

comprometido ya a incluir el control del tabaco entre las prioridades de desarrollo.

En el texto se estipula también que los países promoverán programas de tratamiento que ayuden a las personas a dejar de fumar, y programas de educación que eviten la adquisición del hábito, que prohibirán la venta de productos de tabaco a los menores, y que limitarán la exposición del público al humo ajeno.

Los elementos del tratado reflejan las políticas de la OMS y del Banco Mundial orientadas a un plan integral de reducción del consumo de tabaco. Aunque la Asamblea Mundial de la Salud ha adoptado ya, desde 1970, cerca de 20 resoluciones en apoyo del control del tabaco, la diferencia respecto de este convenio es que las obligaciones de este tratado serán jurídicamente vinculantes para las Partes en el Convenio una vez que éste entre en vigor.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Acuerdo en torno a un tratado internacional para el control del tabaco. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr21/es/index.html>. consultada el 3 de abril de 2003.

Un nuevo reto para la salud pública: el síndrome respiratorio agudo severo

El síndrome respiratorio agudo severo (SIRAS) o severe acute respiratory syndrome (SARS), es una condición de origen probablemente viral que ha sido identificado recientemente en pacientes en Asia, América del Norte y Europa. Entre el 1 de febrero y el 30 de marzo de 2003, el SIRAS había sido diagnosticado en más de 1 800 pacientes, en 17 países, con un total de 62 defunciones.¹

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un caso sospechoso de SIRAS en una persona se identifica documentando fiebre ($\geq 38^\circ\text{C}$), síntomas de las vías respiratorias inferiores y contacto con una persona que haya padecido SIRAS o evidencia de que haya viajado a alguna de las áreas en donde se ha documentado la transmisión de la enfermedad. Un caso probable incluye, además, datos de neumonía en la radiografía de tórax, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) o una enfermedad respiratoria inexplicable que desencadene la muerte y que en los datos de autopsia muestre evidencia patológica de SDRA.²

La enfermedad, reportada por primera vez en el otoño de 2002 en la Provincia de Guangdong, en el sur de China, se propaga rápidamente pero no es uniformemente contagiosa. La mayoría de los casos se han presentado en Hong Kong en donde la epidemia continúa expandiéndose a pesar de los esfuerzos por parte del gobierno para contenerla. La mayoría de los casos se presenta en personal de hospitales y contactos cercanos de los enfermos. La mortalidad se asocia principalmente a pacientes con algún tipo de susceptibilidad como diabetes tipo 2 y enfermedad pulmonar crónica. Los casos conglomerados en comunidades instaladas en hoteles o edificios de apartamentos han demostrado que es muy contagiosa a través del contacto cercano y prolongado con pacientes enfermos. Se ha confirmado que durante el periodo de incubación de la enfermedad —que parece ser de entre 1 a 11 días, con una media de cinco días— los pacientes pueden transmitirla a través de las gotitas de saliva y, probablemente, también por sistemas de conducción de aire.³

La sintomatología clínica inicial de los casos que se han presentado

incluyen fiebre $\geq 38^\circ\text{C}$ por más de 24 horas, tos no productiva, disnea (entre 3 y 7 días después del inicio de la fiebre), malestar, mialgias y dolor de cabeza. Al examen físico se puede observar dolor torácico, taquicardia, taquipnea y presión arterial baja. Fuera del sistema respiratorio, el examen físico es normal. Las radiografías de tórax revelan alteraciones en las zonas basales pulmonares, incluyendo un patrón intersticial reticular que posteriormente se transforma en una opacidad homogénea. Las pruebas de laboratorio muestran linfopenia, niveles elevados de lactato deshidrogenasa, aminotransferasa de aspartato y creatinina-cinasa. En algunos casos se demuestran trombocitopenia y leucopenia.^{3,4}

Los análisis microbiológicos en los que se han incluido cultivo de tejidos, microscopía electrónica, tecnología de microarreglos, inmunofluorescencia indirecta y la reacción de la polimerasa en cadena (PCR), señalan que un nuevo coronavirus es el principal sospechoso en la búsqueda de la causa del SIRAS, aunque falta por confirmarse si es el único causante de la enfermedad. Investigadores de la Universidad de Hong Kong han anunciado el desarrollo de una prueba diagnóstica basada en PCR para la identificación rápida del virus, la cual se encuentra en evaluación para su empleo a escala mundial. Asimismo, los esfuerzos por desarrollar una vacuna a corto plazo ya se han iniciado.¹

Respecto al tratamiento, se han probado numerosas terapias antimicrobianas, pero sin claros efectos. Sin embargo, considerando la posibilidad de la etiología viral del SIRAS, se recomienda el empleo empírico de un agente antiviral como la ribavirina que es un análogo ribonucleótido que induce mutagénesis letal en los virus con genoma de RNA como los metaneumovirus y los coronavirus. Este medica-

mento aunado a la terapia de apoyo general, hidratación adecuada y vigilancia de la aparición de otras infecciones, parecen ser el manejo más adecuado por ahora.⁴

La respuesta a la epidemia de SIRAS ha sido extremadamente rápida, tanto en la generación de nuevos conocimientos como en la difusión de los mismos a través de medios escritos y electrónicos. Al personal médico se le recomienda mantenerse actualizado a través de la página de Internet de la Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/csr/sars/guidelines/en/>) o del Center for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/ncidod/sars/clinicians/htm>) ya que la información se está modificando diariamente.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos con los que contamos, la epidemia del SIRAS presenta un reto más para la comunidad científica y médica mundial, pero también abre nuevas posibilidades para un intercambio de conocimientos que nos acerque más al control de los agentes infecciosos que afectan a la humanidad.

*Dr. Rodolfo Gatica Marquina.
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del
Estado de Morelos
M. en C. Gabriela Echáñiz Aviles.
Centro de Investigaciones sobre Enfermedades
Infecciosas, Instituto Nacional de Salud Pública*

REFERENCIAS

1. Gerberding JL. Faster...but fast enough? Responding to the epidemic of severe acute respiratory syndrome. Published at www.nejm.org on April 2, 2003.
2. World Health Organization. Case definitions for surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS). Geneva: 2003. Disponible en: <http://www.who.int/csr/sars/casedefinition>. Consultado el 31 de marzo de 2003.
3. Tsang KW, Ho PL, Ooi GC, Yee WK, Wangt, Chan-Yeung M. A cluster of cases of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. Published at www.nejm.org on March 31, 2003.
4. Poutanen SM, Low DE, Henry B, et al. Identification of severe acute respiratory syndrome in Canada. Published at www.nejm.org on March 31, 2003.