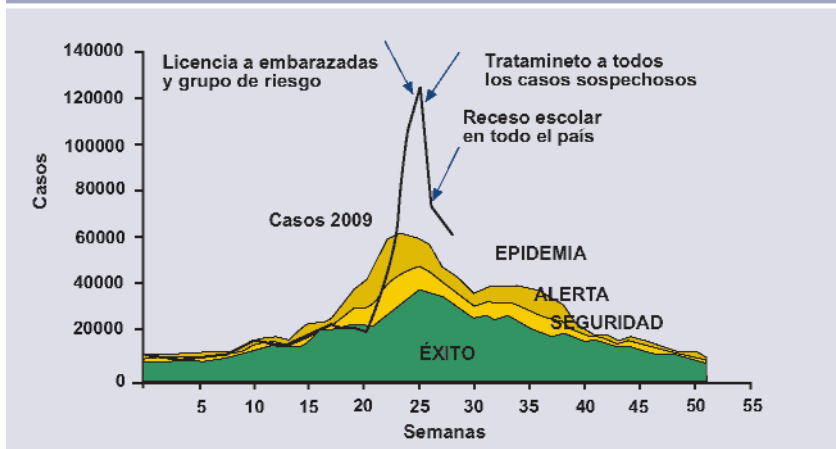
La atención fue realizada en general por los médicos de Atención Primaria y los tratamientos disponibles y prescritos han sido los usuales para la gripe tradicional

Gráfico 4. CASOS HOSPITALIZADOS POR IRAG SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE INICIO DE SÍNTOMAS



(paracetamol, ibuprofeno, reposo, aislamiento domiciliario y normas de higiene básicas). Si bien la rapidez y la agresividad del contagio del virus fueron altas, se tomaron algunas medidas de prevención, como adelantar en varios días las vacaciones escolares invernales y recomendar el cierre por algunos días de espectáculos públicos masivos en lugares cerrados, aunque el transporte público siguió con su rutina de exceso de pasajeros en las horas punta. No obstante, se habilitaron pocos recintos especiales para internamiento o atención y no se colapsaron los hospitales.

Gráfico 3. TENDENCIA E INTENSIDAD DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA



Cabe considerar como factores que inciden negativamente en la proliferación de la epidemia el hecho de que Argentina padece importantes niveles de pobreza y que la red de prevención falló en las primeras semanas, aparentemente por las circunstancias que comentamos al inicio de éste artículo.

En resumen, y sin bajar la guardia, podemos apreciar en la experiencia Argentina que, si bien la Gripe A llegó para instalarse por muchos años, como algún medio ha apuntado ya, parece ser que, de momento, el lobo no es tan fiero como lo pintan.