



Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS)

Informe de la Secretaría

EPIDEMIOLOGÍA E HISTORIA NATURAL

1. El 5 de julio de 2003, la OMS anunció que se había neutralizado la última cadena de transmisión entre personas del coronavirus del SRAS conocida, con lo que llegaba a su fin el primer brote de síndrome respiratorio agudo severo, que había comenzado a mediados de noviembre de 2002 en el sur de China y había trascendido las fronteras del país a finales de febrero de 2003.
2. Los países más afectados fueron China (Región Administrativa Especial de Hong Kong y Taiwán inclusive), el Canadá, Singapur y Viet Nam. En todos ellos se habían registrado brotes antes de que la OMS declarara sendas alertas mundiales los días 12 y 15 de marzo de 2003. A tenor de los datos compilados en agosto de 2003, el número de casos asciende a un total de 8422, repartidos en 29 países. En los cuatro países mencionados se produjeron 908 defunciones, mientras que en los restantes 25 países donde se notificó la presencia de la enfermedad sólo murieron ocho enfermos. Se supone que la intensificación de la vigilancia, el conocimiento de las medidas de control y la preparación que siguieron a las alertas mundiales ayudaron a prevenir la aparición de nuevos brotes de importancia.
3. Los estudios retrospectivos del historial de los pacientes, obra de epidemiólogos chinos y de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos de la OMS, ponen de manifiesto que la primera cadena de transmisión arrancó el 16 de noviembre de 2002 en la provincia meridional china de Guangdong. Desde aquel día hasta mediados de enero de 2003 se detectaron pequeñas concentraciones dispersas de casos en siete municipios de la provincia. Hasta ahora no se ha descubierto ningún nexo que relacione a esos primeros grupos de casos entre sí, lo que abona la teoría de que el virus del SRAS saltó al ser humano desde una especie animal u otro reservorio ambiental presente en el sur de China.
4. Los primeros informes llevaron a pensar que existía algún tipo de relación entre los casos de SRAS y el contacto con animales salvajes capturados (o criados) y vendidos para consumo humano. En estudios recientes se ha descubierto un virus casi idéntico al coronavirus del SRAS en dos especies animales: la civeta de palmera enmascarada (*Paguma larvata*) y el perro mapache (*Nyctereutes procyonoides*). Sin embargo, es preciso investigar mucho más a fondo antes de extraer conclusiones sobre un posible reservorio animal del virus, el papel de la transmisión interespecífica en la génesis del SRAS y el riesgo de que el virus pase de nuevo de los animales al ser humano.
5. En todos los lugares donde se produjeron brotes, los principales modos de transmisión fueron la exposición a fómites contaminados o el contacto con gotículas respiratorias infectadas en el entorno

inmediato de un enfermo. En los centros sanitarios, la aplicación de determinados tratamientos (como el uso de nebulizadores) o procedimientos (como la intubación) contribuyó a amplificar la transmisión, lo que incrementó el riesgo de transmisión nosocomial en hospitales técnicamente avanzados. El hecho de que no se diagnosticaran correctamente los casos atípicos, cuya sintomatología quedaba a menudo enmascarada por enfermedades subyacentes, así como el traslado de un establecimiento a otro de pacientes en fase de incubación, fueron otros tantos factores de progresión o reactivación de los brotes.

6. A finales de marzo de 2003 se declaró entre los residentes de un edificio de viviendas de Hong Kong un brote que iba a saldarse con 329 casos, 42 de ellos mortales. Se piensa ahora que aquel episodio guarda relación con la presencia de gotículas contaminadas en las aguas residuales y con defectos del sistema de desagües de los cuartos de baño, aunque también se han formulado otras hipótesis. Las investigaciones realizadas en un hotel de Hong Kong donde el contacto con un cliente infectado en un solo piso provocó al menos 16 casos y dio origen a la propagación internacional de la epidemia inducen a pensar que la transmisión fue producto de la exposición a una fuente concentrada de virus en el pasillo.

7. El SRAS presenta muchas características clínicas insólitas, y todavía no se entiende completamente su patología. Los niños sufren una forma leve que provoca tasas extremadamente bajas de mortalidad. Este índice alcanza su nivel más alto en los ancianos y las personas aquejadas de una enfermedad crónica subyacente. En estos pacientes la enfermedad suele manifestarse de forma atípica, lo que viene a complicar aún más el diagnóstico. A diferencia de lo que ocurre con la mayoría de las afecciones respiratorias, el pico de infecciosidad del SRAS se sitúa en torno al décimo día de enfermedad. Llegados a este punto, y por razones que se ignoran, algunos enfermos se recuperan espontáneamente, mientras que otros empeoran con rapidez hasta sufrir graves problemas respiratorios, que a menudo exigen el uso de respirador. Se cree que la destrucción del tejido pulmonar no es consecuencia directa de la replicación viral sino más bien de una respuesta inmunitaria desmesurada. Otro rasgo singular, tratándose de una enfermedad respiratoria, es la presencia del coronavirus del SRAS no sólo en las secreciones respiratorias sino también en las heces y otros líquidos corporales.

REPERCUSIONES E IMPORTANCIA

8. Las notables consecuencias económicas del SRAS ponen de relieve la importancia que puede llegar a cobrar una nueva enfermedad grave en un mundo caracterizado por la estrecha interdependencia y la gran movilidad de sus poblaciones. Todavía se está intentando cifrar el costo económico del SRAS. Las estimaciones publicadas hasta ahora, que incorporan básicamente el costo de los viajes cancelados y la caída de las inversiones en Asia, oscilan entre US\$ 30 000 millones y US\$ 140 000 millones. En la mayoría de las zonas gravemente afectadas, las pérdidas más cuantiosas correspondieron al sector de servicios y las líneas aéreas.

9. El SRAS provocó niveles considerables de conmoción social y alarma pública, incluso en zonas muy alejadas de los sitios donde se registraron brotes. Se cerraron hospitales, escuelas y algunas fronteras; miles de personas fueron puestas en cuarentena voluntaria o vigilada; y la gente se abstuvo de viajar a ciertas zonas hasta un punto que no guardaba proporción con el riesgo real, como tampoco lo guardaba el uso generalizado de mascarillas. Ciertos pacientes y grupos étnicos fueron discriminados. Todavía no se han evaluado por completo los efectos psicosociales del SRAS en el personal sanitario, las personas afectadas, sus familiares y las comunidades en general. Sin embargo, el hecho de que cundiera la inquietud surtió el efecto positivo de inducir a la población a tomarse la temperatura con frecuencia y notificar rápidamente cualquier síntoma, lo que redujo sobremanera el lapso transcurrido entre la aparición de los síntomas y el aislamiento de los enfermos, y por ende la probabilidad de nuevas exposiciones.

10. El SRAS constituye una amenaza de considerable importancia para la salud pública. Necesariamente, una nueva enfermedad infecciosa se entiende mal en el momento en que aparece, y además suele acompañarse de tasas de mortalidad elevadas. El SRAS no fue una excepción a esa regla, y su diagnóstico y tratamiento resultaron ser especialmente difíciles. Muchas nuevas enfermedades revisiten características que limitan sus posibilidades de propagación a escala internacional. En algunos casos nunca llega a cuajar un mecanismo eficaz de transmisión entre personas; en otros, el ciclo de transmisión requiere, en alguna de sus etapas, la presencia de un mosquito u otro vector; algunas enfermedades están muy vinculadas a una región geográfica o un ecosistema determinados, y en otras la persona se encuentra a todas luces demasiado enferma para viajar durante la fase en que es más contagiosa.

11. El SRAS, en cambio, pasaba con facilidad de una persona a otra, no necesitaba vector alguno, carecía de afinidad geográfica concreta, imitaba los síntomas de muchas otras enfermedades, causaba especiales estragos entre el personal hospitalario, mataba a alrededor de un 11% de los infectados y se propagaba de un país a otro con alarmante facilidad. El hecho de que menos de cuatro meses después de la primera alerta mundial se hubiera contenido semejante enfermedad pese a la falta de una vacuna, de un tratamiento eficaz y de una prueba de diagnóstico fiable y aplicable en el lugar de consulta, constituye todo un éxito para la salud pública y un tributo al poder del compromiso político. También demuestra que la comunidad internacional está dispuesta a formar un frente unido ante una amenaza común, y da fe de los resultados que ello depara.

12. El SRAS suscitó una respuesta de emergencia y un eco mediático de tal magnitud que quizá haya modificado la idea que el gran público y los círculos políticos tenían de los riesgos asociados a las enfermedades emergentes y epidemiógenas. En términos generales, los informes aparecidos en publicaciones científicas y medios de comunicación o elaborados por organismos públicos coinciden en señalar que el SRAS, al evidenciar hasta qué punto un problema sanitario puede ser dañino para la economía, la estabilidad social y la carrera política de algunos, ha conferido a la salud pública una notoriedad sin precedentes.

13. El hecho de que se lograra contener el SRAS utilizando medidas clásicas de salud pública (detección de casos, aislamiento, control de la infección e identificación de los contactos) supone un estímulo para las otras muchas iniciativas de salud pública que persiguen objetivos ambiciosos pese a carecer de recursos complejos tales como vacunas o medicamentos curativos. Por lo que respecta a las pruebas de detección precoz del SRAS en la población, el empleo de algo tan sencillo como el termómetro, secundado por campañas generales de educación e información pública, resultó determinante. Esas medidas de lucha, sin embargo, consumían gran cantidad de recursos y creaban alarma social, hasta obligar a veces a interrumpir otras importantes campañas de salud pública, por ejemplo las de inmunización infantil o de lucha contra el VIH/SIDA y la tuberculosis.

14. El éxito obtenido en la contención del SRAS se debe en parte a una suma de circunstancias afortunadas que quizá no vuelva a darse cuando indefectiblemente aparezca la próxima nueva enfermedad. Todos los brotes importantes se produjeron en zonas provistas de un sistema de salud solvente. Poca duda cabe de que no se habría contenido la enfermedad a escala mundial en un plazo tan breve, y quizá ni siquiera se habría logrado, si el SRAS se hubiera establecido en zonas con infraestructuras sanitarias deficientes. En muchos países en desarrollo, los sistemas de salud no están en condiciones de responder a las dificultades que plantea una enfermedad que se caracteriza por la presencia de altas tasas de infección entre el personal sanitario, la necesidad de disponer de instalaciones de aislamiento y material de protección muy especializados, de proporcionar cuidados intensivos a un gran número de pacientes durante largo tiempo, y de aplicar medidas de lucha que consumen cuantiosos recursos y generan problemas. Estas consideraciones abundan en la necesidad de fortalecer la capacidad de de-

tección y respuesta a los brotes en todos los países, y en esta dirección apuntan varias iniciativas que la OMS está coordinando.

LA FUNCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES A LOS VIAJEROS

15. En su labor de coordinación de la respuesta internacional al SRAS, el principal objetivo de la OMS se cifraba en evitar que el síndrome adquiriera carácter endémico. Para ello, lo más importante era eliminar toda posibilidad de que siguiera propagándose a otros países. Dado que el SRAS se dispersaba siguiendo las rutas de los viajes aéreos internacionales, las recomendaciones a los viajeros eran un componente importante de la estrategia mundial de contención.

16. El 27 de marzo de 2003, tras analizar los datos sobre la transmisión del SRAS a bordo de los aviones (27 casos de presumible contagio en cinco vuelos), la OMS emitió recomendaciones para que se aplicaran pruebas sistemáticas de detección a los pasajeros de vuelos que salían de las zonas afectadas. Desde esa fecha en adelante no se notificó ningún otro caso confirmado que se relacionara con la transmisión del virus a bordo de un avión.

17. El 2 de abril, la OMS hizo pública la primera de varias recomendaciones a los viajeros para que se plantearan el aplazamiento de todo viaje que no fuera imprescindible a una serie de zonas donde el riesgo de exposición al SRAS se consideraba elevado. Esas recomendaciones se basaban en un conjunto de criterios epidemiológicos que tenían en cuenta la magnitud y dinámica del brote, los datos sobre la existencia de cadenas de transmisión fuera de entornos cerrados, como las instituciones sanitarias, y las pruebas de que se estaba exportando el SRAS a otros países.

18. Las recomendaciones a los viajeros quedaban revocadas una vez se cumplieran una serie de criterios epidemiológicos indicativos de un bajo nivel de riesgo para los viajeros. Ello acabó suponiendo por sí mismo un fuerte incentivo para que gobiernos y poblaciones ayudaran a controlar los brotes. Muchos países se fijaron además un segundo objetivo: desaparecer de la lista de zonas con transmisión local reciente, y es posible que el afán de cumplirlo contribuyera a la rapidez con que se cortó en todo el mundo el ciclo de transmisión entre personas.

RECOMENDACIONES Y ACTIVIDADES DESPUÉS DEL BROTE

19. La OMS ha publicado en su sitio web directrices relativas a la alerta, la verificación y la gestión de la salud pública en relación con el SRAS durante la fase posterior al brote. En ellas se ofrecen orientaciones sobre la evaluación de riesgos, junto con una definición de lo que constituye una alerta de SRAS, definiciones de casos desde el punto de vista clínico y del diagnóstico de laboratorio y medidas de salud pública aconsejadas en caso de alerta de SRAS. También se formulan recomendaciones de vigilancia para cada uno de los tres niveles de riesgo de rebrote del SRAS en una zona geográfica determinada, y se insiste en la necesidad de mantener una atención continua.

20. La existencia de planes de preparación y la notificación rápida y transparente de los casos sospechosos inspiran confianza a la población, lo que quizá ayude en el futuro a disipar una parte de los temores que acompañaron la aparición del SRAS y contribuyeron a sus notables repercusiones económicas y sociales. En todos los sitios donde se han producido brotes importantes de SRAS existen, y a veces se han ensayado, planes de preparación ante la eventualidad de un rebrote. Durante la fase posterior al brote se han notificado e investigado varios casos sospechosos de SRAS, hecho indicativo de que la vigilancia no decae. Sólo uno de ellos ha sido confirmado en laboratorio. La pronta detec-

ción y el adecuado tratamiento de ese caso, relacionado con un accidente de laboratorio, evitó ulteriores contagios y vino a demostrar así la validez de los planes de preparación. Pero aquel episodio puso también de relieve que existe un riesgo significativo de reaparición del SRAS a consecuencia de un accidente en alguno de los muchos laboratorios que investigan el virus o conservan muestras de enfermos.

21. La OMS continúa sacando partido de las redes internacionales de colaboración en tiempo real que aceleraron la comprensión del SRAS y la determinación de su agente etiológico en las primeras fases del brote. Regularmente se celebran teleconferencias con epidemiólogos, médicos clínicos y expertos de laboratorio. Se ha constituido además una nueva red, en la que participa la FAO, para coordinar la investigación sobre un posible reservorio animal del virus.

22. La OMS ha creado un Comité Consultivo de Investigaciones Científicas sobre el SRAS, cuya primera reunión, celebrada en octubre de 2003, fue seguida de talleres y reuniones independientes sobre temas relacionados respectivamente con el trabajo en laboratorio, la investigación clínica y el desarrollo de vacunas. Los participantes en la reunión sobre cuestiones de laboratorio evaluaron el camino recorrido para satisfacer la apremiante necesidad de obtener una prueba de diagnóstico fiable, y hablaron también de la bioseguridad en el laboratorio. La reunión sobre investigación clínica tenía por objeto definir protocolos normalizados e internacionalmente aceptados para el ensayo clínico de tratamientos contra el SRAS. Si la enfermedad reaparece, esos protocolos servirán para coordinar en tiempo real estudios de sólido valor ético y científico, realizados con arreglo a un protocolo común, en todos los sitios donde se declare un brote. Se prevé que esos procedimientos reducirán el tiempo necesario para obtener resultados concluyentes en beneficio de todos los enfermos y alentar la aplicación de tratamientos uniformes en el mundo entero. En la tercera reunión se examinaron los progresos realizados en el desarrollo y la evaluación de posibles vacunas contra el SRAS, y se acordaron líneas prioritarias de investigación.

23. Sin conocer mejor la ecología natural del virus no se pueden extraer conclusiones sólidas sobre una posible reaparición del SRAS. Sin embargo, muchas afecciones respiratorias causadas por virus, comprendidos otros coronavirus humanos, tienen carácter estacional: son mucho menos frecuentes en condiciones de temperatura y humedad elevadas y regresan en cuanto el tiempo refresca. No cabe excluir que el SRAS siga un patrón estacional similar. Preocupa en especial la temporada de la gripe, ya que la acumulación de casos de fiebre y síntomas respiratorios llevará seguramente a pensar en una reaparición del SRAS, y las investigaciones que de ahí se sigan pueden generar grandes gastos y notable confusión. La OMS ha emitido recomendaciones para la vacunación contra la gripe en el contexto de la inquietud que provoca el SRAS.

24. China, como escenario de los primeros casos y del brote de mayores proporciones, ofrece un contexto inmejorable para encontrar la respuesta a varios interrogantes, sobre todo respecto a los orígenes del SRAS y a las condiciones que pueden favorecer su reaparición. La OMS trabaja actualmente con varios organismos chinos para preparar un programa de investigación basado en distintas hipótesis y velar por que los investigadores chinos cuenten con el respaldo de sus colegas de otros países. Urge especialmente encontrar un reservorio animal del coronavirus del SRAS, pues en tal caso cabría reducir o eliminar los contactos del ser humano con esa especie, lo que sería un modo eficaz de proteger a las poblaciones de la continua amenaza de reaparición del SRAS.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

25. Se invita al Consejo Ejecutivo a que tome nota de este informe.