

El día a día, de la pandemia de H1N1 en la Provincia de Mendoza-2009



Gonzalo Vera Bello
Médico Epidemiólogo
Departamento de Epidemiología

Introducción

La dinámica que tienen algunos eventos de notificación obligatoria (Ley 15465) tiene un comportamiento, a veces limitados, únicos, y otras veces que trascienden las fronteras de una comunidad, transformándose en problemas de salud global, con las correspondientes implicancias: en la morbi y mortalidad, costos y además el impacto que genera en la salud mental de cada individuo.

La influenza, tiene una particularidad la posibilidad de mutación (drif) o cambios menores y los (shif) o cambios mayores, responsables de las pandemias que el planeta ha tenido que soportar. De allí su vigilancia permanente.

La influenza reúne estas características: la de su permanente posibilidad de mutación y generar en los grupos etarios no inmunizados, y de riesgo la posibilidad de complicaciones (neumonías principalmente).

Por otra parte la ventaja que tiene esta enfermedad, es la posibilidad de prevenir justamente las complicaciones con una vacuna cuyos tres componentes (A H1N1 y A H3N2 y B) confieren un amplio espectro de seguridad, sobre todo en los grupos de riesgo.

Este documento, muestra no solo el comportamiento técnico de la pandemia, sino también trata de mencionar, como algo anecdótico situaciones que acontecieron en la provincia en virtud a este evento.

Día a día de la Pandemia en Mendoza de H1N1

El último parte del ministro de Salud de la provincia de Mendoza, informaba que al cierre del año 2009 se habían registrado 192 casos de pacientes con H1N1 (1), confirmados por técnica rt-PCR (2), 798 casos negativos y un saldo de 12 fallecidos. Para contextualizar ese año, Mendoza había comenzado desde los primeros días del año con un brote de hepatitis A, este se había localizado en el Valle de Uco, precisamente en Tunuyán.

Otro evento que hacía sus primeras apariciones era una arbovirosis - el dengue – enfermedad transmitida por un mosquito: el aedes aegypti, el brote epidémico se establecía con fuerza en el noroeste de Argentina, sobre todo en el Chaco, Mendoza no estuvo ajena a este acontecimiento y se diagnosticaron 6 casos, todos ellos importados de otras provincias y países (Salta, Chaco y Bolivia y Guyana Francesa) de los cuales 6 resultaron positivos.

Y aquí la primera reflexión el cuadro clínico: fiebre de aparición brusca, dolores articulares y musculares, cefalea y decaimiento marcado. Este cuadro clínico remeda bastante bien al inicio de una gripe, salvo el compromiso de las vías respiratorias.

Volviendo a la pandemia, quién lee fríamente estos datos quizás, probablemente no entienda que: para llegar a estos resultados, cada uno de los pacientes enumerados debió ser chequeado por un médico, solicitado autorización al médico de guardia del Departamento de Epidemiología para saber si el cuadro clínico, correspondía o no la definición de caso¹ el aspirado nasofaríngeo, aislar al paciente en su domicilio u hospital, proveerle oseltamivir al paciente y todas aquellas personas en contacto estrecho, realizar un seguimiento en domicilio: personal o telefónicamente, certificar el ausentismo a nivel laboral o escolar y como efecto de todo esto, la inquietud y temor que aparecía en la comunidad , amigos, compañeros de trabajo, familiares que se veían acosados por esta nueva enfermedad y el peligro, de un supuesto riesgo vital. Aunque este fenómeno que se dio en nuestro medio, probablemente por el efecto alarmista que le propinaron los medios de difusión masiva resaltando sobre todo los aspectos negativos (ausencia de camas, respiradores y cantidad de fallecidos) y no los positivos como la cantidad de personas que se mejoraban aún sin tomar el oseltamivir, la contención que realizaban los efectores tanto públicos como privados, la posibilidad de contar con el medicamento en caso de que el profesional lo prescribiera y en el segundo semestre la posibilidad de realizar el estudio que hacia diagnóstico en el Hospital central de Mendoza.

En estas líneas trataré de resumir anécdotas, vivencias, seguimientos, el primer caso importado y el primer autóctono de nuestra provincia, datos epidemiológicos provinciales la percepción por parte de la comunidad, diferencias importantes que existen entre la gripe estacional (H3N2) y la H1N1 y párrfo aparte sobre la prevención de esta enfermedad.

Y todo esto comenzó un día...

El de 18 de marzo del 2009 México comenzó a notificar un aumento inusitado de casos de enfermedad tipo influenza e internaciones por neumonía. El número de casos había aumentado continuamente a lo largo del mes de abril, y a la fecha 23 de abril se habían registrado en la capital más de 854 casos de neumonía, 59 de los cuales habían fallecido. En San Luís de Potosí, en el centro del país, se han notificado 24 casos de síndrome gripal, 3 de ellos mortales. En Mexicali, cerca de la frontera con los EE.UU., se han notificado 4 casos de síndrome gripal ninguno de ellos mortal.

Simultáneamente en estados Unidos las autoridades reportaban 7 casos de influenza (California y Texas)

Y, la Organización Mundial de la salud (WHO) comenzaba a informar sobre las características particulares de esta gripe que inicialmente fue llamada como la Gripe Porcina, debido a que en su genoma se había detectado fragmentos porcinos y que a posteriori se modificó por el H1N1.

Tres características generaban preocupación en esta enfermedad: (1)

- 1) La existencia de casos humanos asociados a un virus gripal animal.
- 2) La dispersión geográfica de múltiples brotes registrados en Centro América.
- 3) Afectación de grupos de edades inusuales.

La OMS comenzaba a dar a conocer las fases de una pandemia, y que se requería por parte de los estados estar preparados, ante la eventualidad de una pandemia.

¿Pero qué significan estas fases?

En la naturaleza, los virus gripales circulan continuamente entre los animales, sobre todo entre las aves. Aunque en teoría esos virus podrían convertirse en virus pandémicos.

En la **fase 1** no hay entre los animales virus circulantes que hayan causado infecciones humanas.

La **fase 2** se caracteriza por la circulación entre los animales domésticos o salvajes de un virus gripal animal que hayan causado infecciones humanas, por lo que se considera una posible amenaza de pandemia.

Fase 3 Se caracteriza por la existencia de un virus gripal animal o un virus reagrupado humano o animal que ha causado casos esporádicos o pequeños conglomerados de casos humanos, pero no ha ocasionado una transmisión de persona a persona suficiente para mantener brotes a nivel comunitario.

Fase 4 Se caracteriza por la propagación comprobada de persona a persona de un virus gripal animal o un virus reagrupado humano-animal capaz de causar brotes a nivel comunitario. La capacidad de causar brotes sostenidos en una comunidad señala un importante aumento del riesgo de pandemia.

El pase de fase 4 a fase 5, se realizó el 29 de abril de 2009

Fase 5 Se caracteriza por la propagación del virus de persona a persona al menos en dos países de una región de la OMS. Aunque la mayoría de los países no estarán afectados en esta fase 5 es un indicio claro de inminencia de una pandemia y de que queda poco tiempo para organizar, comunicar y poner en práctica las medidas de mitigación planificadas.

El pase de fase 5 a fase 6 se realizó el 11 de junio de 2009

Fase 6 Es decir la fase pandémica, se caracteriza por los criterios que define la fase 5 acompañados de la aparición de brotes comunitarios en al menos un tercer país de una región distinta. La declaración de esta fase indica que está en marcha una pandemia mundial.

Ambos cambios fueron realizados por la Directora General de la Organización Mundial de la Salud Dra. Margaret Chan, sobre la base de la evaluación de todas las informaciones disponibles, y después de realizar varias consultas con expertos, decidió elevar a los niveles correspondientes.

¿Existían antecedentes históricos de pandemias, relacionadas con la gripe?

TABLE 2 CHARACTERISTICS OF THE THREE PANDEMICS OF THE 20th CENTURY ^{6,7}							
PANDEMIC (DATE AND COMMON NAME)	AREA OF EMERGENCE	INFLUENZA A VIRUS SUBTYPE	ESTIMATED REPRODUCTIVE NUMBER	ESTIMATED CASE FATALITY RATE	ESTIMATED ATTRIBUTABLE EXCESS MORTALITY WORLDWIDE	AGE GROUPS MOST AFFECTED (SIMULATED ATTACK RATES)	GDP LOSS (PERCENTAGE CHANGE) ^{6,7}
1918-1919 "Spanish Flu"	Unclear	H1N1	1.5-1.8	2-3%	20-50 million	Young adults	-16.9 to 2.4
1957-1958 "Asian Flu"	Southern China	H2N2	1.5	<0.2%	1-4 million	Children	-3.5 to 0.4
1968-1969 "Hong Kong Flu"	Southern China	H3N2	1.3-1.6	<0.2%	1-4 million	All age groups	-0.4 to (-1.5)

Y comenzaron aparecer los miedos... (A)

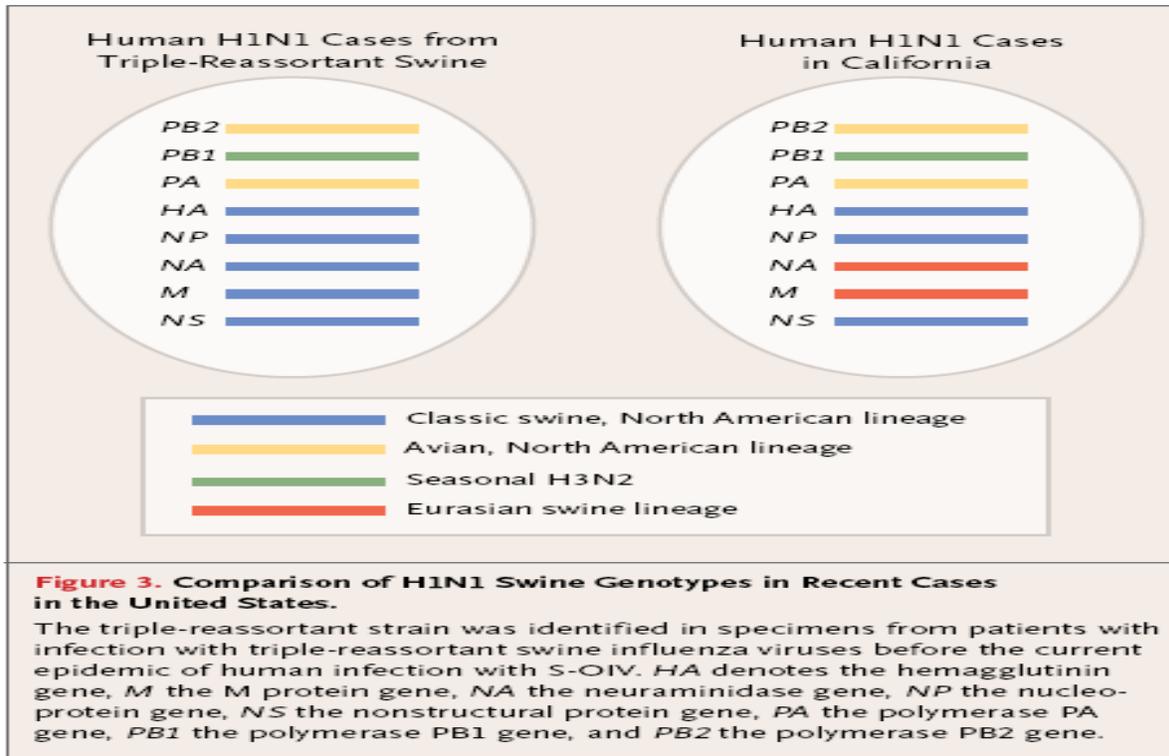
Miedo al consumo de carnes de cerdo.

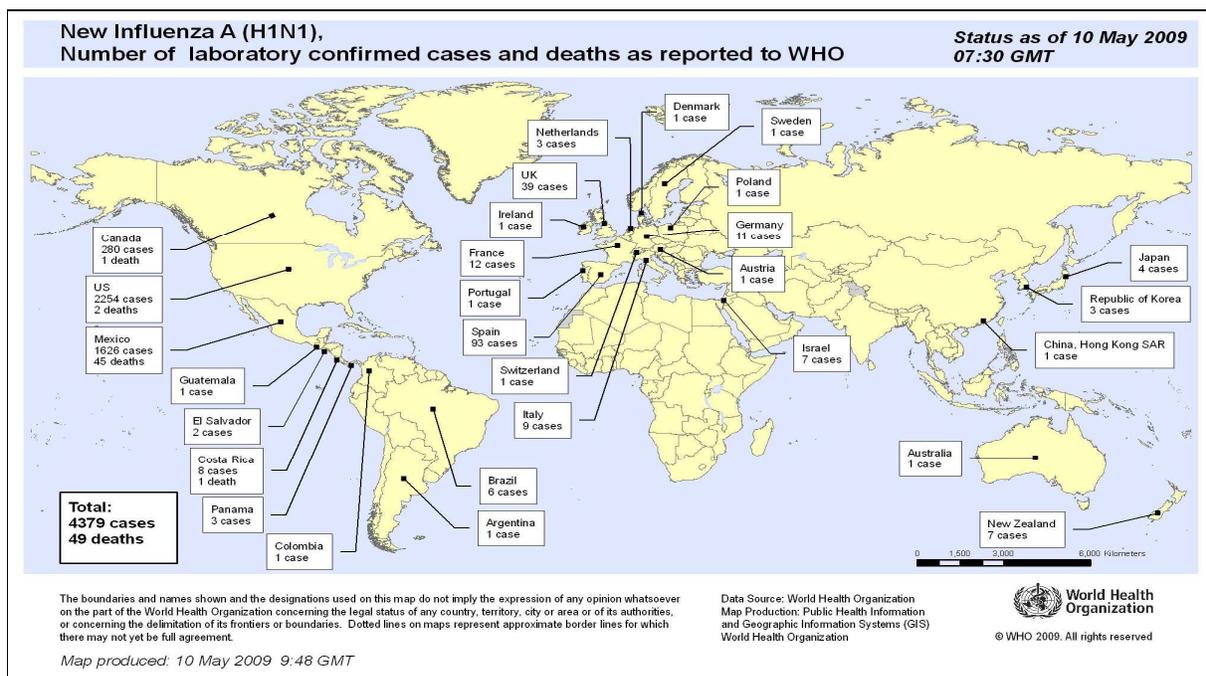
Gran confusión generó la llamada gripe porcina, con lo cual se le atribuía a los productos cárnicos provenientes del cerdo como probable fuente de infección. En relación a la propagación de la gripe por el virus H1N1 en curso, ha suscitado inquietud la posibilidad de que ese virus se encuentra en el cerdo y afecte a la inocuidad del cerdo y sus productos. El calor aplicado habitualmente durante la cocción (70° C) en el centro de la pieza, inactiva inmediatamente cualquier virus que pudiera encontrarse en los productos que contengan carne cruda.

¿Y esto por qué se difundió de tal manera?

En el genotipo encontrado en este nuevo virus, se detectó fragmentos de gripe aviar, porcina, estacional y humana, de allí la confusión y por lo tanto se comenzó a denominar H1N1.

Figura N °1





Mapa que informa al 10 de mayo, la propagación del virus H1N1 en el mundo y el primer caso en la Argentina. En el extremo inferior se marca la cantidad de casos positivos y fallecidos por esta gripe.

¿Qué paso en la República Argentina?

Atenta a los informes gubernamentales y de difusión masiva, se realizaban acciones de bloqueo a todo paciente que viniese de zonas con transmisión sostenida del virus. Hasta que: el 09 de mayo se comunicó el primer caso en el país. Un abogado oriundo de la provincia de San Juan, proveniente desde México. (2)

A la semana 50 (13/12/09 al 19/12/09) se reportaron los siguientes datos en la República Argentina.

Distribución de casos y tasas de ETI notificados, confirmados, hospitalizados y defunciones acumuladas. Argentina 2009.

Casos de enfermedad tipo influenza a la semana epidemiológica N° 50	Casos y tasas acumulados 2009	
	Total de casos	1.390.566
	Tasa Semana 50	0,16/10.000 hab.
	Tasa acumulada	346,48/10.000 hab.
Casos confirmados Semana epidemiológica N° 50		11.746
Casos hospitalizados por enfermedades respiratorias Semana epidemiológica N° 50		14.034
N° de casos fallecidos Semana epidemiológica N° 50		617

Informe semana Epidemiológica N° 51. Fecha informe 30/12/09-Influenza pandémica (H1N1) 2009. República Argentina. (3)

El día 18 de mayo se reporta el primer caso en (*) Santiago de Chile, con lo cual Mendoza se encontraba por el este y por el oeste en un potencial lugar para la llegada del nuevo virus.

En este momento es importante destacar algunas situaciones ocurridas en la fase de bloqueo de la enfermedad:

SITUACIÓN 1

(*) Este primer caso en Chile provenía desde República Dominicana Vuelo COPA, que hizo escala en Panamá, traía a 6 pasajeros que llegarían a Mendoza a hospedarse en el B ° Sarmiento de Godoy Cruz, para luego seguir viaje a un casamiento en la provincia de Buenos Aires. Debido a la cercanía en el avión con el caso índice se decide la indicación de oseltamivir a todo el grupo siendo la primera experiencia en fraccionar este medicamento en el Hospital Humberto Notti, ya que en el contingente venían 3 niños. Se realizó el seguimiento y control a través del centro de Salud de La Estanzuela. El seguimiento de los mismos fue bastante dificultoso ya que los turistas se negaban andar con barbijos y quedarse alojados en la vivienda, ya que ellos se encontraban sanos y al decir de ellos: "no recorrimos tantos kilómetros para estar encerrados en una casa". Por suerte ninguno de los turistas presentó cuadro infeccioso de vías respiratorias. Estuvieron en la provincia durante 5 días.

SITUACIÓN 2

En el transcurso de la epidemia sucedió una situación inusual con un colectivo Empresa El Rápido interno 964 que provenía desde Santiago de Chile donde se constató un paciente de 29 años, con un síndrome febril. El mismo participaría en un torneo de tenis en la Ciudad de Córdoba, fue fustigado por vecinos del B ° Virgen del Valle quienes ante la posibilidad de traer un paciente con gripe A, trataban de impedir el ingreso del colectivo al Htal. Lencinas. En estas circunstancias salieron heridos una mujer de 40 años, y tres policías sufrieron lesiones. El paciente a pesar del estado general bueno quedó internado en ese nosocomio. Cabe destacar que el resultado de la muestra arrojó como resultado: Virus sincicial respiratorio.

SITUACIÓN 3

Lo desconocido generó no solo temor en la comunidad en general sino también en el personal de salud, situación esta que se vivió con una paciente femenina de 66 años, con domicilio en Maipú, quien había regresado vía Santiago de Chile desde Phoenix- Miniápolis -Atlanta EEUU, la paciente al arribo el día 15 de mayo comienza con fiebre vómitos y es derivada por médico de guardia de un reconocido nosocomio privado directamente al Hospital Lencinas, donde se le tomó la muestra correspondiente pero como el cuadro febril no era acompañado de mialgias, artralgias

se desestima el diagnóstico gripal. En este momento de la epidemia cuando aún no se reconocía todo el contexto clínico de la enfermedad era una medida un tanto apresurada. Por lo que se tuvo que realizar el control en domicilio por médico del Área de Maipú y telefónicamente desde epidemiología. Después de mantenerla aislada con barbijo se solicitó entre otras cosas un cultivo de orina el cual dio positivo para infección urinaria.

En este momento cualquier fiebre ya era sinónimo de gripe, habíamos perdido aquella vieja frase de nuestros maestros de clínica. “La clínica es soberana”

SITUACIÓN 4

Muchas veces el creer que a mí no me pasará nada y las consecuencias de mis actos no provocaran ningún problema, apelando a la ignorancia o “si pasa, pasa” o a la picardía, muchas veces puede ocasionar una seguidilla de eventos no deseados.

Tal como le ocurrió a una mujer de 38 años, con domicilio en Las Heras, se le diagnosticó en el Hospital Central la nueva gripe H1N1, el día martes 23 de junio, antecedentes de casamiento del hijo el día viernes 19 de junio. A esta fiesta concurrió una hermana que venía con fiebre desde TIGRE - Buenos Aires.

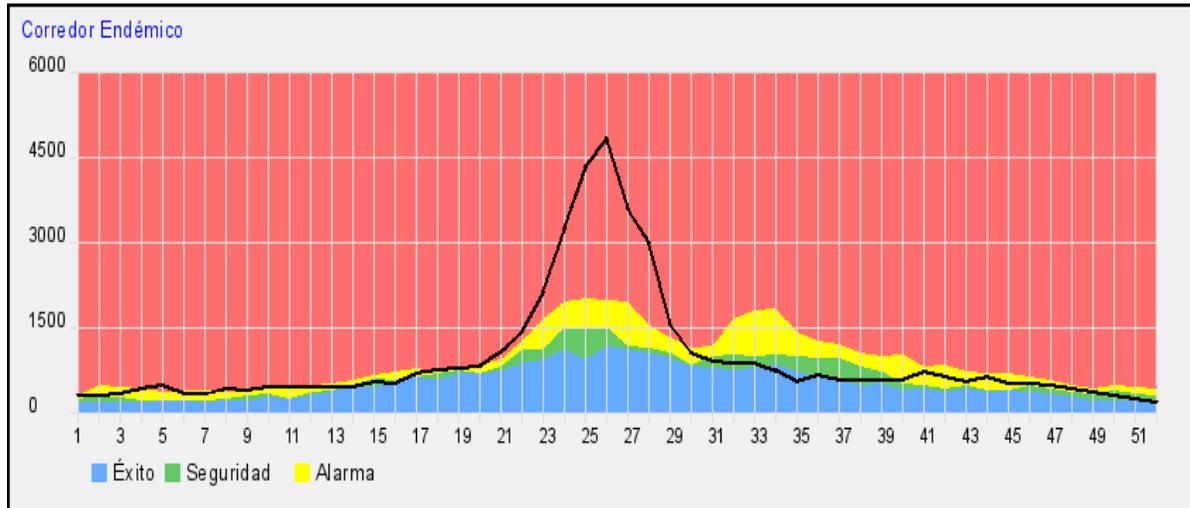
Después de este evento comenzaron a consultar por fiebre y cuadros compatibles con gripe en diferentes nosocomios 5 casos + (H1N1) de diferentes edades la mayoría menores y quimioprofilaxis a sus respectivos contactos.

SITUACIÓN 5

El temor a lo desconocido generó situaciones inesperadas como fue la de una mendocina que venía de México, a visitar su familia en el Departamento de Godoy Cruz. El día 2 de junio, desde Buenos Aires viajó en micro a nuestra provincia y al llegar a DESAGUADERO, al requerir su documentación, el personal solicitó el traslado del micro al Hospital Lencinas debido a la procedencia de la paciente, con custodia, lo cerraron con precintos hasta el Hospital de la calle Talcahuano de Godoy Cruz, allí, una vez examinada la paciente refirió que no tenía ningún síntoma lo cual fue confirmado en el examen físico de la paciente. Los pasajeros continuaron su viaje a sus correspondientes destinos...

Corredor endémico en Mendoza Enfermedad tipo Influenza

Figura N° 2



Fuente: Departamento Epidemiología

Corredor endémico año 2009 enfermedad tipo influenza (ETI). (4)

Nótese el pico máximo en la semana epidemiológica N° 26 (28/06/09 al 04/07/09)

Primer caso aislado “importado” en Mendoza.

El 23 de junio se confirmó el primer caso de H1N1 en la provincia, se trata de una mujer de 23 años oriunda de Luján, quien estuvo en un recital en Buenos Aires “La 25” en el estadio Malvinas Argentinas y que al llegar a Mendoza comenzó con los primeros síntomas, fue evaluada en el Hospital Central donde se le tomó la muestra y se comenzó con oseltamivir. Posteriormente se supo que uno de los acompañantes había tenido un cuadro febril en Buenos Aires.

Primer caso “autóctono” en Mendoza.

Era de esperar que debido a la afluencia de turistas y personas que transitan en Mendoza el virus estaría merodeando en nuestro medio. Todo hacía pensar que un niño sería el primer caso autóctono, debido al contacto en las escuelas centros recreativos cumpleaños etc. Hasta que se encontró en el Hospital Notti el día 23 de junio una niña de 6 años, quien se encontraba bajo tratamiento con quimioterapia por tumor de ovario.

Desde el primer caso importado y hasta el primer caso autóctono hubo otros 5 casos, 3 que provenían de Buenos Aires y 2 desde Chile. Estos pacientes con domicilios en Las Heras, Luján, Tunuyán y Godoy Cruz. Desde entonces teníamos en Mendoza circulación sostenida del virus H1N1.

Desde el punto de vista epidemiológico existen 2 momentos bien delimitados en el curso de una epidemia:

1. Fase de bloqueo
2. Fase de mitigación.

En la primer fase lo que se trata es poner un impedimento a todos los casos compatibles con influenza: diagnosticar precozmente, hisopar para llegar al diagnóstico, comenzar con oseltamivir el aislamiento o internación y buscar a todos aquellos contactos que hubiesen tenido alguna posibilidad de haber contraído la enfermedad.

En esta fase el objetivo no es impedir la llegada del virus ya que como sabemos las enfermedades de transmisión respiratorias tienen formas asintomáticas, oligo-sintomáticas por lo que impedir la circulación es casi una panacea? La real tarea es evitar que de golpe aparezcan grandes cantidades de infectados con lo cual se verían colapsados tanto los sistemas públicos y privados.

En la segunda fase (mitigación) el objetivo, es de acuerdo a los conocimientos adquiridos, información científica opinión de expertos, es la búsqueda de grupos de alta vulnerabilidad, en esta enfermedad cuya co-morbilidad puede ocasionar en determinadas circunstancias una evolución desfavorable: diabéticos, obesos, enfermedades respiratorias, cardiovasculares, neoplásicos inmuno-comprometidos, embarazadas desnutridos etc. y realizar todas las medidas en forma precoz, se libera el oseltamivir es decir como existe circulación sostenida del virus, el médico que asista algún paciente con gripe, si considera oportuno le indicará el antiviral y realizará la quimioprofilaxis a los contactos de riesgo, en la fase de bloqueo se indica solamente el medicamento solamente bajo autorización de las autoridades del ministerio de salud, encontrándose solamente en los Hospitales públicos :Central, Lagomaggiore y Lencinas.

En la fase de mitigación el abastecimiento del oseltamivir se extendió a todos los hospitales Áreas Sanitarias de cabecera con lo cual se facilitó el acceso de la medicación en toda la provincia.

Solamente se tomará muestra de hisopado a los pacientes internados con neumonía grave y desde el punto de vista de Vigilancia epidemiológica 1 paciente cada 10 con síndrome gripal.

Qué medidas se tomaron en el contexto de la pandemia en la provincia:

1. Emergencia sanitaria - Decreto acuerdo 1395, con vigencia desde el 1 de julio y hasta el 31 de diciembre de 2009.

Objetivo de "reforzar el sistema sanitario, tanto en recursos humanos como en insumos y medicamentos, y como una herramienta para la prevención y el tratamiento del virus de la influenza A H1N1.

2. Se conformo un comité de expertos para la toma de decisiones. Conformados por profesionales del Ministerio de Salud y de Instituciones privadas. (Hospitales - Universidades)
3. Se adelantó el receso escolar las vacaciones de invierno desde lunes 6 de julio y hasta el lunes 3 de agosto.
4. Se les indicó licencia a embarazadas y aquellos pacientes que presentaran alguna inmunosupresión.
5. Los boliches, bares y restaurantes redujeron su capacidad de atención al 50% impidiendo el ingreso a menores de 18 años.
6. Se cerraron peloteros y todos aquellos lugares que conglomeraban niños. Se suspendieron recitales y la mayoría de eventos masivos.

Y comenzaron aparecer los miedos... (B)

Durante la epidemia de H1N1 se habilitaron teléfonos a nivel nacional: Call Center N° 0800-222-1002 y Celular del Departamento de epidemiología: 156697691

Objetivos:

1. Asesoramiento a la comunidad sobre la nueva gripe
2. Evaluación diagnóstica.
3. Seguimiento de casos en domicilio y hospitalario.
4. Búsqueda de sospechosos
5. Búsqueda de contactos.
6. Asesoramiento Médico
7. Intermediación y derivación
8. Información a establecimientos escolares, universitarios.
9. Notificación de casos
10. Autorización de prescripción del oseltamivir en fase de bloqueo
11. Comunicación autoridades
12. Notificación a Jefes de área y referentes epidemiológicos para el seguimiento de casos confirmados y sospechosos.
13. Consultas generales.

En este punto es importante destacar el efecto de la pandemia en momentos cuya información proveniente de Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación y Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza y toda

aquella emanada de fuentes no gubernamentales radio, televisión, revistas, diarios etc. cuyo contenido anunciaba la evolución de la pandemia en muchas ocasiones se mostraba y potenciaba los efectos negativos de la misma, con lo cual se reflejaba en el nº de llamados que la comunidad en general , realizaba a estos teléfonos:

 Call Center:

Promedio de llamados: 516

Inicio de la gripe en México el número de llamados fue de 5483 llamados

El primer caso en la Argentina: 163 llamados

Declaración de la pandemia: 750 Llamados

1er fallecido: 1500 llamados

 Celular de Epidemiología:

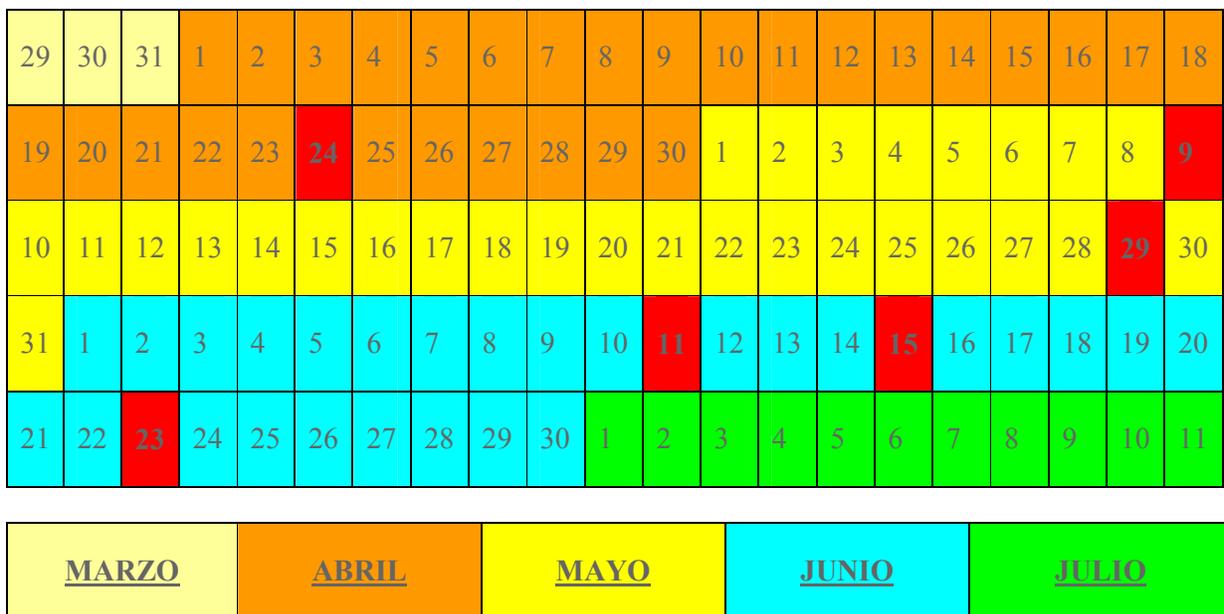
Promedio de llamados: 16

Pase fase 4 a 5 de la OMS: 32 llamados

Primer fallecido: 29 llamados.

Declaración de la pandemia caso en la Argentina: 22 llamados

CALENDARIO 2009 FIGURA 4.



 Eventos importantes en el transcurso de la pandemia

1. 24 de abril: Primeros casos de H1N1 en México.
2. 9 de mayo: Primer caso en la Argentina
3. 29 de mayo: Pase fase 4 a fase 5 de la pandemia
4. 11 de junio: Declaración de pandemia.
5. 15 de junio: Primer fallecido en la Argentina
6. 23 de junio: Primer caso importado en Mendoza

Y comenzaron aparecer los miedos... (C)

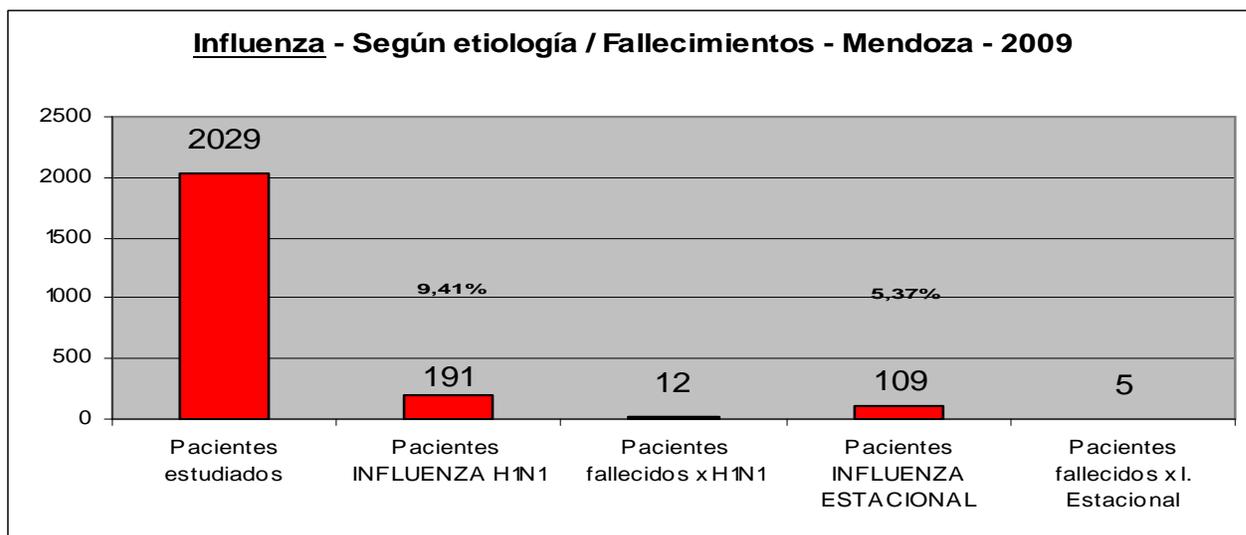
Otra situación se vivió en el personal del Departamento de Epidemiología, quienes tuvieron que realizar guardias con el celular, donde la cantidad de llamados entrantes eran por momentos superados por la capacidad de atención. Inclusive llamados en horario nocturno interrumpiendo la actividad de quien tenía el celular. Situación que se vio saturada en la semana epidemiológica N° 26 (pico máximo de H1N1) en la República Argentina y Mendoza.(5)

En la actualidad cuando ya hemos pasado el año 2009 cada vez que sentimos el Rings tone del celular Nokia “ESPIONAGE” , se hace un silencio, en el **Departamento de Epidemiología...**

¿En Mendoza notamos diferencias entre la gripe pandémica y la estacional ?

Sobre un total de 2029 pacientes estudiados durante la pandemia: el 9,41% (191) correspondió a gripe H1N1 de los cuales 12 fallecieron (6,28%); con respecto a la gripe estacional correspondió al 5,35% (109) de los cuales 5 fallecieron (4,58%).

FIGURA 5.



Fuente: Departamento Epidemiología

Simultáneamente con la circulación del virus H1N1 acompañó también la gripe estacional en Mendoza. El porcentaje fue de 63,36% casos confirmados H1N1 (191) vs. 36,36% casos confirmados de gripe estacional (109).

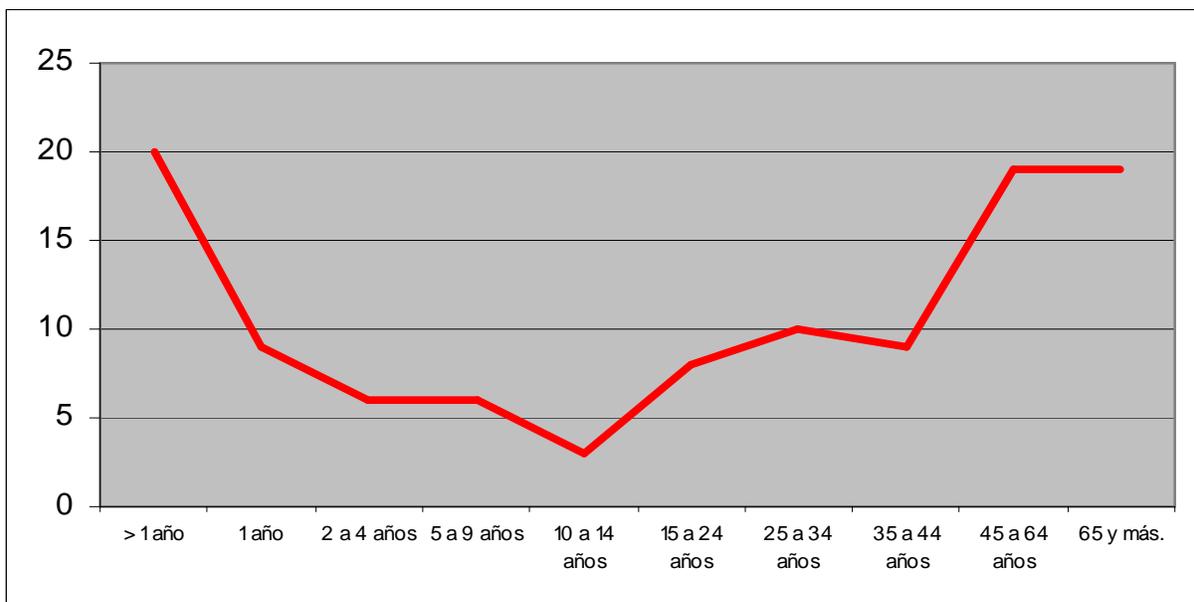
Esto nos sirvió para conocer la realidad en cuanto a clínica, circulación, grupos etarios más afectados mortalidad etc.

Desde el punto de vista clínico no existió ningún síntoma que fuera característico de una u otra gripe, la transmisión por vía aérea y por contacto no varió, el periodo de incubación (el momento en que se pone en contacto con el virus hasta la aparición de los síntomas) tampoco fue una variable distinta.

La transmisibilidad en la gripe H1N1, creo que es una de las características más sobresalientes ya que si tomamos en cuenta por ejemplo los primeros casos que se registraron en México (24 de abril) y el primer caso en la Argentina (9 mayo) bastaron 16 días para la llegada del nuevo virus de centro América al Sur del continente. Esto, sin lugar a dudas con la disponibilidad de viajes existente para uno y otro destino.

Con respecto a los grupos etarios aquí también existe una diferencia que se muestra en la siguiente gráfica.

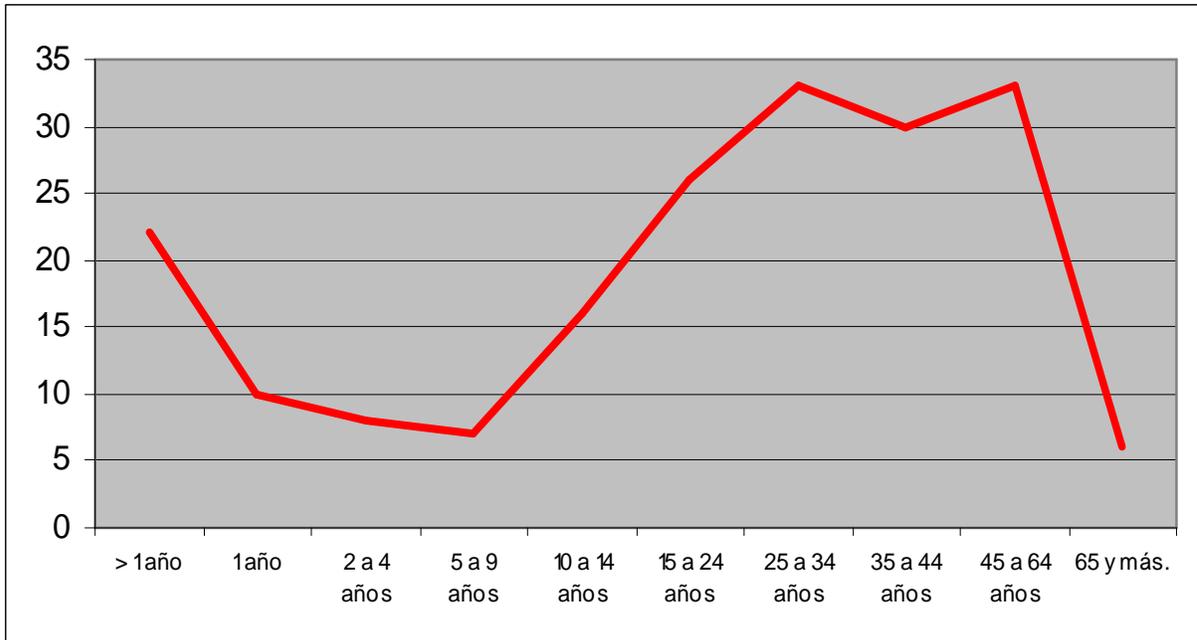
GRIPLE ESTACIONAL - H3N2 (casos confirmados) FIGURA 6.



Fuente: Departamento de Epidemiología

Observamos el comportamiento habitual, en épocas no pandémicas, donde los grupos de riesgo, se ubican en los extremos de la vida, y entre ambos los grupos de personas con enfermedades de base o comorbilidades.

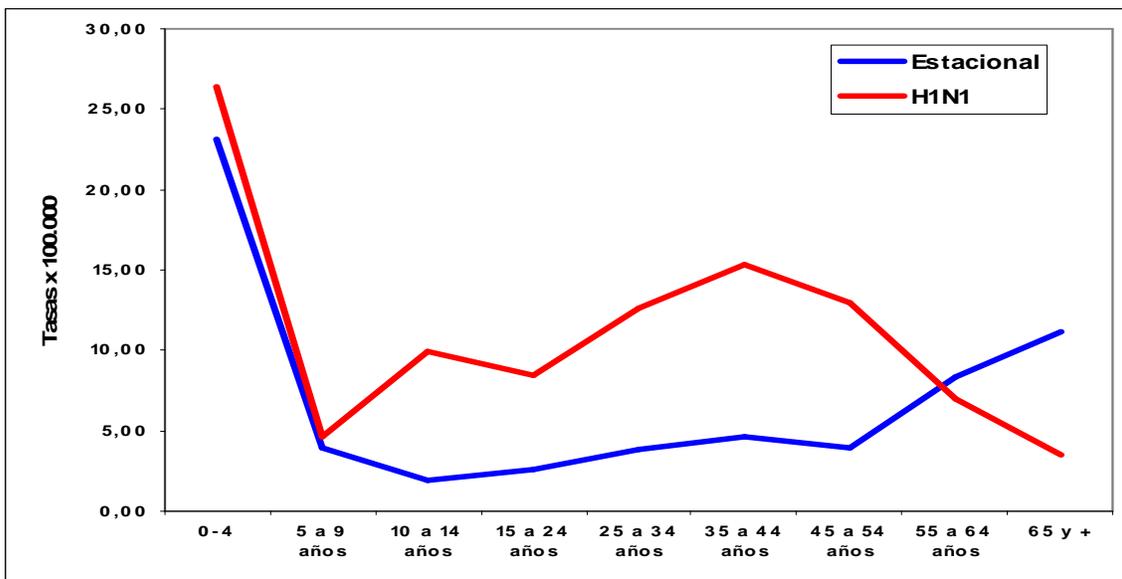
GRIPE – H1N1 (casos confirmados) FIGURA 7.



Fuente: Departamento de Epidemiología

Durante una pandemia, los grupos de riesgo continúa siendo los mismos, pero comienzan a afectarse personas jóvenes, sin comorbilidades

Influenza, H1N1 y ESTACIONAL x grupo de edades - Mendoza 2009 N =109



Fuente: Departamento de Epidemiología

En esta gráfica, puede observarse claramente los grupos etáricos comprometidos por los diferentes tipos de influenza H1N1 y H3N2 (estacional)

Si observamos el comportamiento de ambas gripes existe una parecida figura en los menores de 9 años, y luego en adolescentes y adultos jóvenes una curva más pronunciada en la gripe H1N1, y la caída en la edad de mayores de 65 años, situación esta que persiste en los mayores de 65 años en la gripe estacional. Esto es particularmente importante al momento de definir grupos a inmunizar.

Mortalidad:

Con respecto a este punto la mortalidad por ambas causas se expidió la OMS. Cuando se intenta evaluar la gravedad de la pandemia por H1N1 con las defunciones estimadas por gripe estacional. Estas comparaciones no son fidedignas y pueden resultar engañosas.

El número de defunciones por gripe estacional es una estimación que se usa en modelos matemáticos con el fin de calcular la llamada mortalidad excedente que se produce durante un periodo en que los virus de gripe circulan ampliamente en un grupo de población determinada. (6) (9)

Con respecto a lo ocurrido en Mendoza podemos afirmar que circularon ambas gripes: la estacional y la nova H1N1 por lo tanto podemos identificar grupos más afectados, podemos correlacionar lo ocurrido también en nuestra provincia.

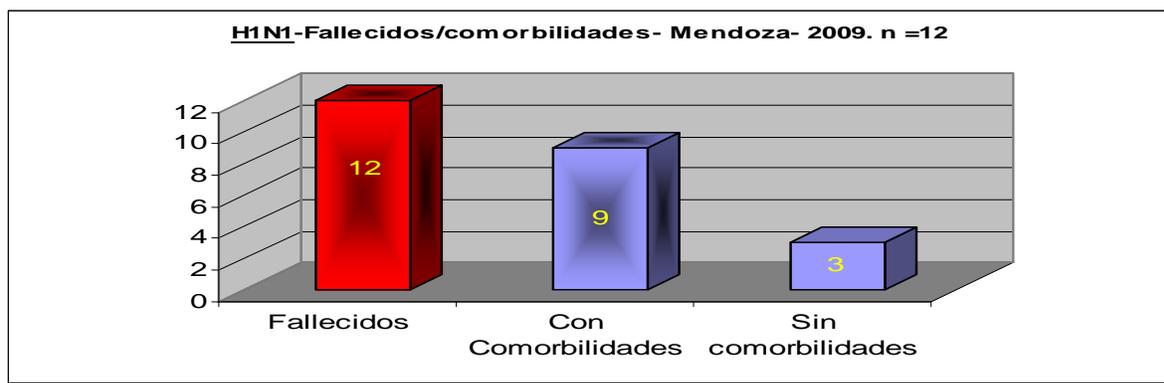
GRUPE H1N1

Como es de esperar en la gripe H1N1, el grupo que más se vio afectado es entre adolescentes y adultos jóvenes, la mortalidad en este grupo también sea mayor. Con respecto a si el paciente presenta co – morbilidades, es decir enfermedades de base, en 12 casos solo 9 las presentaban.

Edad promedio: 46 años (Rango: 22 - 75 años)

Sexo: Femeninos = 8 (66,66 %) y masculinos = 4 (33,33%) .1 varón x c/2 mujeres.

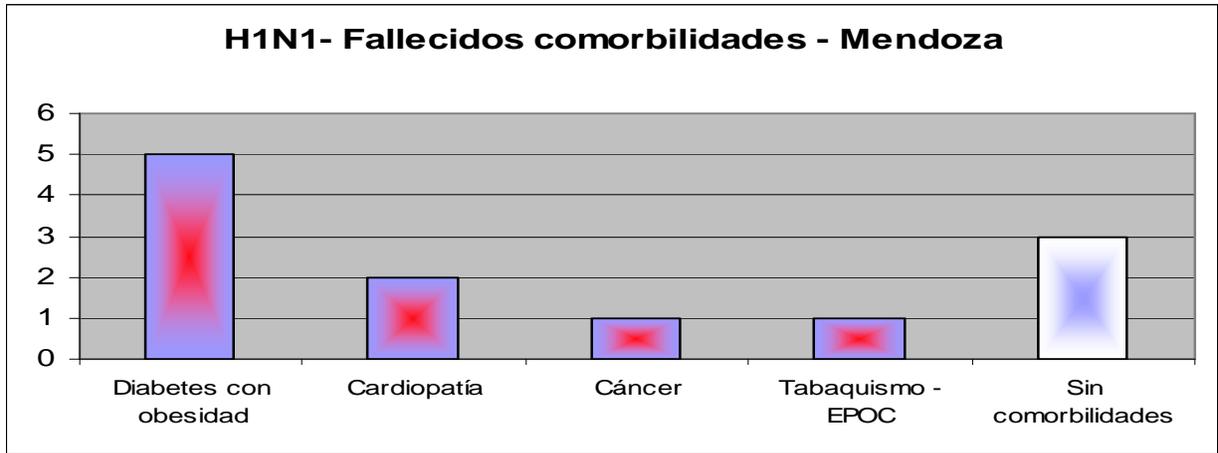
FIGURA 8.



Fuente: Departamento de Epidemiología

Entre las enfermedades más frecuentes encontradas:1) Enfermedades metabólicas: diabetes y obesidad, 2) Cardiovasculares, 3) Neoplasias y las 4) Respiratorias: EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y tabaquismo. En 3 de los fallecidos no se detectó enfermedad de base conocida.

FIGURA 9.



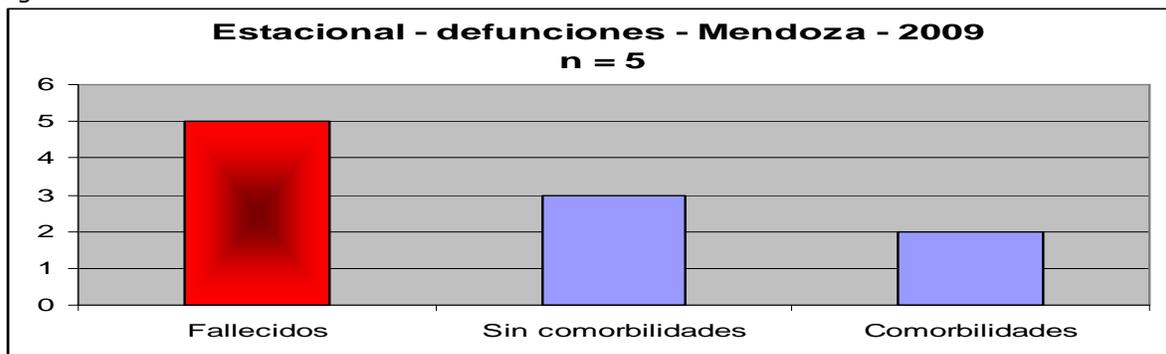
Fuente: Departamento de Epidemiología

GRUPE ESTACIONAL

Con respecto a la gripe estacional la cual de acuerdo a la figura N° 4, muestra una curva no tan pronunciada con relación al grupo de adolescentes y adultos jóvenes. Más, esta enfermedad persiste en edades de mayor edad (60 años). La mortalidad también es acorde a este grupo etario. Edad promedio: 61 años (Rango: 32 - 82 años) **Sexo:** Femeninos = 1 (20%) y masculinos = 4 (80 %) 1 femenino x c/4 varones.

Entre las enfermedades más frecuentes encontradas:1) Enfermedades metabólicas: diabetes y obesidad, 2) Cardiovasculares, 3) Neoplásicas y las 4) Respiratorias: EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y tabaquismo. En 3 de los fallecidos no se detectó enfermedad de base conocida.

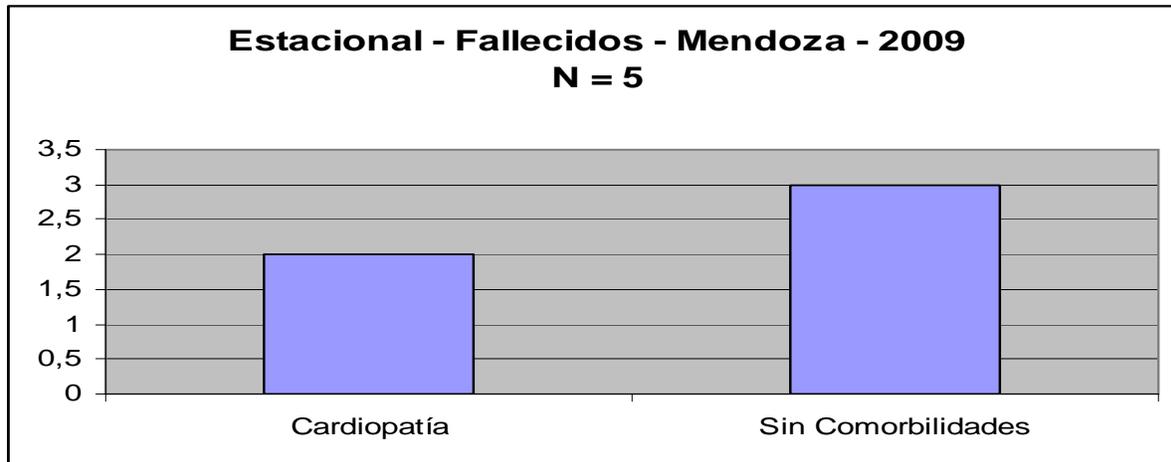
Figura



Fuente: Departamento de Epidemiología

Entre las enfermedades más frecuentes encontradas: 1) Cardiovasculares. En 3 de los fallecidos no se detectó enfermedad de base conocida. Sin embargo en 2 de los pacientes, la edad era mayor a 61 años. Solo un caso fallecido tenía 32 años, este adquirió la gripe posterior a cirugía de fractura de tobillo.

FIGURA 11.

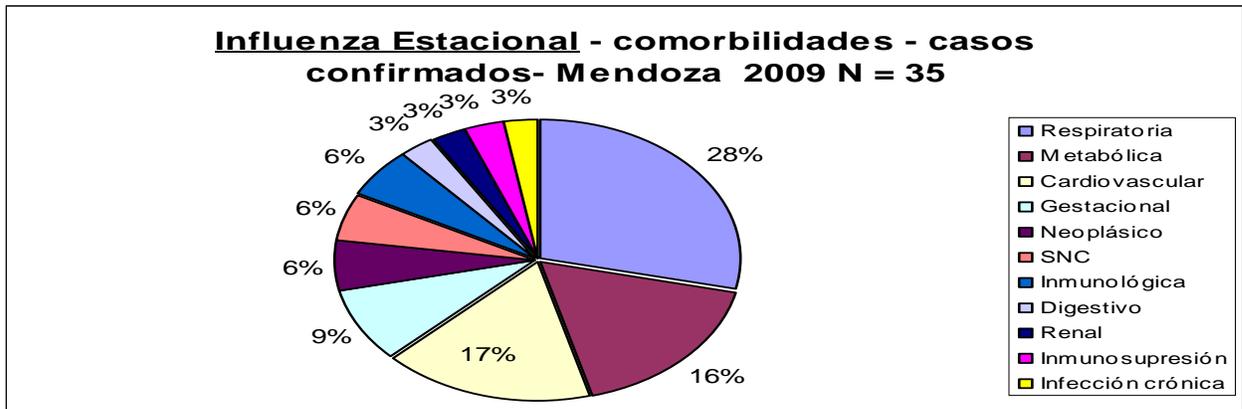


Fuente: Departamento de Epidemiología

¿Qué paso con las embarazadas en Mendoza?

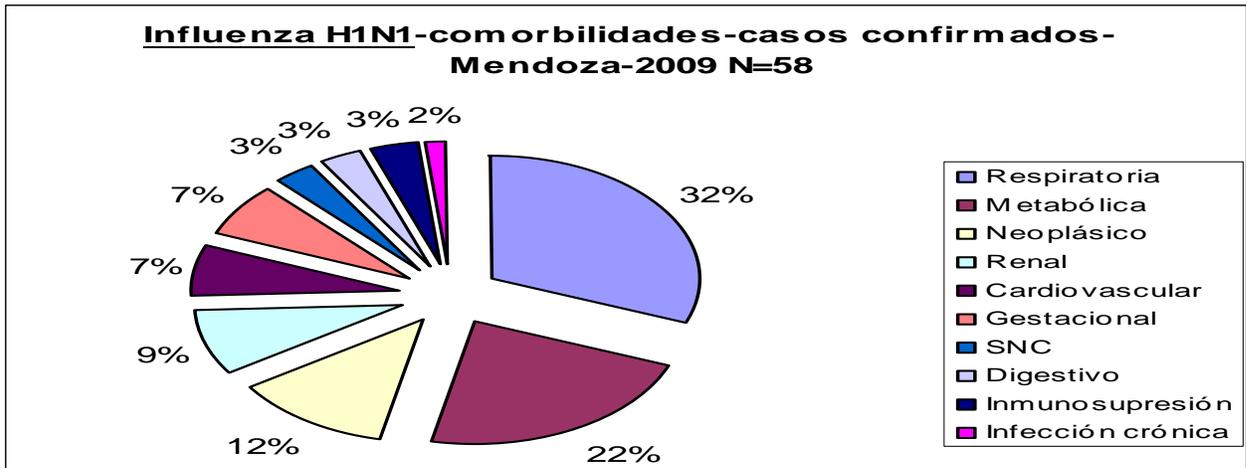
Un grupo que generó gran preocupación fue el de las embarazadas, y si observamos nuevamente la figura N ° 5 el grupo entre los adolescentes y adultos jóvenes constituyen el grupo fértil, por lo tanto no es de extrañar que la posibilidades de adquirir la gripe era más probable. Científicamente se ha demostrado con la gripe estacional que las embarazadas corren el riesgo de presentar aborto espontáneo, rotura prematura de membranas y nacimientos de pre-términos, y la mujer con neumonía puede tener trastornos perinatales, y complicaciones en el parto, distres fetal en madres con afección grave. Esta situación es debida cambios anatómicos, cambios hormonales y cambios en el estado inmunológico. Si tenemos en cuenta que en la Argentina existen más de 700.000 embarazadas por año (6) las probabilidades de infecciones son probables. Este grupo fue el primero en ser aislada según normativas del Ministerio de Salud de la Nación.

Figura N °11



De acuerdo a la gráfica de los casos con co-morbilidades en la gripe estacional el 9% (3 casos se encontraban embarazadas. No se constato ningún deceso.

Figura N °12



Departamento de Epidemiología

De acuerdo a la gráfica de los casos con co-morbilidades en la gripe H1N1 el 7% (4 casos se encontraban embarazadas. No se constato ningún deceso.

DIAGNÓSTICO

Otro de los tantos problemas que tuvieron para esta nueva gripe fue la realización del diagnóstico de esta enfermedad la cual se comenzó a realizar en el Instituto MALBRÁN, INEI - ANLIS - CAPITAL FEDERAL, pero debido a la gran demanda de todo el país los resultados no se obtenían en forma precoz. Por tal motivo y a iniciativa del Jefe de la Red de Laboratorio de La Provincia, El Ministerio de salud compró el equipo y lo puso en funcionamiento el 7 de julio del 2009 con lo cual se aceleró el diagnóstico en la región.

Figura N° 13



CFX 96 tm Real Time PCR Detection System. Equipo instalado en laboratorio de Biología Molecular de la Provincia. Hospital Central de Mendoza.

FOTO: Gentileza Diario Los Andes

Prevención

De todos estos datos y a modo personal, habiendo estudiado la situación epidemiológica de lo ocurrido en el país y especialmente en Mendoza, teniendo en cuenta los casos confirmados tanto para gripe estacional y H1N1 y considerando los grupos más vulnerables no cabe duda que la inmunización es la herramienta más efectiva.(8)

Tenemos la obligación de indicar la vacuna aquellos grupos con mayor probabilidad de tener una evolución no favorable. En este contexto analizado y, teniendo en cuenta el comportamiento de la gripe H1N1 que afecto principalmente a grupos jóvenes y menos a los grupos de mayor edad. En este punto me cabe la siguiente duda: ¿la vacuna antigripal (estacional) que se colocan habitualmente los mayores de 65 años habrá tenido algo que ver en la protección de este grupo?

Si esto fuese así, las dos vacunas tanto estacional como H1N1 debería ser administrada a los grupos más vulnerables o en aquellos que se acompañen de alguna condición que aumenta el riesgo de falla terapéutica y/o complicaciones Esta estrategia debe ser una de los pilares excluyentes en esta enfermedad.

Y como mensaje final, después de haber realizado un desglose pormenorizado de la situación de esta nueva pandemia, me queda por hacer la siguiente reflexión:

¿El miedo no fue la situación que se extendió con mayor rapidez que el H1N1?

Bibliografía:

- 1.- Influenza-like illness in the United States and Mexico. WHO.- update 1
- 2.- Parte N° 11 Ministerio de Salud - Situación Influenza A (H1N1).<http://www.msal.gov.ar>.
- 3.- Influenza pandémica (H1N1) 30/12/09 - Ministerio de Salud <http://www.msal.gov.ar>.
- 4.- <http://www.infosalu.mendoza.gov.ar/>
- 5.- COMUNIDAD Y PANDEMIA: ALGUNAS CONSIDERACIONES. PROVINCIA DE MENDOZA – 2009.-Autores: Vera Bello, G; Koch, A; Marsano, C; Pagella, H; Vannucci, J; Ramírez, L; Herrera, I; Romero, D; Videla, M; Barros, M; Gómez, L. Trabajo presentado en las 35° Congreso Argentino de Pediatría. Rosario 30/09 al 3/10/09.
- 6.-Comparación de la defunciones por gripe pandémica y por gripe estacional. Gripe pandémica (H1N1) 2009 Nota informativa N° 20 - OMS. 22 de diciembre 2009.
7. - Indec del censo 2001
- 8.-PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 2008; 24 (4):286-287
- 9.- PROCEDIMIENTOS A SEGUIR FRENTE AL MANEJO DE CADÁVERES EN SITUACIÓN DE PANDEMIA DE INFLUENZA*. *Luís Alberto Bosio*, Roberto Víctor Cohen* y Marcelo Rodolfo Muro**. **Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional. **Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente.*
10. Influenza A/ H1N1.- Guía de procedimientos - Para El equipo de salud. Dirección General de Hospitales, Dirección General de Epidemiología y Ambiente Saludable Ministerio de Salud de Mendoza. 2009