



# ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA

www.archbronconeumol.org



## Introducción

José Blanquer<sup>a,\*</sup> y Juan Ruiz Manzano<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Coordinador del Área Tuberculosis e Infecciones Respiratorias, SEPAR, Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios, Hospital Clínic Universitari, Valencia, España

<sup>b</sup>Presidente de SEPAR, Servei de Pneumologia, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

Las autoridades sanitarias de Estados Unidos comunicaron el 17 de abril de 2009 a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la detección, en 2 niños de California que sufrieron un cuadro gripal, de un nuevo virus influenza A (H1N1) de origen porcino, responsable de la epidemia que había empezado 3 semanas antes en territorio mexicano<sup>1</sup>. Así, comenzamos a tener conocimiento del brote epidémico declarado oficialmente pandemia por la OMS el 11 de junio, y que actualmente se ha extendido por 191 países, que cursó en su primera ola epidémica con mayor incidencia en países australes, sobre todo a partir de mediados de junio coincidiendo con su período invernal y, actualmente, con mayor preponderancia en el hemisferio norte.

Esta pandemia creó gran alarma social, por un lado, por los antecedentes de las 3 pandemias gripales del siglo xx, que originaron gran cantidad de muertes y, también, por la mayor frecuencia de casos graves que requieren hospitalización en niños y jóvenes menores de 30 años, así como de episodios mortales en pacientes con edades comprendidas entre 20 y 50 años, a diferencia de la gripe estacional, donde son más frecuentes en pacientes de mayor edad. Afortunadamente, los datos provenientes del Cono Sur en cuanto a la tasa de letalidad de la nueva pandemia, que parece menor que la de la gripe estacional, datos confirmados en la segunda ola epidémica, parecen tranquilizadores. Así, en el momento de escribir estas líneas, a mediados de diciembre, en Estados Unidos, donde se han registrado hasta ahora 47 millones de personas infectadas, aproximadamente un 15% de la población, la tasa de letalidad continúa siendo baja, 0,18 por 1.000 casos, similar a la española. En nuestro país, donde el 99% de los cuadros gripales se deben actualmente a la nueva gripe, y en el que se ha superado el pico de la segunda ola epidémica, al parecer, ya que hemos vuelto a caer a una cifra de 151 casos por 100.000 habitantes, que no se registraba desde el inicio de la fase expansiva del virus en el mes de octubre, la gripe A (H1N1) ha provocado 208 muertes en estos 6 meses, con una tasa de letalidad de 0,18 por 1.000, mucho menor de las 1.500-3.000 muertes anuales debidas a la gripe estacional (*El País*, 11-12-2009).

Las características clínicas de la gripe A (H1N1) son similares a las de la gripe estacional, a excepción de una mayor frecuencia de episodios diarreicos (25-30%), presentándose el 95% de los casos con cuadros leves, de 4-7 días de duración, que cursan con fiebre, tos, cefalea, rinorrea, odinofagia, mialgias e intensa astenia. Las complicaciones se suelen dar en sujetos con enfermedades previas, sobre todo respiratorias, así como en personas sanas embarazadas (sobre

todo en el tercer trimestre) y en obesidades mórbidas<sup>2,3</sup>. La complicación más frecuente es la presentación de neumonía viral primaria o bacteriana complicativa, que puede evolucionar a insuficiencia respiratoria aguda y distrés respiratorio, requerir ventilación mecánica e ingreso en la unidad de cuidados intensivos, e incluso la muerte<sup>3,4</sup>. Habitualmente, el tratamiento requerido en los casos leves se limita al uso de antitérmicos, estando indicados antivirales (oseltamivir/zanamivir) precoces en los pacientes con los factores de riesgo señalados anteriormente, así como en los pacientes que requieren ingreso hospitalario. La medida preventiva farmacológica más efectiva contra la gripe es la vacunación, cuya indicación en los trabajadores sanitarios para intentar controlar la epidemia ha suscitado en varios países del hemisferio norte una polémica inesperada y, en ocasiones, no suficientemente basada en argumentos científicos<sup>5,6</sup>.

El análisis de la evolución de la pandemia en los países del hemisferio sur, que sufrieron el ataque epidémico inesperado durante nuestros meses estivales, ha facilitado la adopción de medidas organizativas previas coordinadas por la Administración sanitaria, incluyendo la elaboración y puesta en común de protocolos diagnosticoterapéuticos por las diversas sociedades científicas. Afortunadamente, no se han cumplido hasta el momento presente las predicciones pesimistas que aventuraban que el sistema sanitario quizás no podría soportar la sobrecarga que le iba a representar la presente epidemia, sobre todo en recursos necesarios en pacientes críticos, debido a los requerimientos de ventilación mecánica durante períodos prolongados. En este sentido, hemos de destacar que en esta pandemia, y desde el primer momento, las autoridades sanitarias, lideradas por el Ministerio de Sanidad y Política Social, han demostrado gran capacidad de diálogo y consenso con los diferentes agentes implicados en el problema, lo que ha hecho posible la adopción de medidas y planes de contingencia para cubrir todos los escenarios posibles. Esta pandemia ha provocado un esfuerzo organizativo importante a todos los niveles: central, autonómico, hospitalario, atención primaria, etc. Estamos convencidos de que los resultados de este esfuerzo organizativo, independientemente de su utilidad para la presente pandemia, serán unos de los valores más importantes que nos proporcionará la gripe A (H1N1).

El incremento progresivo de publicaciones científicas que versan acerca de la gripe A (H1N1) ha provocado quizás una dificultad para la integración del acúmulo de información y ha hecho que nos planteáramos la posibilidad de crear un número monográfico que resumiera la situación actual en nuestro país de la pandemia en el otoño de 2009, complementada por la descripción de la segunda ola epidémica de Estados Unidos.

Con tal fin, el Dr. J. Vaqué analiza las características epidemiológicas propias de la nueva pandemia, mientras que el Dr. M. Restrepo et

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: blanquer\_jos@gva.es (J. Blanquer).

al valoran la segunda ola epidémica en Estados Unidos. Por otro lado, el Dr. A. Torres et al estudian las manifestaciones clínicas e indicaciones profilácticas y terapéuticas en la gripe A (H1N1), mientras que el Dr. Rello et al analizan los casos graves de gripe A (H1N1) ocurridos en España. Finaliza el número monográfico con la valoración por el Dr. Bayas et al de la problemática de la vacunación contra la gripe A (H1N1) en España.

#### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

#### **Bibliografía**

1. CDC. Swine influenza A (H1N1) infection in two children-Southern California, March-April 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009;58:400-2.
2. CDC. Hospitalized patients with novel influenza A (H1N1) infection- California, April- May, 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009;58:536-41.
3. The ANZIC Influenza Investigators. Critical Care Services and 2009 H1N1 Influenza in Australia and New Zealand. N Engl J Med. 2009;361:1925-34.
4. Rello J, Rodríguez A, Ibáñez P, Socías L, Cebrián J, Marqués A, et al. Intensive care adult patients with severe respiratory failure caused by Influenza A (H1N1)v in Spain. Crit Care. 2009;13:R148.
5. Ofri D. The emotional epidemiology of H1N1 influenza vaccination. N Eng J Med. 2009. Epub ahead of print.
6. Stewart AM. Mandatory vaccination of health care workers. N Engl J Med. 2009;361:2015-7.