

Lo que el virus de la Influenza A (H1N1) dejó

Campos Durán Andrea¹, Castro Sandoval Viviana Jaylenne¹,
Ambriz Sánchez Abraham Alexander¹, De la Torre Nava Mario Alberto¹,
Basurto Delgado Alejandra Guadalupe¹

¹Estudiante de la Licenciatura en Nutrición, Unidad Académica de Enfermería, Programa de Licenciatura en Nutrición, Universidad Autónoma de Zacatecas, contacto: abrahamaambrizsanchez@gmail.com



Resumen.

En 2009, la Organización Mundial de la Salud declaró la situación de pandemia debida a un nuevo virus influenza A (H1N1) de origen porcino. El virus empezó a producir casos de gripe en el mes de marzo en México que pronto se extendió por todo el mundo, el 20 de julio los casos de infección ascendían a 154 países. El principal objetivo de este análisis fue subrayar las estrategias de Salud pública e intersectoriales que ayudan a prevenir más muertes en pandemias presentes y futuras. Materiales. Como punto de partida se toma el caso situacional de México del libro “Casos para la enseñanza de Salud Pública del Instituto de Salud Pública de México” con un enfoque que permite vincular la escuela con la vida cotidiana y laboral, propone las diferentes experiencias dentro del sistema de salud y su resolución. Conclusiones. Es necesario comprender desde los determinantes sociales las brechas existentes, así los países pueden favorecer condiciones más sólidas para la vigilancia y respuesta a la enfermedad, la prevención y el control, y la preparación a futuras pandemias con el objetivo de que sean accesibles para todos los países y a todas las personas.

Palabras clave:

Influenza A(H1N1), Salud Pública, Estrategias intersectoriales, Determinantes sociales de la salud.

Introducción

El virus de la influenza H1N1 es una infección viral de las vías aéreas, incluyendo el pulmón. Se transmite de persona a persona al hablar o por estornudos y puede ser confundido con cuadros gripales graves distintos a la influenza. Las mutaciones del virus de influenza se presentan generalmente fuera del periodo de diciembre a marzo cuando se presenta la influenza estacional y en algunos casos se puede identificar la exposición de animales portadores. Se conocen 3 tipos de virus A, B, C. Desde el punto de vista de la salud pública, el de mayor importancia es el virus de la influenza tipo A, que tiene la capacidad de infectar a humanos y algunas especies de animales tales como aves, cerdos, tigres, entre otros. El cuadro actual está relacionado a un nuevo virus identificado como influenza A, H1N1 (Ponce, 2009).

A principios de mayo de 2009, la OMS anunció que había más de 300 casos de la nueva influenza, de los cuales casi la mitad pertenecía a México, donde los muertos por ese virus alcanzaban la cifra de nueve. Para el 2 de mayo se habían sumado a la lista países de Europa, Centroamérica, y Asia. En el mundo había 2 371 casos, de los cuales 590 eran mexicanos. México aportaba entonces la mayor cantidad de muertos. El 11 de junio de 2009, la Organización Mundial de la Salud declaró establecida la situación de pandemia debida a un nuevo virus influenza A (H1N1) de origen porcino. El virus empezó a producir casos de gripe en el mes de marzo en México, y a partir de mediados de abril en 6 semanas se extendió por todo el mundo. El 20 de julio los casos de infección ascendían a 154 países. Ocho días después, la OMS reconocía que había más de 160 países afectados por el virus. Éste se seguía propagando entre niños y adolescentes de 12 a 17 años. Conforme pasaba el tiempo aumentaban las cifras. A finales de septiembre los casos reportados por organismos de salud indicaban que la epidemia se encontraba en 187 países con más de 302 427 casos y, al menos, 4 058 defunciones. El país con más defunciones fue Brasil, con 899. En Estados Unidos se reportaban 593 personas fallecidas y en Argentina 53814. En México se habían confirmado 31 594 casos de infección y 231 defunciones (Alonso, 2010). Su transmisibilidad es ligeramente superior a la de la gripe estacional; en cambio, su patogenicidad y virulencia son bajas. Los grupos más afectados fueron los niños, jóvenes y adultos de menos de 30 años. La mortalidad se había concentrado en las personas de 20 a 50 años.

Influenza A (H1N1)

La gripe por el nuevo virus A (H1N1) presenta determinadas características epidemiológicas que señalan su sello pandémico y la diferencian de la gripe ocasional. Las principales son: su rápida diseminación por todo el mundo; la diseminación en primavera y verano en el hemisferio norte; la concentración de la morbilidad y la mortalidad en determinados grupos de edad, y los cambios introducidos en los virus influenza circulantes (Vaqué, 2012).

Una infección por el virus de la influenza en las vías respiratorias puede causar una gran variedad de complicaciones que pueden desencadenar una enfermedad grave, algunas personas tienen más riesgo de presentar complicaciones. En los niños pequeños, puede ocurrir otitis media y complicaciones respiratorias como crup, bronquiolitis y traqueítis. Otras complicaciones en niños incluyen enfermedades cardíacas (miocarditis y pericarditis), trastornos musculoesqueléticos (miositis grave) y enfermedades neurológicas (encefalopatía, encefalitis, mielitis transversa y encefalomielitis aguda diseminada) En personas de cualquier edad, la influenza puede provocar deshidratación y agravamiento de afecciones crónicas subyacentes (p. ej., insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma). Tanto la neumonía viral de la influenza primaria como la neumonía bacteriana invasiva secundaria (más comúnmente con *Streptococcus pneumoniae* y *Staphylococcus aureus*, pueden causar lesiones pulmonares, insuficiencia respiratoria, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, choque séptico e insuficiencia de varios órganos. Después de la influenza puede ocurrir una infección invasiva con *Neisseria meningitidis* que cause meningococemia, y meningitis (CDC, 2020).

Para analizar lo que el virus de la influenza nos dejó, se emplea la síntesis informativa que se propone en el libro “Casos para la enseñanza en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública”, considerado como un recurso de apoyo a profesores y estudiantes con un enfoque que permite vincular la escuela con la vida laboral (Magallanes, 2015). Se emplea un extracto de la nota de enseñanza en la que se sugieren dos escenarios.

Contexto particular, Distrito Federal: dos personas con la misma condición de salud, mismo espacio temporal, pero de estrato social diferente que hace notoria la diferencia en la experiencia dentro del sistema de salud mexicano y su desenlace. Con el propósito de que se realice un análisis situacional comparativo de la influenza A (H1N1) desde las diferencias socioeconómicas que se presentan en un país como lo es México (Magallanes, 2015).

En los días más difíciles de la contingencia, el periodista Pablo Ordaz, publicó una nota en la que destacaba que el brote de la influenza A (H1N1) descubrió las carencias de la sanidad de México. En su escrito señaló: ...cuando el Gobierno barajaba una cifra de hasta 160 fallecimientos atribuibles al nuevo virus, los periodistas preguntaban una y otra vez a cuanto responsable institucional se les ponía delante: ¿por qué está muriendo gente en México y en otros países no? La respuesta siempre era la misma: “porque los enfermos llegan tarde al hospital, cuando ya no se puede hacer nada por ellos”. A los periodistas se les olvidaba insistir con una pregunta capital: ¿y por qué llegan tarde?

Pablo Ordaz escribió que tal vez la respuesta se encontraba en el siguiente relato:

Manuel tiene 63 años. El martes 21 de abril se sintió mal, con los síntomas de una gripe. El miércoles, empeoró. El jueves, ya estaba fatal. “Mi esposa me llevó con el doctor César, a su consultorio del Hospital Inglés. En cuanto me revisó, me dijo: yo creo que es influenza. Voy a buscar al especialista”. Unos minutos más tarde, Manuel era sometido a pruebas de sangre, radiografías, tomografía, suero, medición de la capacidad respiratoria...

“A las diez de la noche, el prestigiado médico neumólogo Eulo Lupi me informó que debía ser hospitalizado, que mi capacidad respiratoria estaba al 50% y que los pulmones se deterioraban con rapidez. Por suerte, el doctor Cesar tenía en su consultorio una caja del antiviral indicado. Tomé la pastilla”.

El segundo caso es el de Óscar. Cinco años y siete meses. El jueves 16 de abril, el niño se puso mal. Su madre lo llevó a la clínica 11 del Seguro Social. “No lo quisieron recibir”, cuenta su tía, “porque no tenía fiebre; nos dijeron que era una gripe normal”. Por la tarde, Óscar empezó a vomitar y lo llevaron a otra clínica del Seguro Social. Tampoco lo atendieron. Al día siguiente, a las seis de la mañana, Óscar empezó a sufrir convulsiones y, entonces sí, lo ingresaron de urgencia. Cinco horas después el niño ya estaba muy grave con un cuadro de neumonía. Lo pasaron a un cuarto de terapia intensiva... junto con otros ocho niños.

El periodista termina el pasaje de su relato manifestando que: Casi no es necesario decir que Manuel se salvó. Óscar, en cambio, murió a los nueve días de sentir los primeros síntomas, tras sufrir un calvario de hospital en hospital. Manuel es dirigente de un importante partido político, fue secretario (ministro) de Relaciones Exteriores, diputado federal y hasta candidato a la presidencia de la República. Oscar, en cambio, era el hijo menor de una familia sin recursos.

Pablo Ordaz, continúa su nota con la siguiente pregunta: ¿Quiere decir esto que en México están sobreviviendo los ricos y muriendo los pobres? No hay datos para responder con certeza a esa pregunta. Entre otras cosas, porque el Gobierno tiene guardada la lista de los 16 fallecidos en un cofre con siete cerrojos. Según el secretario de Salud, José Ángel Córdova, el mutismo sobre la identidad de las víctimas intenta evitar la estigmatización de sus familias. Pero lo que sí es incontestable es que fuera de México se están detectando muchos casos de influenza y, salvo en Estados Unidos -donde sí falleció un niño mexicano de 23 meses-, nadie ha muerto por el momento. Más allá del desenlace, lo que sí demuestran

de forma muy gráfica los casos de Manuel y de Óscar es la forma en que el mexicano se enfrenta a la enfermedad (Caballero, Márquez, & Rodríguez, 2015).

Para esta situación en particular sobre todo donde las personas que no tiene los recursos suficientes para asistir a una clínica de asistencia pública o bien a un hospital privado por la falta de recursos sean estos económicos, culturales o sociales, se puede notar claramente que la asistencia de salud pública prestó una atención desfavorable, dado que hay más número de pacientes en espera lo que puede llegar a colapsar ciertas áreas de atención; ahora veamos las diferencias en la atención para Manuel y Oscar. El caso de Manuel donde él se esperó varios días hasta que la enfermedad llegara a un grado más severo para poder asistir al médico por razones de no tener la preocupación del tiempo que tardarían en atenderlo, cuando decidió atenderse no tuvo problemas, lo atendieron pronto ya que era una persona pública y con recursos, gracias a la atención que recibió, en un hospital privado, logró mejorar y recuperarse. Por otro lado, Oscar, fue llevado por su mamá inmediatamente, pero a pesar de esto no tuvo la atención que necesitaba, porque no lo consideraron “grave” fue hospitalizado hasta que ya tenía complicaciones.

Los determinantes sociales influyen mucho en la muerte de Oscar, ya que él a diferencia de Manuel que tenía influencias, sólo era el hijo de una familia común y no recibió la atención necesaria como Manuel que por ser quien era, lo atendieron pronto, este tipo de situaciones que se viven día a día pueden evitarse con acciones tanto del gobierno como del sistema de salud pública que existe en México, se pueden establecer ciertos planes de acción para tener un protocolo de revisión o chequeo de síntomas para verificar si requiere o no atención médica de prioridad o no, de este modo evitar más casos como el de Oscar, tomando en cuenta que los infantes deben ser de mayor prioridad ya que al ser pequeños en algunos casos no saben decir con exactitud los síntomas que presentan; en caso de que requiera atención de manera urgente la atención debe ser la más eficaz posible para evitar que los síntomas empeoren y en cuanto al tratamiento buscar la forma de que se cumpla de un inicio a fin. El virus nos dejó, aprendizaje enfocado sobre todo en prevención y cuidados de la salud. Prevenir el contagio con el virus de la influenza requiere de un enfoque multifacético. La diseminación del virus de la influenza se puede producir entre los pacientes, los profesionales de la salud, y las visitas; además, el profesional de la salud puede contraer influenza de las personas de su hogar o la comunidad. Las principales estrategias de prevención son: administración de la vacuna contra la influenza, implementación del protocolo para la higiene respiratoria y el manejo de la tos, manejo apropiado del personal de salud enfermo, adhesión a las precauciones para el control de la infección en la atención al paciente y procedimientos que generen aerosol, implementación de medidas de control de ingeniería y ambiental de la infección (CDC, 2020).

La exitosa implementación de todas estas estrategias depende de la presencia de las claras políticas administrativas y el liderazgo organizador que promueven y facilitan la observancia de estas recomendaciones entre las personas dentro del ámbito de cuidados de la salud, incluso los pacientes, las visitas y el personal de salud.

A continuación, se enumeran estrategias de Salud pública e intersectoriales que pudieran ayudar a prevenir más muertes en pandemias presentes y futuras.

Estrategias de Salud Pública

- Capacitación a personal de salud en cómo realizar chequeo en menores de edad, dándole así prioridad en urgencias a las infancias
- Realización de estancias de salud pública, así como clínicas y hospitales en más puntos de las comunidades y ciudades para evitar la saturación de derechohabientes y así que haya más flujo de pacientes y mejor atención por parte de los médicos
- Clasificación de riesgo de enfermedad: con profesionales entrenados y capacitados para determinar la urgencia de cada caso, es una de las maneras más acertadas de reducir el tiempo de espera. Esa clasificación debe, en lugar de basarse en la orden de llegada, usar la condición clínica para definir el tiempo de espera. Por lo tanto, mientras mayor sea el riesgo de muerte, más rápidamente el paciente debe ser atendido, teniendo en cuenta los grupos vulnerables como mayor prioridad.
- Seguimiento de indicadores: monitorizar el tiempo de atención, tiempo de espera, clasificación de pacientes atendidos, índices de admisión, de alta y de ocupación es una atribución de la gestión hospitalaria.

Estrategias Intersectoriales para evitar más muertes

- Promover y administrar la vacuna contra la influenza estacional: La vacunación anual es la medida más importante para prevenir la infección de influenza estacional, mejorando el acceso de la vacuna (por ej. ofrecer la vacunación en el lugar de trabajo y durante el horario de trabajo)
- Atención centrada en la respuesta a las necesidades de las personas con Influenza A (H1N1): identificar, informar, contener, manejar y referir. Esto incluye el despliegue intervenciones extramuros con equipos comunitarios (médicos, enfermería y de promoción de la salud) capaces de 1) monitorear los signos de alerta de Influenza A (H1N1) y otras enfermedades respiratorias agudas en la comunidad, 2) proteger a las personas con factores de riesgo de desarrollar formas graves de Influenza A (H1N1), y 3) desarrollar intervenciones de comunicación de riesgo tendientes a promover hábitos de vida saludables y de prevención de contagios de Influenza A (H1N1).
- Reforzar con más trabajadores comunitarios, personal de enfermería y médicos apoyándolos con EPP (Equipo de Protección Personal) adecuados y formación adecuada para su uso, medios de movilización y medios para la comunicación

virtual, telefónica o ambas.

- Asegurar que todo el personal de salud tenga conocimiento de las normas mínimas de salud pública ambiental que deben aplicarse en los establecimientos de salud como un componente clave para la seguridad del paciente, del personal de salud, los acompañantes y visitantes.
- Mantener la continuidad de los servicios esenciales conforme el desarrollo de las etapas de progresión de Influenza A (H1N1): mantener las acciones dirigidas a promover la salud y el desarrollo de las capacidades para la prevención de problemas de salud a lo largo del curso de la vida; el control de embarazadas y la atención del parto, monitoreo y la atención de personas con enfermedades o factores que requieran cuidados a largo plazo como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la diabetes, la hipertensión y la rehabilitación física, entre otros.
- Adecuar la atención hospitalaria para ampliar la capacidad de los servicios hospitalarios en respuesta a la Influenza A (H1N1): Los servicios hospitalarios requerirán expandir la disponibilidad de sus recursos de camas y unidades de cuidados intensivos, así como de espacios físicos y equipos para atender todos los casos que requieran hospitalización (CENAPRECE, s.f.).

Conclusiones

La influenza sigue siendo uno de los mayores desafíos de salud pública del mundo. Cada año en todo el mundo, se estima que hay mil millones de casos, de los cuales 3 a 5 millones son casos graves, lo que resulta en 290,000 a 650,000 muertes respiratorias relacionadas con la influenza. La OMS recomienda la vacunación anual contra la influenza como la forma más efectiva de prevenirla. La vacunación es especialmente importante para las personas con mayor riesgo de complicaciones graves de influenza y para los trabajadores de la salud.

La nueva estrategia es la más completa y de mayor alcance que la OMS haya desarrollado para la influenza. Describe un camino para proteger a las poblaciones cada año y ayuda a prepararse para una pandemia mediante el fortalecimiento de los programas de rutina. Tiene dos objetivos generales:

Uno. Crear capacidades nacionales más sólidas para la vigilancia y respuesta a la enfermedad, la prevención y el control, y la preparación. Para lograr esto, se requiere que cada país tenga un programa de influenza propio que contribuya a la preparación nacional y mundial y la seguridad de la salud.

Dos. Desarrollar mejores herramientas para prevenir, detectar, controlar y tratar la influenza, como vacunas, antivirales y tratamientos más efectivos, con el objetivo de que sean accesibles para todos los países y a todas las personas (OPS/OMS, 2019).

Bibliografía

- Alonso, C. (enero-abril de 2010). La influenza A (H1N1) y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias. *Desacatos*, 32-52. Recuperado el 3 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2010000100004&lng=es&tlng=es.
- Caballero, C., Márquez, M., & Rodríguez, R. (2015). Lo que el virus nos dejó: influenza A (H1N1) y la capacidad resolutoria del sistema de salud en México. En L. Magallanes, *Casos para la enseñanza en Salud Pública* (págs. 50-55). Cuernavaca: INSP.
- CDC. (31 de agosto de 2020). Influenza. Obtenido de CDC: <https://espanol.cdc.gov/flu/professionals/acip/clinical.htm>
- CENAPRECE. (s.f.). Plan Nacional para la preparación y respuesta ante la intensificación de una influenza estacional o una pandemia de influenza. México : Secretaría de Salud . Recuperado el 23 de Abril de 2022, de http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/descargas/pdf/Plan_Nacional_Influenza.pdf
- Magallanes, L. (2015). *Casos para la enseñanza en Salud Pública* . México : Instituto Nacional de Salud Pública .
- OPS/OMS. (2019 de marzo de 2019). Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 2022 de mayo de 19, de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15016:who-launches-new-global-influenza-strategy&Itemid=135&lang=es
- Ponce, M. (2009). La Influenza A H1N1 en México Diagnóstico, tratamiento y prevención. *Vertientes*, revista especializada en ciencias de la salud. Obtenido de <http://www.revistas.unam.mx/index.pdp/vertientes>
- Vaqué, J. (2012). Epidemiología de la gripe A (H1N1) en el mundo y en España. *Archivos de Bronconeumología*(46), 3-12. Recuperado el 9 de mayo de 2022, de <https://www.archbronconeumol.org/es-epidemiologia-gripe-a-h1n1-el-articulo-S0300289610700144>