

Cómo se ha venido afrontando la pandemia por A H1N1/09 desde el Distrito Capital y cuál es la situación actual en el mundo y en Colombia sobre el brote del 2009 de influenza A (H1N1)

Gustavo Aristizábal¹, Jorge Oswaldo Suárez²

Desde mediados del 2005 cuando se generó un llamado especial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el riesgo cada vez mayor de una pandemia por influenza por un virus nuevo, el Grupo de Vigilancia en Salud de la Secretaría Distrital de la Salud ha venido en un proceso de preparación en articulación con el Ministerio de la Protección Social y con el Instituto Nacional de Salud, en particular. Entre enero de 2006 y julio de 2007 se trabajó para apoyar en la elaboración de un plan nacional de preparación y de los documentos que daban respuesta a sus diferentes componentes. Al mismo tiempo que se generó el respectivo plan distrital con sus respectivos anexos, se adelantaron actividades de sensibilización y de capacitación a las instituciones públicas y privadas de la ciudad; infortunadamente, la mayoría de las veces se encontró una respuesta inadecuada de dichas instituciones y de los profesionales invitados a través de las mismas. Por otro lado, el componente de preparación para la pandemia se incluyó en las responsabilidades del Plan de Desarrollo Distrital, 2008-2012, y del Plan Sectorial de Salud.

Los aspectos en los cuales se trabajó en forma prioritaria fueron:

- el fortalecimiento de la vigilancia de los eventos semejantes a la influenza y
- el fortalecimiento del Programa de Prevención y Atención en Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) como estrategia básica para el componente de la atención y el manejo de los casos.

Vigilancia de los eventos semejantes a influenza

Se ha venido trabajando con los siguientes componentes:

- Notificación colectiva a través del SIVIGILA de los eventos semejantes a la influenza (ESI) y de los eventos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) de acuerdo con los lineamientos nacionales liderados por el Instituto Nacional de Salud; a partir de dicha información logramos identificar que en Bogotá se reportan anualmente más de 1'000.000 de casos de infección respiratoria aguda (IRA) en las diferentes edades, teniendo claro que

1 Médico pediatra, neumólogo; Grupo de ERA, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, D.C., Colombia

2 Médico, Servicio Social Obligatorio en Investigación, Unidad de Infectología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia

Correspondencia:

Correspondencia: Gustavo Aristizabal, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, D.C., Colombia. GAristizabal@saludcapital.gov.co

Recibido: 04/08/2009; Aceptado: 08/08/2009

ello aún debe haber un subregistro, dadas las dificultades para que todos los profesionales del nivel asistencial reporten dicha información en forma adecuada.

- Vigilancia centinela de la circulación viral, que se venía realizando desde el 2004 pero que, a partir del 2006, se intensificó y se le puso especial atención a los eventos tipo ESI e IRAG, brindándole a la ciudad una información importante sobre la circulación de los diferentes virus respiratorios y la relevancia de cada uno de ellos.
- Vigilancia intensificada de los casos de IRA grave de tipo inusitado, como estrategia especial para identificar los casos con mayores posibilidades de corresponder a casos de influenza por el nuevo virus, identificando como tal a todo caso que se hospitalizara por IRA y que reuniera cualquiera de las siguientes condiciones: a) población previamente sana, en el rango de 5 a 65 años de edad; b) trabajador del área de la salud; c) corresponde a un conglomerado; d) cuando el profesional de salud lo perciba como un caso inusitado o inusual, y e) muertes por infección respiratoria aguda de causa desconocida.
- Vigilancia centinela especial de los casos atendidos, ya sea de urgencias o de unidades de cuidados intensivos, y etiología viral y bacteriana de casos de IRA grave en el Hospital de Santa Clara y en el Hospital de Kennedy.
- Vigilancia de la morbilidad a través de los casos atendidos por ERA, a nivel de salas ERA.
- Vigilancia de la mortalidad por IRA en menores de 5 años, a través del Sistema Alerta Acción y a través de las estadísticas vitales; algo equivalente se ha estado diseñando para el grupo de mayores de 60 años.

Desde la definición de la emergencia actual con el virus H1N1/09, se ha venido trabajando con base en las definiciones establecidas desde el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud para cada momento de la misma.

Una estrategia clave para su abordaje era lograr identificar, especialmente, a las personas inicialmente afectadas y, sobre todo, a sus contactos, como actividad fundamental para la mitigación de la epidemia; ello implica:

- Realizar la detección temprana y la investigación de todos los casos y contactos para identificar la circulación del nuevo subtipo del virus de influenza A y hacer patente una posible transmisión sostenida de la enfermedad, la cual se da cuando aparecen terceras generaciones de casos, es decir, persona enfermas con el nuevo virus cuyo único antecedente es haber estado en contacto, a su vez, de contactos de casos confirmados.
- Lograr una caracterización lo más clara posible de los primeros casos identificados en los brotes para identificar los antecedentes epidemiológicos de viaje a zonas afectadas o de contacto con casos sospechosos o confirmados.
- Disminuir al máximo la propagación buscando cortar la cadena de transmisión como estrategia importante para disminuir el impacto de la pandemia. Existen tres formas eficaces de hacerlo: 1) las medidas de distancia social, por ejemplo, la cuarentena o el aislamiento; 2) el lavado de manos y el uso de equipos de protección personal, y 3) la administración de medicamentos antivirales a los contactos del caso probable o confirmado.

Programa de prevención y atención en ERA como estrategia básica para el componente de atención y manejo de casos

Las actividades que ha venido desarrollando el Distrito Capital con la “línea de prevención y atención en enfermedad respiratoria aguda” y, en especial, lo adelantado en lo referente a las salas ERA y a las estrategias de atención en los servicios de urgencias, se constituyeron

en una base importante de trabajo y, de una forma u otra, hacen parte de las medidas que se deben tomar como respuesta y deben facilitar la estructuración de una respuesta ante una pandemia.

Se definieron como puntos orientadores del trabajo a los siguientes:

- la sensibilización y la capacitación del personal de salud,
- el tratamiento sintomático de los casos de tipo influenza estacional y
- la identificación de áreas apropiadas para la instalación de centros de atención y aislamiento.

Se ha venido trabajando en la importancia de dar atención oportuna y adecuada en los picos, epidemias o pandemias, sin descuidar la atención de las consultas usuales; en insistir en la detección temprana de los casos, idealmente desde la comunidad, y en brindarles el manejo necesario en los diferentes niveles de atención, con las medidas de bioseguridad requeridas que disminuyan el riesgo de diseminación del agente.

El objetivo central en la investigación y manejo de los casos es disminuir la morbilidad y la mortalidad por ERA, a partir de lograr que:

- un grupo importante de casos sea atendido por la comunidad o en instalaciones de salud de mínima complejidad, con tres mensajes clave a los cuidadores: cómo evitar que mis hijos o adulto mayor se enferme; si se enferma, cómo lo cuido en casa, y cuándo se justifica ir a consulta médica;
- otro grupo importante se atienda en las instituciones de I o II nivel, con estrategia de salas ERA o de observación en urgencias, apoyado por el programa de “hospital en casa”, y
- otro grupo sea atendido en hospitales de baja complejidad, apoyado por el programa “hospital de día”.

Situación actual de la pandemia por el virus A H1N1/09

Desde el 6 de julio pasado, la OMS consideró que la pandemia estaba en un momento en que no podíamos basarnos únicamente en el número de casos confirmados para dimensionar el problema de salud pública, en particular, cuando se refiere a cada uno de los países, pues, sin duda, ya había millones de casos en todo el mundo.

Se decidió continuar suministrando la información actualizada de los casos confirmados en una manera mucho más esporádica, como una orientación general y concentrada por cada una de las regiones; de acuerdo con ello, según la última información, que corresponde al 31 de julio de 2009, hay 168 países afectados y de acuerdo con las zonas o regiones se generan los siguientes datos:

| Región | Casos acumulados a 31 de julio de 2009 | |
|--------------------------|--|--------------|
| | Casos | Muertes |
| Africa | 229 | 0 |
| Américas | 98.242 | 1.008 |
| Oriente del Mediterraneo | 1.301 | 1 |
| Europa | 26.089 | 41 |
| Asia suroriental | 9.858 | 65 |
| Pacífico occidental | 26.661 | 39 |
| Total | 162.380 | 1.154 |

Es de resaltar que América ha sido el continente de mayor compromiso, con 98.242 casos confirmados y 1.008 muertes confirmadas pero, sin duda, los casos reales han sido un número mucho más importante que, en este momento, es muy difícil precisar. Los países donde se ha apreciado un mayor impacto en el número de casos y de muertes han sido Estados Unidos, México, Argentina y Chile.

La información publicada por el Ministerio de la Protección Social de Colombia con fecha del 28 de julio de 2009, según el boletín número 93 del Instituto Nacional de Salud, con-

firman 7.838 casos sospechosos, 311 casos probables, 259 casos confirmados (254 casos confirmados por rRT-PCR y 5 casos confirmados por secuenciación de genes) y 13 casos de mortalidad por el virus. Se descartaron 2.487 casos, de los cuales, 2.311 fueron descartados por criterios de laboratorio mediante la técnica de rRT-PCR y 176 que no cumplieron la definición epidemiológica de caso.

La distribución por departamentos registra a Bogotá con el mayor número de casos confirmados, con 80 casos, seguido por Valle con 48 casos, Antioquia con 22 casos y Cundinamarca con 21 casos.

En el último comunicado del 30 de julio del presente año, el Ministerio de la Protección Social reportó 11.702 casos informados, incluidos los casos confirmados, los probables, los sospechosos y los descartados; del total de casos, 1.198 han sido hospitalizados y 86% de ellos han sido dados de alta.

Respecto a la distribución de los casos de muertes por el virus de la influenza A H1N1, el Instituto Nacional de Salud confirmó el 10 de junio el primer caso de fallecimiento atribuible al virus; para esa fecha ya había 35 casos confirmados. El informe del 28 de julio presentó un total de 13 casos de muerte; 9 de los casos procedentes de Bogotá, 2 del departamento de Cundinamarca (uno en Soacha y uno en Cucunubá); en el departamento de Antioquia se reportó un 1 caso en Medellín y un caso en el departamento de Caldas, en Viterbo. En el último informe de

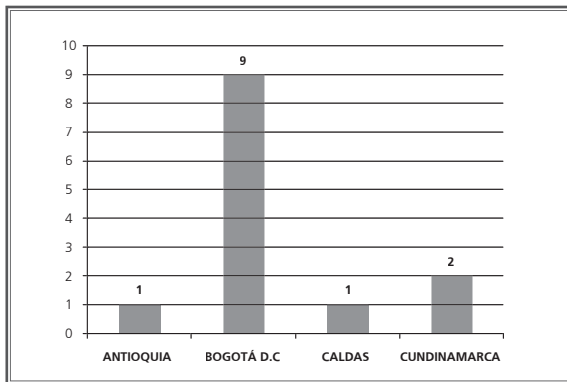


Figura 1. Casos de muertes por el virus de la influenza A H1N1 en Colombia, Instituto Nacional de Salud, 28 de julio de 2009

Aristizábal G, Suárez JO. Cómo se ha venido afrontando la pandemia por A H1N1/09 desde el Distrito Capital y cuál es la situación actual en el mundo y en Colombia sobre el brote del 2009 de influenza A (H1N1). Infectio. 2009 13 (3)

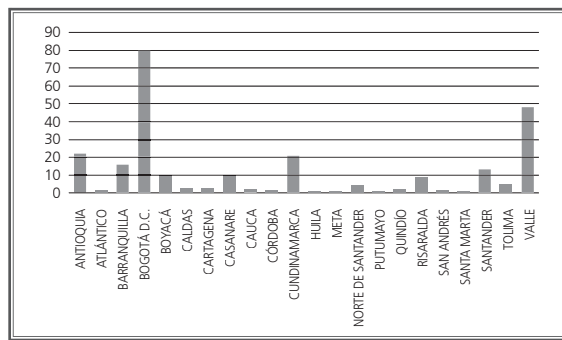


Figura 2. Casos confirmados de virus de la influenza A H1N1 en Colombia, Instituto Nacional de Salud, 28 julio de 2009.

prensa del mes de julio, el Ministerio de la Protección Social informó 270 casos confirmados con 17 fallecimientos.

Hasta ahora continúa siendo una pandemia con un virus de baja capacidad patógena, que ha sido más seria en países y población de mayor vulnerabilidad, pero con importante poder de transmisión que, hoy en día, se estima en una tasa de reproducción básica entre 1,7 y 1,8; debemos esperar a que se dé la segunda onda de la pandemia para tener más clara la verdadera dimensión de esta situación que estamos enfrentando.

Cada día es más evidente que para cumplir un papel adecuado en una pandemia como la actual, es fundamental lograr la adecuada implementación de las diferentes estrategias de prevención, vigilancia y manejo de los casos de IRA, como parte del manejo de los picos respiratorios usuales y lograr el compromiso y actitud de cada uno de nosotros, como única alternativa para mitigar el posible impacto de la misma.

Bibliografía

1. World Health Organization. Global Alert and Response (GAR). Pandemic (H1N1) 2009. Situation updates. Fecha de consulta: 3 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/updates/en/index.html>
2. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Información completa sobre el virus Influenza AH1N1. Reporte virus influenza, junio y julio. Fecha de consulta: 3 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=18795&IDCompany=3>
3. Instituto Nacional de Salud. Boletines de prensa y noticias. Informe de avances de la situación de influenza por subtipo nuevo A H1N1. Fecha de consulta: 3 de agosto de 2009. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=8709>