



Boletín GripeNet temporada 1, 13º entrega:

El SARS, o como contener una epidemia.

El pasado 1 de Abril, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó sobre los primeros tres casos de un nuevo tipo de gripe A-H7N9 en China. El nuevo virus, de naturaleza aviar, provoca un cuadro de síntomas respiratorios severo, e incluso la muerte en una proporción relevante de los casos. El brote se encuentra ahora mismo en desarrollo en Asia, y resulta prematuro evaluar su alcance.

El comportamiento del nuevo virus, al igual que el del coronavirus que causó el llamado SARS (*síndrome agudo respiratorio severo*) en 2003, resulta en cierto sentido opuesto al de la mayoría de las cepas estacionales de gripe (o incluso respecto al de la propia gripe pandémica A-H1N1). Las razones son dos. En primer lugar, mientras el coronavirus del SARS genera un síndrome a menudo grave, la gripe estacional, así como la propia gripe A-H1N1 pandémica, aparecen comúnmente asociadas a síndromes menos severos. El nuevo virus gripal A-H7N9 parece ser similar al agente causante del SARS en este sentido, pues, por el momento, la mayoría de los casos identificados sufren cuadros de neumonía severos, si bien es cierto que todavía es pronto para evaluar en qué porcentaje de casos aparecen estos cuadros graves.

Por el contrario, y afortunadamente, la capacidad de transmitirse de persona a persona de los dos grupos de virus mencionados es también opuesta. La gripe estacional, al igual que la gripe pandémica A-H1N1 se transmite con extrema facilidad de persona a persona, mientras que, por ejemplo, el SARS mostró una capacidad de transmisión entre humanos relativamente baja, lo que facilitó su control. Esta segunda característica parece ser también común al nuevo virus A-H7N9, teniendo en cuenta los datos disponibles en la actualidad.

Sin embargo, como sabemos, la capacidad de mutación de los virus gripales es alta, y debido a ello, las autoridades sanitarias cuentan con una serie de protocolos globales cuyo objetivo es, una vez se identifica un nuevo patógeno potencialmente peligroso, reducir las probabilidades de que se propague globalmente. Con esto también se busca impedir que un virus agresivo, como el del SARS o el A/H7N9, mute y adquiera la capacidad de propagarse de persona a persona con facilidad.

La respuesta internacional ante la aparición del SARS representa un ejemplo válido de en qué consisten estas medidas, y sirve para ilustrar cuales son las prioridades de las autoridades sanitarias en casos como éste. Hacer un repaso de dichas medidas puede resultar de gran ayuda para distinguir lo que constituye una respuesta coordinada y coherente ante una amenaza de naturaleza epidemiológica de la componente de ruido mediático que este tipo de sucesos arrastran consigo.

El caso del SARS: un ejemplo de éxito en colaboración internacional en salud pública.

Los primeros casos de la nueva enfermedad que poco después vendría a llamarse SARS fueron 11 ciudadanos chinos procedentes de diferentes partes de la región costera de Guangdong, China, en Noviembre de 2002. Cuando la información acerca de la aparición de un nuevo y extraño síndrome respiratorio trascendió, la OMS se involucró, y entre Enero y Febrero de 2003 se realizaron los primeros esfuerzos para ofrecer una respuesta coordinada con el gobierno chino. Estos esfuerzos fueron infructuosos, esencialmente, por un problema con el que las autoridades de salud pública se encuentran siempre en este tipo de escenarios: la reticencia de los gobiernos nacionales a comunicar este tipo de problemas de salud pública, por temor a las eventuales consecuencias políticas y económicas.

En el caso que mencionamos, a esta circunstancia se ha de sumar la existencia de un marco legal internacional inadecuado para afrontar la crisis: las llamadas regulaciones de salud internacional, (IHR, por sus siglas en inglés). Dicho tratado regulaba el modo en que una autoridad nacional debe gestionar la aparición de una enfermedad capaz, potencialmente, de cruzar fronteras. Se trataba de un documento tan obsoleto -firmado en 1966- como ineficaz: por ejemplo, sólo contemplaba pormenorizadamente protocolos relativos al cólera, la peste y la fiebre amarilla.

El cambio de gobierno en Marzo de 2003 en China supuso una mejora cualitativa en la cooperación entre el gobierno y la OMS, y eso tuvo un efecto importante en el devenir de la epidemia en ese país, que comenzó a controlarse de una manera sostenida a partir de ese momento. Las autoridades internacionales, quizá tras haber aprendido de los primeros encuentros fallidos con el gobierno chino, establecieron una cooperación mucho más rápida y exitosa con el gobierno del segundo país afectado: Vietnam.

De hecho, la reacción en Vietnam fue mucho más ágil que en China, y el modelo de cooperación del gobierno vietnamita con la organización mundial de la salud estuvo muy presente a la hora de introducir modificaciones a los protocolos de actuación ante amenazas de esta naturaleza. Entre dichas modificaciones están una mayor atención a la vigilancia epidemiológica y la introducción de un plazo obligatorio de 24 horas dentro del cual los gobiernos están obligados a informar de cualquier incidencia asociada con una nueva enfermedad. Estos cambios, sin embargo, no se han llevado a la práctica homogéneamente, y debido sobre todo a limitaciones económicas, más de 100 países, la mayoría subdesarrollados o en vías de desarrollo, no han implementado aún las nuevas medidas.

Gracias al éxito vietnamita en la contención del virus, la comunidad internacional tomó consciencia de que la propagación global del nuevo síndrome podía ser efectivamente contenida. ¿Cuáles fueron las medidas adoptadas para la contención de la infección? Esencialmente, a raíz de cada caso identificado en los hospitales, se realizó un rastreo a fin de encontrar y aislar a las personas que tuvieron contacto con los individuos infectados. En general, el virus no se propagaba con facilidad entre personas, lo que hizo posible, mediante esta estrategia, aislar y proteger rápidamente a las personas infectadas o susceptibles de haberlo sido. Adicionalmente, se observó que el colectivo sometido a mayor riesgo era el de los profesionales médicos, a los cuales se les recomendó ser extremadamente cuidadosos con la higiene, a través de los mismos protocolos que se usaron para la contención del ébola en África algunos años antes.

En esencia, las herramientas en las que se basó la estrategia de contención del SARS fueron, en su mayor parte, medidas de higiene y vigilancia bien conocidas desde el siglo XIX. La última tecnología farmacológica del siglo XXI no tuvo un impacto comparable: las pruebas diagnósticas no fueron de gran utilidad, la secuenciación del genoma vírico tampoco tuvo una aplicación inmediata en la contención del brote y nunca se llegó a desarrollar una vacuna, pues antes de que esto fuera posible, en Julio de 2003, la epidemia de SARS se declaró extinguida a nivel mundial, tras haberse registrado en sólo 8 meses 8100 casos y 774 muertes en un total de 29 países diferentes.

Aunque aún hay mucho que comprender en torno a la Biología y a la epidemiología del virus responsable del SARS, las autoridades políticas y sanitarias, así como la comunidad científica, aprendieron una gran cantidad de importantes lecciones a raíz del brote de 2003, que seguramente serán de gran ayuda a la hora de contener eventuales nuevas amenazas futuras, como el presente brote de gripe aviar A/H7N9, a cuyo devenir atenderemos las próximas semanas.