

Crónica de una epidemia global

Noviembre de 2002. Provincia de Guangdong, China. Surgen los primeros casos de una extraña enfermedad respiratoria de la cual se desconoce el agente causal y el mecanismo de transmisión. Varios centenares de personas presentan fiebre superior a 38 grados, tos seca, dificultades respiratorias y otros signos y síntomas seudogripales. Pero no es hasta marzo de 2003 que se conoce la gravedad del problema. Hasta esa fecha se ignora que en realidad la enfermedad, un síndrome respiratorio grave, afecta a más de 300 personas, muchas de ellas pertenecientes a un entorno hospitalario, y que ha provocado al menos cinco muertes.

Estos meses de retardo, junto a la falta de transparencia informativa por parte de las autoridades chinas, fue determinante para que el control del brote epidémico se demorara. Pasaron meses hasta que el gobierno de China permitió la entrada de un equipo de la OMS para que investigara la epidemia. Para entonces, un médico de Guangdong que había tratado pacientes con esta enfermedad se registraba en el hotel Metropole de Hong Kong. Afectado por el síndrome, el doctor contagió al menos a 14 huéspedes que se encontraban junto a él en la novena planta del hotel. Fue el primer paso para la expansión mundial del virus. A finales de febrero y principios de marzo, varios de los infectados en ese noveno piso propagaron el virus a Hanoi (Vietnam), Singapur y Toronto.

Comenzaba así la búsqueda incesante del origen de la enfermedad con el objetivo de contener su avance. Precisamente uno de los huéspedes del hotel de Hong Kong, un hombre de negocios de 48 años, ingresaba días más tarde en el Hospital Francés de Hanoi con síntomas respiratorios. Fue el paciente al que se diagnosticó por primera vez "síndrome respiratorio agudo grave" (SARS, del inglés

Severe Acute Respiratory Syndrome). El dictamen lo estableció el Dr. Carlo Urbani, especialista en enfermedades infecciosas de la OMS, desplazado expresamente al hospital de la capital vietnamita. El médico alertó de la gravedad de esta nueva enfermedad y estableció procedimientos de control de infecciones en los hospitales. Inmediatamente contó con la colaboración de otros expertos de la OMS, de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades estadounidenses y de Médicos sin Fronteras, organización a la que había pertenecido. Sin embargo, el 11 de marzo, durante un vuelo a Bangkok, el Dr. Urbani comenzó a sentir los síntomas del SARS y murió dieciocho días más tarde en un hospital de la capital tailandesa.

El 15 de marzo, ante la creciente comunicación de nuevos casos por parte de las autoridades sanitarias de Singapur y de Canadá, la OMS declaraba la enfermedad como una "amenaza contra la salud mundial", pidiendo a todos los aeropuertos y líneas aéreas que se mantuvieran alerta ante posibles casos. Desde ese momento, el SARS pasó a ser un acontecimiento mediático en todo el mundo. Según el Informe Quiral, en un año, sólo en España, se publicaron un total de 1208 notas relacionadas con la neumonía atípica, convirtiéndola en el tópico más importante de 2003, a pesar de la incipiente Guerra de Iraq.

Por su parte, la OMS actualizaba en todo momento los datos sobre la evolución de la enfermedad a través de su página web. Junto a esta campaña de comunicación inmediata y constante, el organismo de la ONU formuló planes de respuesta global, definiciones de casos y guías para el control de la infección en hospitales. Un grupo de científicos de diferentes países trabajaba frenéticamente para lograr descubrir con la mayor rapidez el agen-

te causal de la enfermedad. El esfuerzo realizado por esta red internacional de once laboratorios dio sus frutos en un tiempo récord. A finales de marzo, varios estudios demostraron que el causante de la neumonía atípica era un virus y se desarrolló una prueba para detectarlo.

Por esas fechas, 1323 personas habían contraído ya la enfermedad en todo el mundo y 49 habían fallecido, mientras comenzaban a multiplicarse los casos aislados en Estados Unidos, Tailandia y algunos países europeos como Alemania, Reino Unido o Italia. España no se libró de la sospecha: el día 19 de marzo se habló de un posible enfermo en Badajoz, que finalmente sería descartado.

2 de abril de 2003. Por primera vez en sus 55 años de historia, la OMS recomienda no viajar a un determinado lugar debido a una enfermedad. Concretamente, aconseja posponer los viajes a Hong Kong y Guangdong, en una decisión que algunos consideran todavía hoy desproporcionada. El motivo esgrimido por la institución es que se desconoce el origen y el medio de propagación de esta enfermedad, y que no se dispone de vacunas ni fármacos para tratarla. La única evidencia que existe es que la neumonía atípica se está propagando a través de los viajes en avión y que, por tanto, constituye un peligro global.

Las investigaciones iban apuntando cada vez con más seguridad al posible origen animal del virus, mientras que las sospechas sobre el agente causal se encaminaban hacia los coronavirus, una familia de virus del mismo tipo que los que intervienen en el resfriado común. Esta última sospecha se confirmó a mediados de abril. Un mes después de haber comenzado a trabajar, el laboratorio de virología del Centro Erasmio de Rotterdam anunció la identificación del agente causante del SARS: un nuevo coronavirus, denominado SARS-CoV, nunca antes visto en humanos. Esto último hacía crecer todavía más la sospecha sobre el origen animal de la epidemia. En esos momentos, el SARS continuaba su rápida expansión: 3486 casos sospechosos; 159 muertes confirmadas.

Ante el avance de la enfermedad, China no tuvo más remedio que reconocer su deficiente gestión de la crisis. Hasta esas fechas el gobierno chino se había resistido a reconocer que cuando se originó el brote, cinco meses atrás, hubo más de 300 casos

en Guangdong. Y hasta ese momento había impedido la entrada de un equipo de la OMS para que investigara el origen de la enfermedad y su propagación. La presión internacional consiguió que China aparcara el ocultismo y tomara medidas drásticas, como el cese de su ministro de sanidad. Con los nuevos datos aportados por su gobierno, en esos momentos salió a la luz que China, con cerca de 2500 casos, tenía más afectados por SARS que todo el resto del mundo.

El siguiente paso que tomó la OMS tampoco estuvo exento de polémica, al incluir Toronto y Pekín en su lista de destinos no recomendados. Ante la evidencia de que los viajes en avión seguían propagando la enfermedad y la falta de una vacuna eficaz contra el virus, el organismo decidió emitir un comunicado en el cual se desaconsejaba viajar a la ciudad canadiense, provocando una retahíla de protestas por parte de las autoridades del país norteamericano. La cuestión es que el 23 de abril, fecha en que se difundió el comunicado, Canadá era el cuarto país más afectado por la neumonía, con un total de 140 enfermos y 15 muertos.

La entrada en mayo supuso un cambio en la trayectoria de la enfermedad. Si abril fue el mes de mayor producción informativa en torno al SARS, en paralelo al aumento del número de casos, en mayo se constató la remisión de la epidemia. En Vietnam, el número de afectados comenzó a disminuir y la OMS empezó a mostrar signos de optimismo, anunciando que el avance de la epidemia estaba controlado en todo el mundo. La excepción: China, donde todavía se tomaban medidas extremas como el cierre de cines, teatros, karaokes y discotecas. Además, las autoridades del gigante asiático suspendieron el programa de adopciones internacionales y anunciaron que toda aquella persona que propagase el virus de forma intencionada sería ejecutada. Por aquel entonces China registraba más de 5000 casos y 300 muertes, mientras que el total mundial acumulado rozaba ya los 7800, con más de 620 fallecidos.

El 23 de mayo, un grupo de científicos de la Universidad de Hong Kong consiguió aislar por fin el coronavirus en la civeta, un pequeño carnívoro muy apreciado en los restaurantes del sur de China. Se confirmaba de esta manera el origen animal del virus, que habría saltado al hombre en alguno de los

múltiples mercados de venta de animales para el consumo humano. Durante esos días Hong Kong recibía también la buena noticia de que la OMS eliminaba el consejo de no viajar a la ex colonia, mientras que en Toronto parecía aumentar el número de casos, con una cifra de 24 fallecidos.

Junio supuso el inicio del fin de la epidemia. La OMS ya podía asegurar que el SARS había tocado techo en todo el mundo, incluida China, donde cada vez se registraban menos casos. Se atribuía este declive a las altas temperaturas, pero no se descartaba que el coronavirus volviera a rebrotar con la llegada del otoño. El 25 de junio, la OMS sacaba a Pekín de la lista de áreas afectadas. Sólo en China, Hong Kong y Taiwan se había concentrado el 90% de los casos de SARS de todo el mundo; algo que sin duda pasó factura a esta zona del sudeste asiático. Se estima que en el primer semestre de ese año 2003 Pekín perdió unos ingresos de 1690 millones de euros sólo en el sector turístico. Una muestra todavía más clara de la crisis económica que supuso la epidemia es que la Ciudad Prohibida, acostumbrada a recibir 30.000 visitantes diarios, durante los días de más alarma había visto reducida la cifra a tan sólo 300.

El 6 de julio la OMS declaraba que el SARS había sido contenido en todo el mundo. La noticia se publicó en la prensa internacional, aunque reducida a forma de breve. Desde el 15 de junio no se registraban nuevos casos y se retiró al último territorio de la lista de zonas afectadas: Taiwan. Días antes, también Toronto, que había experimentado el peor brote de neumonía atípica fuera de Asia, fue eliminado de la lista. Las cifras a esa fecha eran las siguientes: 8439 personas infectadas en 30 países de los cinco continentes y 812 fallecidos. Doscientos pacientes con SARS seguían tratándose en hospitales de todo el mundo bajo estrictas medidas de aislamiento.

A pesar del anuncio, la OMS advirtió que el mundo aún no estaba libre de la epidemia, ya que un nuevo caso podría provocar un rebrote de la enfer-

medad. Hoy, dos años más tarde, tan sólo se han registrado casos aislados por contaminación en diferentes laboratorios, sin producirse transmisión comunitaria. Se trata de laboratorios que se encuentran en la carrera hacia la búsqueda de vacunas y tratamientos antivirales específicos para erradicar el SARS.

Actualmente se sabe que el virus se transmite a través de gotitas respiratorias, es decir, cuando la persona infectada tose o estornuda. El contacto con una superficie u objeto contaminado por estas gotitas también puede suponer una vía de contagio. Las estimaciones preliminares indican que el periodo de incubación es de dos a diez días, aunque también se registraron casos en que el comienzo de la neumonía se produjo de forma más rápida o más lenta. También se conoce que el virus puede vivir hasta 24 horas fuera del organismo humano. A día de hoy todavía no se dispone de una vacuna para prevenir el SARS, aunque diversas investigaciones se encuentran en fases experimentales con perspectivas de éxito.

Para más información:

Abraham T. Twenty-first century plague: The story of SARS. The Johns Hopkins University Press, Baltimore 2005.

Martín-Moreno JM. SARS: Solución mediante acciones y respuestas sensatas. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:661-3.

Peiris JSM. Severe Acute Respiratory Syndrome. *Nature Medicine* 2004;10:S88-97.

Cuadernos Quiral. SARS. Fundación privada Vila Casas – Observatorio de la Comunicación Científica, UPF, Barcelona 2004; Nº 18.

Organización Mundial de la Salud. Health Topics. SARS. <http://www.who.int/topics/sars/en/>