

BREVE REVISIÓN DE LA INFLUENZA A H1N1

Dra. Lely Solari⁵

Desde marzo del presente año, luego del reporte de los primeros casos de de influenza causados por el virus A H1N1 en México y Estado Unidos, países de los cinco continentes han reportado casos de la enfermedad con diferentes patrones clínicos y de gravedad. En México, por ejemplo, las publicaciones al respecto muestran que en la mitad de los fallecidos, a diferencia de otros virus de Influenza, no existían factores de riesgo predisponentes y se trataba de adultos jóvenes previamente sanos (1). Otros reportes iniciales señalan diferencias clínicas con epidemias previas de virus influenza, por ejemplo el compromiso digestivo y la temperatura elevada como signos característicos de esta nueva cepa (2).

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al inicio de la epidemia, buscó la definición de caso que más correspondía con los casos que se venían presentando en los establecimientos de salud y definió como criterios de caso sospechoso la presencia de fiebre asociada con tos, rinorrea o dolor faríngeo(3). Sin embargo, esta definición clínica, a pesar de continuar siendo utilizada, no ha sido validada prospectivamente.

El espectro clínico de la enfermedad es bastante amplio, pasando por los casos oligosintomáticos hasta enfermedad fulminante y muerte. Es por lo mismo que clínicamente es difícil determinar qué casos corresponden a infecciones por este nuevo virus y qué casos son producidos por otros virus respiratorios.

En pocos meses han sido muchas las publicaciones acerca de los aspectos clínicos de la infección por nueva influenza A H1N1. La mayoría se han centrado en los casos graves de la enfermedad (1,4), y son pocos los reportes acerca del grueso de los casos,

que son los pacientes oligosintomáticos o con cuadros gripales. Existen reportes preliminares de las características clínicas de estos pacientes (5), indicando que el comportamiento clínico es similar al de un cuadro de influenza estacional. Incluso hay un estudio hecho en pacientes peruanos (6), sin embargo, el análisis que realiza desde el punto de vista clínico es superficial, debiendo ahondar en los aspectos clínicos de los pacientes con enfermedad leve, que constituyen la gran mayoría de los casos.

Hay muchos estudios publicados acerca del cuadro clínico producido por los virus influenza que circulan de forma estacional (por ejemplo, el virus influenza H2N3) (7) Existe incluso una revisión sistemática que encontró 915 publicaciones acerca de la evaluación clínica de los casos de influenza, sin embargo, de éstas, sólo 17 contenían información separada de los síntomas y signos (8). Esta revisión concluye que, a pesar que hay algunos síntomas/signos que se asocian de forma positiva o negativa al diagnóstico de influenza, ninguna combinación de éstos puede predecir qué pacientes tienen el diagnóstico. Otras publicaciones tratan de confeccionar reglas de predicción clínica para definir scores (9). Por otro lado, existe poca información disponible acerca del perfil clínico producido por esta nueva variante de influenza A H1N1, y esta conclusión no se podría extrapolar a este nuevo virus. Un estudio realizado en Chipre acerca de niños con nueva influenza A H1N1 muestra que los síntomas más frecuentes son fiebre, tos y rinorrea, sin embargo, esto puede corresponder únicamente a la definición de caso. En dicha serie no se reportan casos graves entre estos niños pequeños, sin embargo, es importante mencionar que es una serie pequeña (sólo 43 pacientes) y además todos ellos recibieron tratamiento con oseltamivir. El estudio peruano incluye información generada hasta el 17 de julio (6), pero dicha información no está dividida de acuerdo con las etapas de la epidemia (fase de introducción del virus

⁵ Centro Nacional de Salud Pública

en la población, fase de contención y fase de mitigación). Asimismo, la información de la capital, donde la epidemia llegó primero y por lo tanto la curva epidemiológica se produjo antes, no se distingue de la información de provincias, donde la epidemia se produjo de manera más tardía. Otro estudio importante es el análisis de los 132 casos japoneses en Okinawa (8) hecho en base a casos de escolares, en el cual se muestra un espectro clínico muy similar al de los casos de influenza estacionales.

- 1) Chowell G, Bertozzi SM, Colchero MA, Lopez-Gatell H, et al Severe Respiratory Disease Concurrent with the Circulation of H1N1 Influenza. *N Engl J Med.* 2009;361(7):674-9.
- 2) Maines T, Jayaraman A, Belser J, Wadford D, Pappas C, Zeng H et. al. Transmission and pathogenesis of swine-origin 2009 A(H1N1) influenza viruses in ferrets and mice. *Science* 24 July 2009; 325(5939):484 - 487
- 3) Organización Panamericana de la Salud, Center For Disease Control and Prevention. Protocolo Genérico para la Vigilancia de la Influenza. Washington DC: CDC;2006.
- 4) Perez-Padilla R, de la Rosa-Zamboni D, Ponce de Leon S, Hernandez M. Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico. *N Engl J Med.* 2009, 13;361(7):680-9.
- 5) Koliou M, Soteriades ES, Toumasi MM, Demosthenous A, et al. Epidemiological and clinical characteristics of influenza A(H1N1) v infection in children: The first 45 cases in Cyprus, June - August 2009. *Euro Surveill.* 2009 Aug 20;14(33). pii: 19312.
- 6) Munayco C, Gómez J, Laguna-Torres V, Arrasco J. Epidemiological and transmissibility analysis of influenza A (H1N1) in a southern hemisphere setting: Peru. *Eurosurveillance* 2009; 14 (32) . pii .
- 7) Monto AS, Gravenstein S, Elliott M, Colopy M et al. Clinical signs and symptoms predicting influenza infection. *Arch Intern Med.* 2000;160(21):3243-7.
- 8) Call A, Vollenweider M, Horung C, Simel D, McKinney W. Does this patient have influenza? *JAMA,* 2005;293(8):987-997.
- 9) Komiya N, Gui Y, Hamiya H, Matsui T. Clinical features of cases of influenza A (H1N1) in Osaka Prefecture, Japan, May 2009. *Euro Surveill,* 2009 Jul 23:14(29).

NECESIDAD DE INSTITUCIONALIZACION PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION EN SALUD A NIVEL REGIONAL, PERÚ 2009

Introducción

El desarrollo y ejecución de prioridades regionales de investigación en salud requiere de unidades orgánicas en las direcciones regionales de salud que coordinen, ejecuten y vigilen su avance.

Objetivo

Conocer las características de las unidades de investigación (UI) de las direcciones regionales de salud (DIRESA) del Perú.

Materiales y métodos

Se realizó una encuesta estructurada autoaplicada remitida a 28 DIRESA en forma electrónica e impresa a los directores de las DIRESA y encargados de estas unidades de investigación entre los meses de julio y agosto de 2009.

Resultados

Sólo se recibió 19 respuestas, siete manifestaron que no tenían UI y refirieron que las labores de investigación estaban a cargo de la Oficina de Epidemiología. De los 12 que manifestaron que tenían UI, solo en un caso esta era una unidad orgánica y en el resto eran funcionales, siete