

## Gripe A en el Hospital Italiano de Buenos Aires

En el mes de abril de 2009 se detectó una nueva cepa del virus de la *influenza* en 2 pacientes en los Estados Unidos. Simultáneamente en México se presentó desde la segunda semana de abril un número inesperado de pacientes con gripe. El virus causante de la epidemia en México fue idéntico al aparecido en los Estados Unidos, una nueva variante del virus H1N1. Fue llamado virus de la gripe porcina, nueva gripe o gripe A, y más recientemente gripe pandémica.

El virus se distribuyó rápidamente en todo el mundo y el 11 de junio de 2009 la OMS declaró la pandemia.

Hasta el 24 de enero de 2010, más de 209 países informaron casos confirmados de gripe pandémica, así como 14 000 muertes.

La nueva gripe reveló algunas características propias, como la presencia de formas graves, sobre todo respiratorias, en jóvenes, embarazadas y obesos.

En este número de la Revista del Hospital, se presentan tres trabajos relacionados con la *influenza*.

El artículo de San Román y cols. describe la experiencia con las formas graves de la gripe A en nuestra Terapia Intensiva, la cual resultó similar a las de otras Terapias de la Capital.

De acuerdo con la población de nuestro hospital, todos los pacientes presentaban comorbilidades, la mayoría de los cuales eran huéspedes inmunocomprometidos: 7 severos (enfermedades oncológicas, tratamiento inmunosupresor, HIV) y 4 moderados (DBT, cirrosis). Llama la atención la gravedad de estos pacientes a su ingreso en Terapia, con un APACHE promedio de 24.

La mortalidad fue muy elevada, del 60%, en su mayoría temprana ( $\leq 7$  días del ingreso en Terapia). Uno de los pacientes que falleció en forma tardía presentó TEP, una nueva complicación descrita con la gripe A en algunas series.

Finalmente, los autores enuncian una serie de recomendaciones específicas para los cuidados de estos pacientes en Terapia Intensiva, basadas en las del Comité de Expertos de la SATI, y propias del equipo médico-kinesiológico del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Italiano de Buenos Aires.

El trabajo de Sanmartino y cols. analiza los efectos adversos de la vacuna antigripal en el personal de salud, en el contexto de la primera campaña de vacunación masiva en el hospital, donde se logró una adherencia muy importante, llegando a 4000 los vacunados.

La incidencia y el tipo de efectos adversos coinciden con los comunicados en la literatura. Lo novedoso es que se analizaron los síntomas “coriza” y “odinofagia”, que usualmente no se atribuyen a la vacuna. Sin embargo, fueron tomados en cuenta por la creencia muy difundida entre los pacientes y algunos médicos de que la vacuna antigripal puede ocasionar gripe. Esto no es posible ya que la vacuna antigripal por vía parenteral está elaborada con componentes del virus muerto (inactivada).

La *influenza* nosocomial causa aumento de los días de internación y de la mortalidad entre los pacientes internados. La infección por *influenza* del personal no vacunado va del 10% al 20% por temporada; este elevado índice de infección tiene implicaciones mayores en la transmisión de la *influenza*, teniendo en cuenta la vulnerabilidad y el bajo índice de vacunación entre los pacientes internados.

Varios estudios muestran una reducción en la infección nosocomial como resultado de una campaña de vacunación a gran escala entre el personal de salud. Uno de ellos muestra una disminución de la mortalidad global de 17% a 10% entre los ancianos que viven en un geriátrico.

Dichos trabajos prueban el beneficio de la vacunación al personal de salud.

El mayor aporte de este estudio consiste en la demostración de la ausencia de efectos adversos graves posteriores a la vacunación antigripal en nuestro hospital, hecho que favorece la aceptación de la vacunación anual entre el personal de salud. La situación en nuestro hospital se encuentra claramente reflejada en el trabajo de Matejic y cols., que relata la realidad de la complicada situación vivida, ante la aparición de la epidemia sin que ninguno de los sectores involucrados, tanto hospitalarios como autoridades nacionales, tuviera experiencia alguna en su manejo.

A pesar del desconcierto y la confusión reinante al inicio de la epidemia, el hospital logró una coordinación suficiente como para enfrentar el suceso de forma exitosa.

Cabe destacar algunos puntos:

- La creación del Comité de Crisis, lo cual permitió contar con un ámbito de discusión multidisciplinario.
- La importancia de contar con un método de diagnóstico en la Sección Biología Molecular del Hospital, que hizo posible levantar rápidamente aislamientos innecesarios, en la época de mayor demanda de camas.
- El punto más crítico se encontró en la comunicación externa e interna. Las normas llegadas desde los organismos oficiales cambiaban frecuentemente, de acuerdo con los nuevos datos conocidos en el mundo acerca de la gripe A. A partir de allí, el Comité de Crisis debía transmitir esa nueva información al enorme número de médicos, enfermeros y administrativos del hospital Central, San Justo y centros periféricos.

#### **ESTADO ACTUAL EN EL MUNDO Y LA ARGENTINA**

Actualmente, en el mundo, las áreas de transmisión más intensa del virus se encuentran en zonas del norte de África, sur de Asia y este y sudeste de Europa.

El H1N1 continúa siendo el virus *influenza* de mayor circulación en el mundo, con aislamientos esporádicos de *influenza* estacional.

En nuestro país se notificaron cerca de 1 millón y medio de casos de enfermedad tipo *influenza* (ETI). Se confirmaron por PCR 12 117 muestras positivas para H1N1.

El grupo etario más afectado fue el de 50 a 59 años. Los casos sospechosos (ETI) comenzaron a incrementarse en la semana epidemiológica 22 y llegaron al pico máximo en la semana 26 (28 de junio a 4 de julio). A partir de la semana 27 comenzó el descenso, y se llegó a la zona de seguridad en la semana 34.

Requirieron internación 14 125 casos de insuficiencia respiratoria aguda grave. El grupo etario más afectado por esta forma grave fue el de niños menores de 5 años, seguido por el de 45 a 64 años. Hubo 626 defunciones.

Se han hecho múltiples esfuerzos para determinar si la gripe A o la estacional presentan mayor mortalidad, lo cual resulta difícil dada la distinta forma de medir la mortalidad por ambos virus.

El número de muertes de la *influenza* estacional se calcula por un método estadístico diseñado para calcular el “exceso de mortalidad” que ocurre durante el período en que circula el virus *influenza* en una población. En cambio, las muertes por gripe A que son notificadas por las autoridades de cada país a la OMS son casos confirmados, con el innegable subregistro. Otro factor que hace difícil la comparación son los diferentes grupos etarios que afectan ambos virus: mayores de 65 años, con múltiples comorbilidades para la gripe estacional, y el grupo más joven de 15 a 50 años, para la gripe A. Hasta el momento, la OMS considera que el impacto de la gripe pandémica es moderado. Una mejor comparación con la mortalidad de la gripe estacional probablemente se logre después de 1-2 años de circulación de la gripe A, cuando se pueda aplicar igual método que para la gripe estacional.

La Argentina ha sido hasta el momento el país con más casos confirmados de gripe A en Sudamérica. La mortalidad informada por el Ministerio de Salud para este grupo, entre los meses de mayo y diciembre de 2009, fue del 5.5%.

Probablemente con lo aprendido durante el invierno de 2009 y la aplicación de la vacuna contra la gripe A a los grupos de riesgo, se logre atenuar el impacto de esta nueva enfermedad.

Laura Barcán

Sección Infectología Adultos