



Capítulo 5

SRAS: enseñanzas de una nueva enfermedad

Durante los dos últimos decenios han aparecido enfermedades nuevas a un ritmo sin precedentes de una por año, y esta tendencia seguramente proseguirá. La llegada repentina y mortal del SRAS al ámbito de la salud mundial a comienzos de 2003 quizás haya sido en algunos aspectos la más dramática. Su contención rápida es uno de los mayores logros de la salud pública de los últimos años. Pero es oportuno preguntar en qué medida se debió ello a la buena suerte, aunada a la ciencia. ¿Cuánto nos hemos aproximado a un desastre sanitario internacional? ¿Qué fue lo que inclinó el fiel de la balanza? La respuesta internacional al SRAS servirá de modelo para las futuras estrategias de lucha contra epidemias infecciosas.

5

SRAS:

enseñanzas de una nueva enfermedad

Las batallas cotidianas para controlar el brote de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) dieron lugar a una gran victoria que ha sido fruto de la colaboración en pro de la salud pública. Las principales lecciones resultantes serán inestimables para determinar el futuro de la lucha contra las enfermedades infecciosas y estar preparados para cuando llegue, sin previo aviso, la próxima enfermedad nueva. Lo primero y lo más imperioso es que se notifiquen con prontitud y abiertamente los casos de cualquier enfermedad que pueda propagarse a escala internacional en un mundo estrechamente interconectado cuya movilidad es extraordinaria. Segundo, mediante alertas mundiales oportunas es posible prevenir grandes brotes generados por casos importados en lugares nuevos. Tercero, las recomendaciones sobre viajes y las medidas de cribado en los aeropuertos ayudan a contener la propagación internacional de una infección emergente. Cuarto, los mejores científicos, clínicos y expertos en salud pública del mundo, con ayuda de los medios de comunicación electrónica, pueden colaborar para establecer rápidamente las bases científicas de las medidas de control. Quinto, las deficiencias de los sistemas de salud desempeñan una función decisiva porque permiten que las infecciones emergentes se propaguen. Sexto, es posible contener un brote incluso sin medicamentos curativos ni vacunas si las intervenciones se adaptan a las circunstancias y están apoyadas por un compromiso político. Por último, la comunicación sobre los riesgos de las infecciones nuevas y emergentes constituye un gran reto, y es vital que se vele por que se transmita eficaz e inequívocamente al público información exacta y precisa. La OMS está aplicando estas enseñanzas en toda la Organización mientras aumenta la escala de su respuesta a la emergencia del VIH/SIDA.

Los primeros casos

El 12 de marzo de 2003 la OMS lanzó una alerta mundial sobre la aparición de una enfermedad respiratoria grave de causa desconocida que se estaba propagando rápidamente entre el personal de hospitales de la Región Administrativa Especial de Hong Kong (China) y Viet Nam. Dos días después, cuando hospitales de Singapur y Toronto (Canadá) notificaron casos de pacientes con signos y síntomas semejantes, ya era evidente que la enfermedad se estaba extendiendo a escala internacional por las principales rutas de navegación aérea. El 15 de marzo se confirmaron vívidamente las posibilidades de que los vuelos internacionales siguieran esparciéndola. Una llamada de las autoridades sanitarias de Singapur despertó muy temprano esa mañana al responsable en la OMS de las actividades de alerta y respuesta ante brotes epidémicos. Un médico que había tratado a los primeros enfermos de neumonía atípica comunicó que poco antes de tomar un vuelo de Nueva York a Singapur padecía síntomas

semejantes. Se pidió a la OMS que interviniera y ésta advirtió a la compañía aérea y a las autoridades sanitarias de Alemania, donde haría escala el vuelo. El médico y su esposa desembarcaron en Frankfurt, fueron inmediatamente hospitalizados en condiciones de aislamiento y pasaron a ser los dos primeros casos aparecidos en Europa. Como consecuencia, la OMS lanzó ese mismo día una segunda alerta, más firme. Estableció definiciones de casos, formuló recomendaciones destinadas a los viajeros internacionales que tuvieran síntomas similares y llamó a esta nueva enfermedad «síndrome respiratorio agudo severo» (SRAS). El brote epidémico mundial de SRAS pasó a ser motivo de gran preocupación a nivel internacional y siguió siéndolo durante al menos cuatro meses.

Orígenes y propagación internacional

El SRAS es una infección humana recientemente identificada causada por un coronavirus diferente de los demás virus conocidos de su familia, afecten éstos a seres humanos o animales. Aunque todavía se está analizando la información epidemiológica procedente de los diversos sitios donde hubo brotes, conocida ya la evolución de la mayor parte de los casos se puede afirmar que la razón de letalidad general se acerca a un 11% pero es mucho mayor entre las personas de edad. Se transmite principalmente de una persona a otra por exposición cara a cara a gotículas de secreciones respiratorias infectadas expulsadas durante la tos o el estornudo, o por contacto con líquidos corporales durante ciertas intervenciones médicas. Se piensa que la contaminación del ambiente resultante de la eliminación del virus por las heces desempeña una función menos frecuente en la transmisión de la enfermedad, como en la infección casi simultánea a finales de marzo de más de 300 residentes de un edificio de viviendas de Hong Kong donde se encontró una falla en el sistema de evacuación de aguas residuales. Por el momento no hay ninguna vacuna, ningún tratamiento curativo y ninguna prueba de diagnóstico fidedigna aplicable en el lugar de atención, aunque se han desarrollado pruebas de anticuerpos que permiten confirmar una infección anterior de manera fiable utilizando suero de pacientes agudos o convalecientes. El tratamiento del SRAS es de apoyo y las estrategias de control consisten en las intervenciones epidemiológicas corrientes, a saber: la identificación de quienes se ajustan a la definición de casos, el aislamiento, el control de la infección, la localización de los contactos, la vigilancia activa de los contactos y recomendaciones científicamente fundamentadas dirigidas a los viajeros internacionales. Aunque exigentes y socialmente desestabilizadoras, en particular cuando se puso en cuarentena a un gran número de personas, estas intervenciones, respaldadas por un compromiso político de alto nivel, demostraron ser suficientemente eficaces para contener el brote mundial menos de cuatro meses después de que se lanzara la primera alerta.

Se cree que los primeros casos de SRAS aparecieron a mediados de noviembre de 2002 en la provincia de Guangdong, en el sur de China. El análisis retrospectivo, hasta la fecha incompleto, de los registros de los pacientes ha permitido identificar pequeños racimos de casos, cada uno con un caso inicial diferente, aparecidos independientemente en al menos siete municipios. El primer caso se registró el 16 de noviembre de 2002 en la ciudad de Foshan y el número más grande de casos se concentró en la ciudad de Guangzhou. El análisis no ha llevado a encontrar conexión alguna entre los diversos casos iniciales de los racimos. También hubo algunos casos sin antecedentes conocidos de exposición (1, 2). En estudios colaborativos tempranos realizados en Guangdong se ha detectado en animales de caza domesticados, como la civeta de palmera enmascarada y el perro mapache, que se venden vivos en los mercados de Guangdong, un virus casi idéntico al coronavirus causante del SRAS, y ello sugiere que esos animales quizá desempeñen una función en la transmisión del virus a los seres humanos.

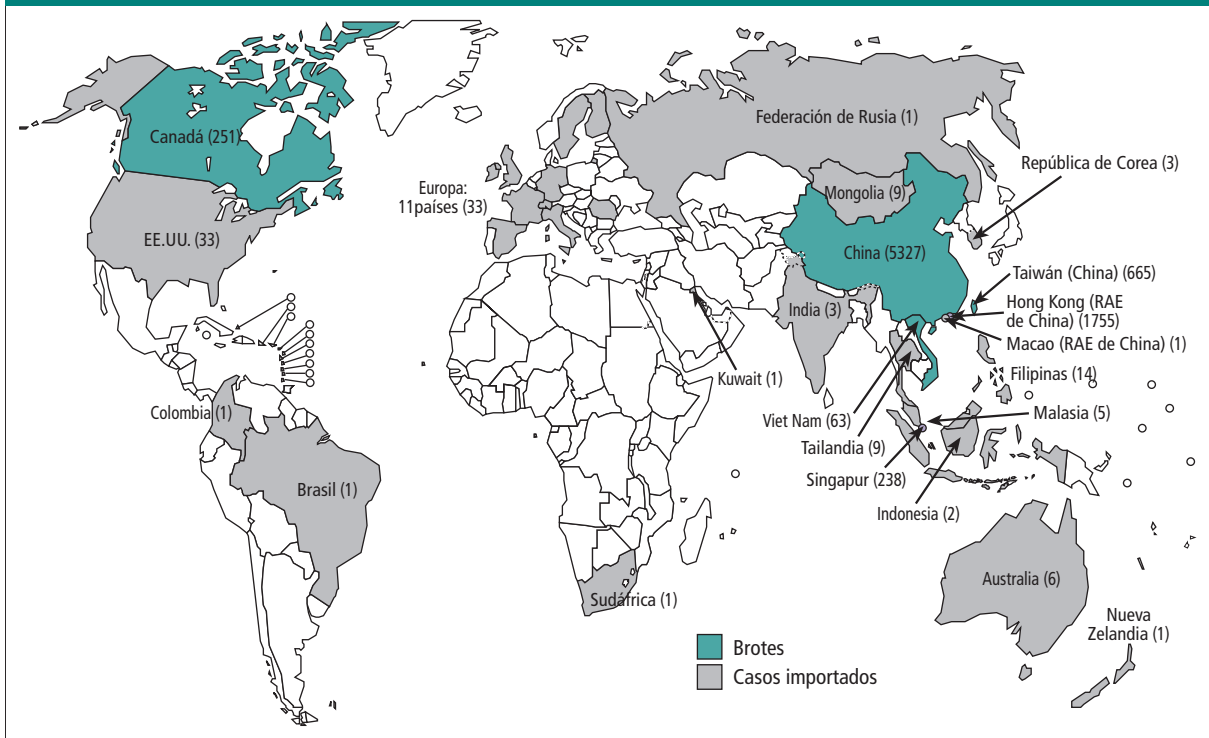
La fase inicial del brote epidémico ocurrido en Guangdong se caracterizó por la aparición de pequeños racimos independientes y casos esporádicos. Le siguió durante la primera semana de febrero de 2003 un aumento brusco de los casos que se consideró resultante de una ampliación durante la atención prestada en los hospitales. El número de casos disminuyó después gradualmente. En el brote de Guangdong hubo en total unos 1512 casos clínicamente confirmados, entre los cuales los trabajadores de salud de hospitales de zonas urbanas representaron hasta un 27% (1–3). Estas características (aparición en zonas urbanas, concentración de la mayor parte de los casos en hospitales y multiplicación durante la atención) se repitieron cuando la enfermedad empezó a propagarse fuera de la provincia de Guangdong y se extendió a otras áreas de China y luego a escala internacional.

El primer caso de SRAS fuera de China se registró el 21 de febrero de 2003, cuando un médico que había tratado a pacientes en la ciudad de Guangzhou y padecía síntomas respiratorios pasó una sola noche en un hotel de Hong Kong. Mediante un presunto contacto, cuyo mecanismo no se conoce del todo, transmitió el SRAS por lo menos a otros 16 huéspedes y visitantes, todos ellos vinculados al mismo piso del hotel. Éstos llevaron consigo el virus cuando ingresaron en hospitales locales o viajaron a Singapur, Toronto y Viet Nam. Así comenzó un brote internacional que con el tiempo llegó a 30 países. En la figura 5.1 se muestra un mapa con la distribución de los 8422 casos y 916 defunciones registrados al 7 de agosto de 2003.

Detección y respuesta

El 15 de marzo de 2003, cuando se emitió la segunda alerta, todavía no se había identificado la causa del SRAS. Los casos se concentraban entre los trabajadores de hospitales y no respondían a los medicamentos de reconocida eficacia contra diferentes infecciones pulmonares. Muchos pacientes progresaban rápidamente hacia una neumonía grave. La situación era alar-

Figura 5.1 Casos probables de SRAS en el mundo al 7 de agosto de 2003



mante: ningún paciente se recuperaba, ni siquiera los trabajadores de salud jóvenes anteriormente sanos. Muchos de los pacientes se hallaban en un estado crítico, varios necesitaban ventilación mecánica, y dos habían muerto. La propagación a grandes ciudades del mundo significaba que cualquier ciudad que tuviera un aeropuerto internacional corría un riesgo potencial de importar casos. Desde el principio, el objetivo de la OMS era claro: detener el avance de la propagación internacional e interrumpir la transmisión de una persona a otra mediante un esfuerzo mundial de contención para reducir así al mínimo las posibilidades de endemización (véase el recuadro 5.1).

La respuesta mundial al SRAS consistió en realidad en el despliegue de una manera de detectar brotes y responder a éstos que la OMS y sus asociados habían desarrollado en el transcurso de los siete años precedentes, en parte como resultado de las deficiencias graves que se pusieron de manifiesto con el brote de fiebre de Ébola en la República Democrática del Congo en 1995 y brotes anteriores de peste en la India y cólera en América Latina. La respuesta al SRAS fue resultado de la colaboración entre los expertos en salud pública y laboratorio más destacados del mundo y en ella se recurrió a las modalidades de comunicación más modernas, como Internet, videoconferencias y teleconferencias.

Dos interlocutores muy importantes de la Red Mundial OMS de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), una red electrónicamente interconectada de expertos e institutos establecida oficialmente a principios de 2000, contribuyeron a la detección del brote de SRAS. Uno de ellos es la «Global Public Health Intelligence Network» (GPHIN), una red canadiense de información sobre salud pública mundial que se sirve de una aplicación informática, utilizada por la OMS desde 1997, para explorar la web buscando sistemáticamente palabras clave en siete idiomas diferentes a fin de encontrar informes sobre lo que podrían ser brotes epidémicos. Durante todo el brote, la GPHIN suministró datos básicos que contri-

Recuadro 5.1 La respuesta al SRAS en la Región del Pacífico Occidental

El 95% de los casos de SRAS se registraron en la Región del Pacífico Occidental. En la Oficina Regional se estableció inmediatamente un equipo de respuesta y preparación ante el brote de SRAS, con la participación de expertos internacionales. Los objetivos principales eran los siguientes:

- contener y controlar los brotes;
- respaldar la infraestructura de atención sanitaria en los países afectados;
- facilitar orientación y asistencia a fin de que los países vulnerables pudieran prepararse para la posible llegada del virus;
- suministrar la información más actualizada a los funcionarios de salud y responder a las preocupaciones del público.

Se enviaron inmediatamente a China, incluida la Región Administrativa Especial de Hong Kong, así como a Filipinas, Singapur, Viet Nam y todo el Pacífico Sur, equipos de epidemiólogos y expertos en control de infecciones que capacitaron a los trabajadores de salud en materia de lucha contra las infecciones y los prepararon para la posible llegada de la enfermedad. Se elaboraron directrices prácticas y material didáctico sobre preparación y lucha contra las infecciones, y a comienzos de abril apareció la primera versión de las directrices sobre preparación. Con financiación de una donación de US\$ 3 millones del Gobierno del Japón, se enviaron a los países afectados y no afectados apoyo logístico y suministros (equipo destinado a la protección del personal, incluidas máscaras, material para recoger muestras de sangre y secreciones respiratorias, y contenedores internacionalmente aprobados para el envío de muestras).

Se clasificó a los países atendiendo a tres niveles de riesgo y tres niveles de capacidad para responder a los casos de SRAS a fin de que la OMS priorizara en consecuencia su apoyo a los países. La OMS colaboró estrechamente con éstos velando por que se fortaleciera la vigilancia para posibilitar la detección precoz de casos y la localización de los contactos. Se formularon directrices sobre vigilancia intensiva, control de las infecciones en hospitales y comunidades, viajes internacionales, procedimientos de laboratorio y sensibilización del público. Para concientizar a éste se estableció un contacto estrecho con puntos focales en los medios de difusión nacionales y se actualizó regularmente el sitio web de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental.

Se estableció una red de laboratorios regionales a fin de que se pudieran efectuar las pruebas necesarias de detección del SRAS para los países con capacidad de laboratorio limitada. Se identificaron laboratorios nacionales y regionales de referencia y se tomaron disposiciones para el envío de especímenes entre laboratorios.

Los Estados Miembros contribuyeron a los esfuerzos de la OMS. Viet Nam fue el primero en interrumpir la transmisión local del virus. Otros países introdujeron una amplia variedad de medidas, entre ellas el aislamiento, la cuarentena domiciliar y la localización exhaustiva de los contactos. La disponibilidad de los gobiernos de los países de la Región del Pacífico Occidental para dar a las consideraciones de salud pública más prioridad que a las preocupaciones económicas frente al impacto del SRAS fue decisivo para el éxito del esfuerzo de colaboración.

buyeron a que la OMS tuviera información actualizada y de alta calidad sobre los indicios de propagación de la enfermedad a lugares nuevos. El segundo asociado es la red OMS de laboratorios de vigilancia de la gripe, integrada por 110 laboratorios de 84 países, que mantiene al mundo en general y a los fabricantes de vacunas en particular constantemente informados sobre las cepas de virus de la gripe que se hallan en circulación para que cada año pueda producirse una vacuna eficaz contra la gripe.

El 10 de febrero de 2003, la GPHIN y otros homólogos de la GOARN identificaron noticias de un brote asociado a mortalidad de trabajadores de salud y cierre de hospitales en Guangdong. Al día siguiente, el Gobierno de China notificó oficialmente a la OMS un brote de enfermedad respiratoria iniciado a mediados de noviembre que había dado lugar a 300 casos y cinco defunciones en la provincia de Guangdong. Poco más de una semana después, el 19 de febrero, el laboratorio colaborador de Hong Kong notificó un brote de gripe aviar a la red OMS de laboratorios de vigilancia de la gripe. La primera noticia de este brote fue la de un hombre de 33 años de edad fallecido por causas desconocidas después de haber regresado de un viaje de familia a la provincia de Fujian (China). Su hija de ocho años de edad había muerto de una enfermedad semejante en la provincia de Fujian y su hijo de nueve años de edad fue hospitalizado en Hong Kong con los mismos síntomas. De este hijo se aisló el virus de la gripe aviar, y luego se informó al respecto a la red de laboratorios de vigilancia de la gripe. Ese mismo virus se había identificado en Hong Kong en 1997. Las medidas de control vigentes en ese momento exigían el sacrificio y la incineración de todos los pollos en los numerosos mercados locales de animales vivos; nunca se estableció transmisión de una persona a otra.

Este nivel de alerta intensiva dio lugar a la identificación de un caso temprano de SRAS en Viet Nam el 28 de febrero de 2003. Mientras la GOARN recogía información sobre este brote en tiempo real, se envió a un equipo internacional de expertos a que colaboraran con las autoridades de Viet Nam para conocer más a fondo la enfermedad; el 12 de marzo la GOARN había acumulado la información inicial necesaria para lanzar la primera alerta mundial. Gracias al continuo intercambio inmediato de información entre gobiernos, expertos en salud pública, clínicos y científicos de laboratorio se pudieron adoptar progresivamente las decisiones científicamente fundamentadas que culminaron en la contención efectiva del SRAS.

En el marco de la GOARN, una red colaborativa virtual de 11 laboratorios muy importantes conectados mediante un sitio web seguro y teleconferencias cotidianas identificó el agente causal del SRAS y desarrolló las primeras pruebas de diagnóstico. A su vez, la red sirvió de modelo a grupos semejantes de especialistas clínicos y epidemiólogos conectados electrónicamente que mancomunaron los conocimientos clínicos y compilaron los datos epidemiológicos necesarios para seguir la evolución del brote y evaluar la eficacia de las intervenciones de control.

La OMS publicó en su sitio web actualizaciones diarias sobre los brotes para mantener informado al público en general, especialmente a los viajeros, y en la medida de lo posible contrarrestar los rumores con información fidedigna. Igualmente importante, el sitio web se utilizó para dar a conocer una variedad de directrices técnicas y prácticas científicamente fundamentadas sobre el control mientras los conocimientos y la información sobre la enfermedad progresaban y pasaban a estar disponibles a través de los grupos virtuales de expertos.

Como se acumulaban cada vez más pruebas merced a la colaboración en tiempo real entre los expertos en salud pública, llegó a ser posible adoptar una variedad de medidas adicionales de control científicamente fundamentadas. Por ejemplo, era evidente que personas con SRAS seguían tomando vuelos internacionales después del 15 de marzo y que algunas de ellas habían infectado a pasajeros vecinos. Al mismo tiempo, era igualmente evidente que contactos de pacientes con SRAS también seguían viajando y enfermaban cuando llegaban a destino.

Por consiguiente, se recomendó que en los países donde hubiera brotes graves, antes de viajar, los pasajeros se sometieran a un tamizaje para cerciorarse de que no tenían fiebre ni otro tipo de signos de SRAS ni contactos conocidos con pacientes de SRAS.

Entretanto, el brote no cejaba en Hong Kong; el rastreo de contactos reveló que había transmisión del SRAS fuera del ámbito limitado de la atención sanitaria e indujo luego a pensar que ocurría después de la exposición a algún factor presente en el medio ambiente, lo cual significaba que había más posibilidades de exposición de la población en general. Por consiguiente, se formularon nuevas orientaciones científicamente fundamentadas para los lugares en los cuales la localización de contactos no permitiera conectar todos los casos a una cadena de transmisión, en el entendimiento de que, si la enfermedad se estaba propagando en la comunidad más amplia, aumentarían enormemente los riesgos para los viajeros y las probabilidades de que se exportaran casos a otros países. En esas orientaciones se recomendaba a los viajeros internacionales que, para reducir al mínimo el riesgo de contraer la infección, aplazaran todo viaje no esencial a las áreas designadas. Dichas orientaciones habían pasado a ser necesarias debido a la confusión generada por la existencia de diversas recomendaciones nacionales, muchas de las cuales se basaban en criterios diferentes de los epidemiológicos.

Las autoridades de las áreas donde había brotes respondieron al SRAS con campañas masivas de educación pública y alentaron a la población a que se controlara diariamente la fiebre. Había líneas telefónicas de asistencia urgente y sitios web por cuyo intermedio se respondía a las preguntas. Se adoptaron medidas de cribado en los aeropuertos internacionales y las fronteras, y se reforzaron los procedimientos de control de las infecciones en los hospitales. En Singapur se recurrió a las fuerzas armadas para la localización de los contactos, mientras que en Hong Kong se adaptó un sistema de búsqueda que se había desarrollado para utilizar en investigaciones criminales, y se trazaron mapas electrónicos con indicación de los lugares de residencia de todos los casos. Las autoridades chinas abrieron en todo el país cientos de consultorios para atender a los casos de fiebre y seleccionar a los presuntos casos de SRAS. Los jefes de Estado y ministros de salud de los países de la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN) y la Cooperación Económica Asia-Pacífico (CEAP) se reunieron y resolvieron establecer mecanismos de colaboración más estrechos para la vigilancia de las enfermedades y la respuesta a éstas. El personal sanitario trabajó con dedicación y muchos de sus miembros perdieron la vida, entre ellos el Dr. Carlo Urbani, funcionario de la OMS.

El 5 de julio de 2003 la OMS anunció que en Taiwán (China), donde el último caso probable conocido de SRAS había sido aislado 20 días antes, se habían interrumpido las cadenas de transmisión de una persona a otra. Sin embargo, no puede descartarse una posible reaparición del SRAS. Se necesitan investigaciones adicionales sobre muchas cuestiones no resueltas. Entretanto, ya se han establecido sistemas para detectar una eventual reaparición (4).

Repercusiones del SRAS

El impacto económico del brote de SRAS ha sido considerable y muestra la importancia que puede tener una nueva enfermedad grave en un mundo estrechamente interdependiente y sumamente móvil. Además de los costos directos de la atención médica y de las intervenciones de control intensivas, el SRAS ocasionó perturbaciones sociales generalizadas y pérdidas económicas. Se cerraron escuelas, hospitales y algunas fronteras, y se puso a miles de personas en cuarentena. El número de viajes internacionales a las zonas afectadas disminuyó bruscamente un 50%–70%. La ocupación de los hoteles se redujo más del 60%. Quebraron empresas, en particular en sectores relacionados con el turismo, mientras que grandes plantas de producción se vieron obligadas a suspender sus actividades cuando aparecieron casos entre los trabajadores.

Otras repercusiones han sido más positivas. El SRAS espoleó una respuesta de urgencia de tal magnitud y despertó tanta atención en los medios de difusión que muy probablemente hayan cambiado en consecuencia la apreciación del público y de las instancias políticas acerca de los riesgos asociados a las enfermedades emergentes y epidemiógenas. Además, destacó la gran importancia de la salud porque puso de manifiesto que un problema de salud puede tener efectos adversos muy graves en la economía y la estabilidad social. El alto grado de compromiso político resultante fue decisivo para contener el SRAS y es muy revelador de la capacidad de los países para obtener resultados de salud pública aun cuando no se disponga de medicamentos para curar una infección ni de vacunas para prevenirla.

Enseñanzas aprendidas

Aunque queda mucho por aprender sobre el SRAS, incluso sobre las posibilidades de que reaparezca, y se requieren un análisis sistemático de los datos existentes y actividades de investigación en China, ya se pueden extraer varias enseñanzas importantes. La OMS las está aplicando en toda la Organización en su respuesta a la situación de emergencia generada por el VIH/SIDA.

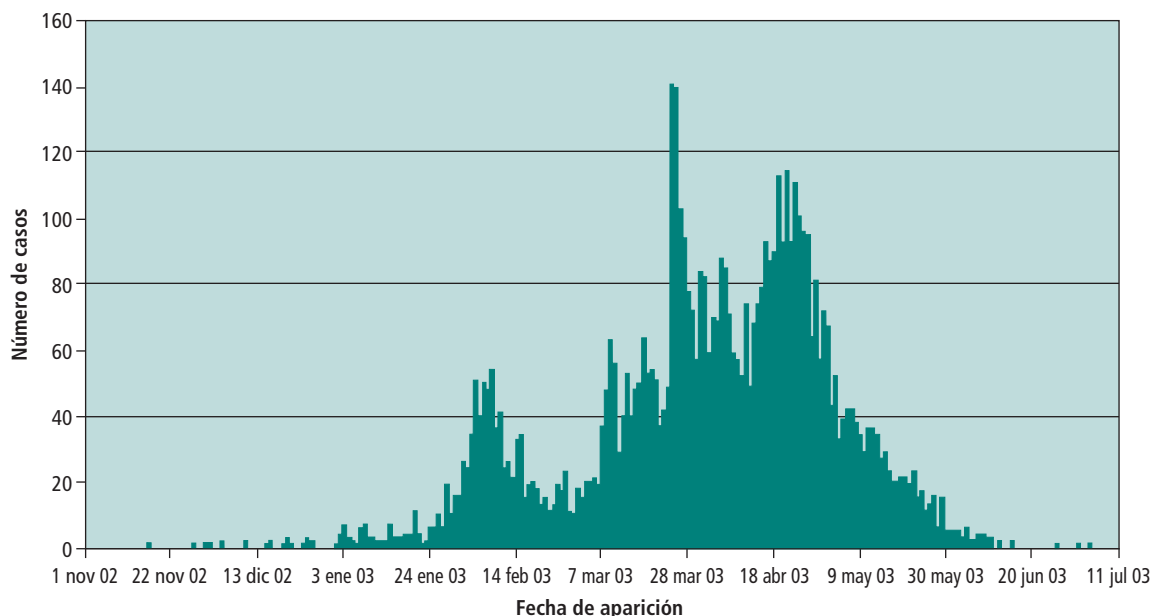
La primera lección, la de aplicación más imperiosa, es que se deben notificar con prontitud y abiertamente los casos de toda enfermedad que pudiera propagarse a nivel internacional. Los intentos de ocultar los casos de una enfermedad infecciosa por temor a las consecuencias sociales y económicas se deben reconocer como una medida provisional de corto plazo que tiene un precio muy alto porque puede llevar aparejados sufrimientos humanos intensos y defunciones, pérdida de credibilidad ante la comunidad internacional, una escalada de consecuencias económicas negativas para un país, menoscabo de la salud y la economía de los países vecinos y un riesgo muy concreto de que los brotes ocurridos dentro del territorio de un país se propaguen rápidamente y escapen a todo control. Después de que la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2003, adoptó una resolución sobre el Reglamento Sanitario Internacional, se ha reafirmado el cometido de la OMS de liderar y coordinar con firmeza la lucha contra toda enfermedad infecciosa que amenace la salud pública internacional (5). En una segunda resolución, específica sobre el SRAS, se insta a todos los países a que notifiquen los casos con prontitud y transparencia y suministren la información solicitada por la OMS que podría ayudar a prevenir la propagación internacional. Se reconoció explícitamente que el fortalecimiento generalizado de los sistemas de alerta y respuesta ante brotes epidémicos era la única manera racional de defender la seguridad de la salud pública no sólo frente al SRAS, sino también frente a cualquier amenaza infecciosa futura, incluidas las que pudieran estar causadas deliberadamente (6).

La segunda lección está estrechamente relacionada con la primera: las alertas mundiales oportunas, especialmente si reciben un apoyo amplio de una prensa responsable, amplificadas merced a las comunicaciones electrónicas, son eficaces para elevar la conciencia y la vigilancia a niveles que permiten impedir que los casos importados de una infección emergente y transmisible den lugar a brotes significativos. Las alertas mundiales lanzadas por la OMS los días 12 y 15 de marzo trazaron una línea clara de demarcación entre las áreas con brotes graves de SRAS y aquellas sin ninguno o con sólo unos pocos casos secundarios. Después de las alertas frente al SRAS, en todas las zonas donde había casos importados, con la excepción de Taiwán (China), se previno toda transmisión ulterior o se mantuvo muy bajo el número de casos de transmisión local. En la figura 5.2 se grafica, por semanas, la aparición de 5910 casos. La toma de conciencia también ayuda a explicar la velocidad con la cual los países en desarrollo establecieron planes de preparación para sus servicios de salud y lanzaron campañas contra el SRAS, a menudo con apoyo de la OMS, a fin de protegerse de los casos importados.

La tercera lección es que las recomendaciones sobre viajes, incluidas las medidas de cribado en los aeropuertos, parecen contribuir efectivamente a contener la propagación internacional de una infección emergente. Según el análisis inicial de los datos sobre la transmisión del SRAS en aviones, cuatro vuelos se han asociado a la exposición de 27 casos probables, 22 de ellos en un mismo vuelo de Hong Kong a Beijing (China) el 15 de marzo. Algunos de esos casos quizá hayan estado expuestos también en otros sitios porque pertenecían a un mismo grupo de turistas. Después de la recomendación sobre medidas de cribado en aeropuertos dada a conocer el 27 de marzo, no se notificaron nuevos casos asociados a la exposición en vuelo; según datos iniciales, gracias a los procedimientos de cribado, en el aeropuerto de Hong Kong se identificaron dos casos probables de SRAS que fueron hospitalizados de inmediato. Con las recomendaciones sobre viajes basadas en datos epidemiológicos, las zonas donde había brotes también recibieron puntos de referencia para contener rápidamente el SRAS y recuperar la confianza mundial una vez eliminado el riesgo de transmisión. En realidad, las cifras notificadas por el aeropuerto internacional de Hong Kong muestran una recuperación rápida del número de pasajeros; de los 14 670 registrados justo antes de que se retiraran, el 23 de mayo, las recomendaciones sobre viajes, ese número pasó a 54 195 el 12 de julio, poco más de un mes después.

La cuarta lección del SRAS se refiere a la colaboración internacional; los científicos, clínicos y expertos en salud pública del mundo están dispuestos a dejar de lado la rivalidad académica y colaborar en bien de la salud pública cuando la situación así lo requiere. La colaboración internacional impulsó enormemente los conocimientos científicos sobre el SRAS. Al mes de haberse establecido la red de laboratorios, los científicos participantes anunciaron conjuntamente la identificación concluyente del virus del SRAS; poco después se anunció la secuenciación completa de su ARN. La red de expertos clínicos ofreció una plataforma para comparar las estrategias de atención de pacientes a fin de indicar al mundo los tratamientos y estrategias eficaces. Además, la red de epidemiología confirmó las modalidades de transmisión del SRAS, inició la colaboración a largo plazo necesaria para entender claramente el

Figura 5.2 Casos probables de SRAS en el mundo^a entre el 1 de noviembre de 2002 y el 11 de julio de 2003



^a Este gráfico no comprende 2527 casos probables de SRAS (2521 de Beijing, China) respecto de los cuales no se dispone de fechas de aparición.

espectro clínico de la enfermedad, incluida la razón de letalidad, y suministró al mismo tiempo la información necesaria para reevaluar y ajustar regularmente la definición de casos.

La quinta lección indica que las deficiencias de los sistemas de salud pueden permitir que las infecciones emergentes se amplifiquen y se propaguen y pueden comprometer así la atención de los pacientes. Por lo tanto, el fortalecimiento de los sistemas de salud merece alta prioridad. Las personas que corrieron mayores riesgos de contraer el SRAS fueron los trabajadores de salud, que se infectaron por contacto cercano cara a cara con pacientes o por procedimientos que los pusieron en contacto con secreciones respiratorias. Las mujeres predominan entre los rangos inferiores del personal de salud en muchos países; los datos disponibles revelan que entre los trabajadores de salud las mujeres tenían 2,7 veces más probabilidades de infectarse que los hombres, mientras que en la población en general la infección se repartía de forma aproximadamente igual entre los sexos. El aumento vertiginoso del número de pacientes con SRAS impuso una carga enorme a los servicios de salud, que necesitaban instalaciones para el aislamiento, prolongados periodos de atención intensiva y costosa, y la aplicación de medidas exigentes y socialmente desestabilizadoras, como el cribado masivo, la localización de contactos, la vigilancia activa de los contactos y, en algunos lugares con brotes, la cuarentena obligatoria. Aun en las áreas con servicios sociales sumamente desarrollados, la carga de la lucha contra el SRAS, incluso el gran número de pacientes hospitalizados y de trabajadores de salud infectados, obligó a cerrar hospitales y servicios de hospitales. Como resultado de los brotes de SRAS, muchos problemas de larga data aparentemente insolubles que venían debilitando los sistemas de salud se están corrigiendo de manera fundamental y a menudo permanente. Nuevos sistemas de vigilancia y notificación, métodos de gestión de datos, mecanismos para la investigación colaborativa, políticas aplicables a los hospitales, procedimientos de control de infecciones y canales para informar y educar al público forman parte del legado positivo inicial del SRAS que determinará la capacidad para responder a los futuros brotes de infecciones nuevas o reemergentes.

La sexta lección es que, a falta de un medicamento curativo y de una vacuna preventiva, las intervenciones existentes, adaptadas en función de los datos epidemiológicos y apoyadas por un compromiso político y por el interés del público, pueden ser eficaces para contener un brote. Las redes colaboradoras virtuales de laboratorio, clínicas y epidemiológicas suministraban regularmente información que la OMS y sus asociados utilizaban a fin de actualizar las orientaciones para la contención. Se formulaba orientación inicial para contener los brotes a nivel nacional y, a medida que se obtenían pruebas adicionales, también se facilitaba orientación para limitar la propagación internacional. En las áreas donde había brotes y en los países que se consideraban expuestos a recibir casos importados de esas áreas se adaptaron y aplicaron las orientaciones de la OMS. Algunos países introdujeron una vigilancia activa de los presuntos contactos mediante cámaras utilizadas con ese fin o personal militar. Otros recurrieron a la autovigilancia de los contactos, que se aislaban voluntariamente en sus hogares y se controlaban regularmente la temperatura. Las medidas introducidas en los aeropuertos comprendían desde el cribado pasivo de los pasajeros, previo rellenado optativo de cuestionarios, hasta la celebración de entrevistas con trabajadores de salud y la utilización de equipo infrarrojo complejo para someter a todos los pasajeros a un control de la temperatura y detectar indicios de una posible exposición. Los gobiernos consideraban que, además de optimizar las repercusiones de la vigilancia y del cribado, esas medidas tranquilizaban a los ciudadanos nacionales y a los viajeros internacionales.

La séptima lección destaca una de las principales dificultades afrontadas durante las actividades de contención del SRAS: la comunicación de riesgos sobre las enfermedades infecciosas nuevas y emergentes constituye un gran desafío. Se está trabajando en esa dirección teniendo al mismo tiempo presente el riesgo de que se utilice un agente biológico en un acto de terrorismo.

El SRAS no será la última enfermedad nueva que aproveche las condiciones del mundo moderno. En los dos últimos decenios del siglo XX aparecieron enfermedades nuevas a razón de una por año, y esta tendencia seguramente proseguirá (7). No todas esas infecciones emergentes se transmitirán con facilidad de una persona a otra como el SRAS. Algunas aparecerán, serán causa de morbilidad en el ser humano, luego desaparecerán y quizás reaparezcan en algún momento. Otras surgirán, causarán enfermedades humanas, se transmitirán a unas pocas generaciones, se atenuarán y desaparecerán. Pero otras surgirán, pasarán a ser endémicas y permanecerán con nosotros, como elementos importantes de la ecología de las enfermedades infecciosas del ser humano.

La contención rápida del SRAS es un éxito de la salud pública, pero también una advertencia. Es una demostración del poder que tiene la colaboración internacional cuando está respaldada por las instancias políticas más altas. También es una prueba de la eficacia de la GOARN para detectar las infecciones emergentes de importancia para la salud pública internacional y responder a ellas. Al mismo tiempo, la buena suerte contribuyó a la contención del SRAS. Las zonas más gravemente afectadas por el brote tenían sistemas de salud bien desarrollados. Si el SRAS hubiera cobrado fuerza en países donde los sistemas de salud están menos desarrollados, quizás seguiría habiendo casos y la contención mundial sería mucho más difícil, o imposible.

Aunque las medidas de control resultaron eficaces, causaron grandes trastornos y consumieron una enormidad de recursos, y esto quizá no hubiera sido sostenible con el transcurso del tiempo. Si el SRAS vuelve a aparecer durante una temporada de gripe, los sistemas de salud de todo el mundo quedarán sometidos a una presión extrema mientras tratan de aislar a todos aquellos a quienes se aplica la definición de caso clínico hasta que pueda evaluarse el diagnóstico. La vigilancia continua es vital.

En este capítulo se ha puesto de manifiesto que una enfermedad nueva puede amenazar con rapidez la salud mundial. Afortunadamente, no todas las enfermedades avanzan con tanta celeridad; algunas son más sigilosas y más mortíferas. El capítulo 6 se refiere a tres epidemias que están progresando a velocidades diferentes en los países en desarrollo y examina la propagación de las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles, la epidemia de tabaquismo y el creciente tributo de defunciones y lesiones que se cobran los accidentes de tránsito.

Referencias

1. *Visit of WHO expert team to review the outbreak of atypical pneumonia in Guangdong Province, 24 March–9 April 2003. Final report, 30 April 2003.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (documento inédito).
2. Breiman RF et al. Role of China in the quest to define and control severe acute respiratory syndrome. *Emerging Infectious Diseases*, 2003, 9:1037–1041.
3. *Overview of epidemics and responses to the severe acute respiratory syndrome (SARS) in the People's Republic of China.* Beijing, Chinese Centre for Disease Control and Prevention, 2003 (documento inédito).
4. *Alert, verification and public health management of SARS in the post-outbreak period.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/csr/sars/postoutbreak/en/>, visitado el 18 de agosto de 2003).
5. *Revisión del Reglamento Sanitario Internacional.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (resolución WHA56.28 de la Asamblea Mundial de la Salud; http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA56/sa56r28.pdf, visitado el 18 de agosto de 2003).
6. *Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (resolución WHA56.29 de la Asamblea Mundial de la Salud; http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA56/sa56r29.pdf, visitado el 18 de agosto de 2003).
7. Woolhouse MEJ, Dye C, eds. Population biology of emerging and re-emerging pathogens. *Philosophical Transactions of the Royal Society for Biological Sciences*, 2001, 356:981–982.

