

Influenza:

A veces llamada "monga" en Puerto Rico - Un resumen para la temporada 2017-2018



Fernando Soto-Torres, MD, FACEP

Catedrático Auxiliar
Departamento de Medicina de Emergencia
Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico



Humberto M. Guiot, MD, FACP

Catedrático Asociado
Departamento de Medicina / Departamento de Microbiología
Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico

Introducción

La temporada 2017-2018 de influenza se percibe como una de las más agresivas de los últimos tiempos y se compara con la pandemia de H1N1 de 2009. Según el CDC (Centro para el Control de Enfermedades), se ha reportado la enfermedad en los 50 estados y territorios de los Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico (PR), siendo nuestra isla una de las zonas con mayor índice de actividad.¹ En Puerto Rico, en esta temporada, hasta el 10 de febrero, se han reportado 16 219 casos con prueba rápida positiva para influenza A o B, requiriendo hospitalización 656 pacientes.² El 16 de febrero ya se informaron las primeras 4 muertes relacionadas con influenza en Puerto Rico.³

Debido a este impacto en nuestra población, se deben tener presentes aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento, así como estrategias para incrementar la educación a nuestros pacientes y a la población en general.

Importancia del nombre

Una de las estrategias más utilizadas para cambiar el enfoque que se dé a un acontecimiento, enfermedad o situación es adjudicarle un nombre e identificarlo como un ente independiente. Esto ha ocurrido con la influenza, a la que se solía conocer como "la monga" o gripe, y cuyo único tratamiento consistía en aliviar los síntomas.

Epidemiológicamente, puede ser preferible referirnos a la enfermedad con un solo nombre para tomar datos inequívocos sobre la incidencia o prevalencia de la condición, pero en los pacientes en general el término *influenza* puede generar ansiedad o confusión. Nuestra labor de educación debe ayudar a reducir el contagio, pero, también, a bajar la ansiedad.

Pruebas rápidas de influenza

Un punto neurálgico sobre la influenza es cuándo indicar la prueba a un paciente sospechoso. No es beneficioso enviar pruebas diagnósticas a toda la población. En la gran mayoría de los casos, el diagnóstico es clínico y no requiere más intervenciones que un historial y el examen físico, recordando que los síntomas más comunes de influenza son: fiebre, escalofríos, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolor muscular o en el cuerpo, cansancio, tos (usualmente seca), nariz tupida, estornudos y, en algunos casos (sobre todo en niños) síntomas gastrointestinales como vómitos y diarrea.

En algunas poblaciones es beneficioso corroborar el diagnóstico, pero la prueba tiene limitaciones. Según el CDC, hay mucha variabilidad en las pruebas rápidas de influenza:⁴ pueden ser erróneamente negativas (falsos negativos) por el día de enfermedad en que se toma la muestra, la técnica usada o su sensibilidad. Por lo

general, tienen una sensibilidad baja, de un 50% a un 70%. Estos resultados falso negativos pueden generar problemas por varias razones: El concepto mismo de falso negativo puede ser peligroso y llevar al paciente (o a sus familiares) a bajar la guardia creyendo que no están enfermos o hacer que el paciente, en lugar de aislarse, vaya a la escuela o al trabajo y, así, aumente el contagio.

Desde un punto de vista práctico: si el paciente no presenta síntomas, es probable que no tenga la enfermedad y, por otro lado, el hecho de que no tenga síntomas hoy no indica que pueda enfermar en los próximos días. Esto nos podría llevar a hacer pruebas diarias o frecuentes, dejando de lado el juicio clínico.

Para solicitar las pruebas debemos:

- Reconocer si de acuerdo con el cuadro clínico estas cambiarán el manejo o no;
- Informarle al paciente o su familiar sobre las limitaciones de las pruebas (30% de las pruebas positivas saldrán negativas); y
- Educar sobre los síntomas de alarma a quienes tengan síntomas, incluso con una prueba negativa.

Prevención

La mejor manera de prevenir la influenza es mediante la vacunación. Este año la vacuna ha sido efectiva en un 36%.⁵ Las diferencias en su efectividad se deben a que el virus (sobre todo el de influenza A) tiene una gran facilidad para mutar genéticamente. Así, pueden surgir mutaciones en el virus después del desarrollo de la vacuna, a veces en la misma temporada. Sin embargo, debemos recalcar que, aunque no siempre sea completamente efectiva en evitar la enfermedad, la vacunación permite que la infección sea, en muchos casos, más corta o menos sintomática, disminuye la circulación del virus entre la comunidad y parece reducir la mortalidad secundaria al virus.

Tradicionalmente, los pacientes en mayor riesgo de complicaciones por el virus son las personas con condiciones respiratorias, con sistema inmunológico deprimido, mujeres embarazadas e individuos en los extremos de edad. Se recomienda actualmente la vacuna para todas las personas de 6 meses de edad en adelante. Las vacunas más utilizadas contienen 3 cepas (2 de influenza

A, 1 de influenza B) o 4 cepas (2 de influenza A y 2 de influenza B).

Debemos tener presente lo siguiente:

- Las vacunas inyectables contra influenza se desarrollan utilizando virus muerto o material inactivo; **no es posible desarrollar influenza a través de la vacuna** (lo que es un mito popular);
- La efectividad de la vacuna puede variar entre las temporadas y esta puede tomar hasta 14 días para que nuestro sistema forme anticuerpos efectivos contra la enfermedad; y
- Hay otras enfermedades con sintomatología similar a la influenza (como el catarro común, sinusitis entre otras) que no se previenen con la vacuna. Estas situaciones podrían explicar el surgimiento de síntomas catarrales justo después de la vacunación contra influenza.

Otras estrategias de prevención sobre las que debemos crear conciencia son: lavado frecuente de manos, evitar tocarse la cara, ojos o nariz con las manos sucias y enfatizar en la limpieza de superficies, incluyendo aquellas que no se suelen limpiar con frecuencia, como los pasamanos de las escaleras, botones de elevador, interruptores de luz, teléfonos, perillas, además de las superficies que se utilicen comúnmente en el hogar y lugar de trabajo. El virus puede permanecer en estas superficies por horas y ocasionar el contagio en otras personas.

En quienes han sido diagnosticados con influenza es importante recalcar que deben completar el tratamiento indicado, que deben permanecer en el hogar para evitar contagiar a colegas o compañeros de trabajo, que deben taparse la nariz y la boca al toser o estornudar y, que deben lavarse las manos con frecuencia. Debemos orientarlos sobre las señales de alerta cuando la condición se esté agravando: vómitos persistentes, dificultad respiratoria, dolor o presión en el abdomen o en el pecho, confusión o cambio en el estado mental y empeoramiento o retorno de los síntomas después de una mejoría inicial.

En las personas que han tenido contacto directo con pacientes diagnosticados con influenza, podemos considerar la vacunación inmediata o el tratamiento antiviral profiláctico.

Tratamiento

La mayoría de las personas con influenza tienen un curso con sintomatología leve y autolimitante y, en ellos, el tratamiento puede consistir en el alivio de síntomas. Hoy en día, no hay tratamiento definitivo o completamente efectivo contra la influenza, por lo que la prevención es el mejor aliado contra ella. Sin embargo, aunque la gran mayoría de los pacientes con influenza se recuperan sin mayor repercusión, hay una fracción muy pequeña (incluyendo a individuos saludables) que fallece por la influenza.⁶

El CDC continúa recomendando los inhibidores de neuraminidasas como oseltamivir (*Tamiflu*) y zanamivir (*Relenza*), al igual que otros antivirales, para tratar la influenza, pero estudios han demostrado que el beneficio de reducción de síntomas es leve, la reducción en admisiones al hospital es muy modesta y los efectos adversos pueden ser notables.⁷ En los últimos años, varios investigadores en el mundo han publicado estudios que han definido esta controversia.^{8,9} Por otro lado, pueden presentar un beneficio en reducción de contagio entre miembros de la familia del paciente.

De decidir prescribir el tratamiento, el médico no tiene que esperar el resultado de pruebas diagnósticas, ya que el beneficio mayor del tratamiento se observa en las primeras 48 horas desde el inicio de los síntomas de influenza. En los pacientes hospitalizados, se recomienda comenzar el tratamiento con oseltamivir hasta 5 días luego del inicio de síntomas, lo que puede aumentar la sobrevida.¹⁰ Se investiga con antivirales endovenosos que podrían ayudar a pacientes con síntomas graves, aquellos con una enfermedad de mayor duración o cepas resistentes a oseltamivir.

La controversia acerca del oseltamivir ha llegado a tal nivel que la Organización Mundial de la Salud (WHO) envió un mensaje indicando que ya no se requeriría a los gobiernos incluirlo en sus medicamentos para emergencias debido a que no provee los beneficios descritos por el fabricante y que no presenta una costo-efectividad notable.¹¹


Conclusiones

Estamos atravesando en Puerto Rico por una temporada muy activa de influenza. Un buen historial y el

examen físico siguen teniendo la mayor utilidad para el diagnóstico clínico en una temporada con alta actividad, ya que en muchos pacientes las pruebas pueden resultar falsamente negativas. Nuestras estrategias principales deben incluir:

- 1) La educación;
- 2) La prevención mediante vacunación y lavado frecuente de manos y superficies; y
- 3) El aislamiento de los pacientes que ya tienen la condición.

Existe la posibilidad de brindar profilaxis y tratamiento con medicamentos antivirales en ciertas situaciones, considerando también alternativas de tratamiento de apoyo, como hidratación y descanso.

Parte de nuestra labor como profesionales de la salud consiste en orientar sobre el proceso de esta enfermedad, educar para minimizar las complicaciones, enseñar a reconocer las señales de alarma y ayudar a disminuir la ansiedad siempre que sea posible. 

Referencias

1. <https://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm#ILIMap>, acced. 19 feb 2018.
2. <http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Estadisticas%20Influenza/Informe%20Influenza%20Semana%206%202018.pdf>, acced. 19 feb 2018.
3. <https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/saludconfirmalasprimerascuatromuertesporinfluenza-2399568/>, acced. 19 feb 2018.
4. https://www.cdc.gov/flu/professionals/diagnosis/clinician_guidance_ridt.htm, acced. 19 feb 2018.
5. Flannery B, Chung JR, Belongia EA, et al. Interim Estimates of 2017–18 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness — United States, February 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018; 67:180–185.
6. Budd AP, Wentworth DE, Blanton L et al. Update: US Influenza activity, Oct 2017–Feb 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018; 67:169–179.
7. Gupta YK, Meenu M, Mohan P. The Tamiflu fiasco and lessons learnt. *Indian J Pharmacol*. 2015;47(1):11–16. doi:10.4103/0253-7613.150308.
8. Ebell MH, Call M, Shinholser J. Effectiveness of oseltamivir in adults: a meta-analysis of published and unpublished clinical trials. *Fam Pract*. 2013 Apr;30(2):125–33. doi: 10.1093/fampra/cms059.
9. Jefferson T, Jones M, Doshi P, Spencer EA, Onakpoya I, Heneghan CJ et al. Oseltamivir for influenza in adults and children: systematic review of clinical study reports. *BMJ* 2014; 348: g2545.
10. Louie JK, Yang S, Acosta M, Yen C, Samuel MC, Schechter R, Guevara H, Uyeki TM. Treatment with neuraminidase inhibitors for critically ill patients with influenza A (H1N1) pdm09. *Clin Infect Dis*. 2012 Nov;55(9):1198–204.
11. <http://www.bmj.com/company/newsroom/who-decision-to-downgrade-tamiflu-comes-far-too-late-argues-expert/>, acced. 19 feb 2018.