



# Respuesta a la Pandemia (H1N1) 2009 en las Américas: lecciones y retos

Miami, Florida, del 15-17 de septiembre del 2009



**Pan American  
Health  
Organization**



*Regional Office of the  
World Health Organization*

# **Respuesta a la Influenza Pandémica (H1N1) 2009 en las Américas: Lecciones y desafíos**

## **Miami, Florida, 15–17 de septiembre de 2009**

### **Introducción**

Desde el inicio de la pandemia en abril de 2009 hasta el 11 de septiembre de 2009, 35 países de la Región de las Américas habían notificado 124.219 casos confirmados de influenza A (H1N1) 2009, y 22 países habían comunicado 2.638 muertes. El número de casos confirmados y de muertes refleja sólo los casos en los que se realizaron pruebas de laboratorio. Por lo tanto, es probable que estos informes subestimen de forma sustancial la carga real de enfermedad desde la aparición de la cepa pandémica en abril de 2009. Dada la magnitud y la rápida diseminación internacional de este brote, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) decidió convocar a una reunión de expertos de sus Países Miembro para compartir experiencias. Este informe resume las discusiones de la reunión de trabajo.

### **Objetivo de la reunión**

El objetivo específico de la reunión fue examinar de forma crítica las experiencias de los países de la Región de las Américas al enfrentar la influenza pandémica A (H1N1) 2009 y compartir conocimientos sobre la forma de mejorar la respuesta futura en la Región.

### **Contexto**

Desde los primeros casos de humanos infectados con influenza aviar H5N1 en 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS han brindado cooperación técnica a sus Estados Miembro para la preparación ante una epidemia de influenza causada por el nuevo virus. También se sensibilizó al público en general sobre el riesgo potencial de una pandemia y de bioterrorismo. Antes de la pandemia (H1N1) en el año 2009, la mayoría de los países se habían preparado para emergencias potenciales, si bien existían diferentes niveles de preparación entre ellos. La aparición de una nueva variante del virus de la influenza en América del Norte marcó el comienzo de una nueva etapa que trasladó las discusiones de preparación ante pandemias de un foro técnico limitado al terreno público.

Después de detectarse los primeros dos casos de infección por un virus nuevo de influenza A (H1N1) en el sur de California, los Estados Unidos alertaron a la comunidad mundial mediante los mecanismos establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional. Búsquedas retroactivas de casos revelaron que la transmisión había comenzado algunas semanas antes de los primeros informes. La detección temprana se vio obstaculizada por la velocidad de la transmisión, la falta de especificidad de la enfermedad clínica y las limitaciones iniciales en las pruebas de laboratorio. Siete semanas después del primer informe se había declarado la Fase 6 de la pandemia. Nueve semanas

después de la detección inicial, todas las regiones de la OMS habían reportado casos del virus de la influenza pandémica (H1N1) 2009.

Las características específicas de la pandemia (H1N1) 2009 eran en su mayor parte desconocidas en abril de 2009. Por lo tanto, era necesario que las medidas iniciales de respuesta fueran flexibles para poder modificarlas a medida que la información y la comprensión de la enfermedad avanzaran. La respuesta requería experiencia multidisciplinaria y el compromiso de las partes interesadas, además del sector salud. La respuesta tenía que abordar los temores que aparecían en la población general así como en los profesionales de la salud y el personal a cargo de la respuesta.

Cuando terminó el invierno en el hemisferio sur, en septiembre de 2009 los participantes de cada país de la Región evaluaron sus preparaciones y respuestas nacionales para la pandemia (H1N1) 2009. Esta evaluación cubrió seis áreas de trabajo esenciales: coordinación y gestión, vigilancia, Reglamento Sanitario Internacional, respuesta de los servicios de salud, comunicación de riesgos y medidas no farmacológicas, y vacunación. A pesar de que estas áreas de trabajo específicas frecuentemente se superponen en la respuesta a la pandemia, se las adoptó para facilitar las discusiones y la redacción del presente informe. Se dividió a los participantes en cuatro grupos de trabajo multidisciplinarios de modo que cada participante se pudiera beneficiar con la variedad de conocimientos y experiencias adquiridos durante la crisis sobre todos los temas relevantes. La composición multidisciplinaria de los cuatro grupos de trabajo también pretendía evitar el agrupamiento natural de epidemiólogos, virólogos y médicos clínicos en grupos separados, ya que enfrentar la pandemia requería de la participación simultánea de todas las disciplinas en el proceso de toma de decisiones.

## Resumen de las discusiones

### Coordinación y gestión

Ya que la mayoría de los países habían realizado un plan nacional de preparación para la pandemia de influenza, el primer componente de la revisión se concentró en determinar la utilidad de dicho plan en la respuesta ante una situación real, la pandemia (H1N1). Los participantes también discutieron las modificaciones que se necesitaban para responder al virus pandémico (H1N1) 2009. En diversos países la planificación fue originalmente dirigida a responder a una epidemia del virus de la influenza aviar H5N1. Los planes para el escenario de una pandemia de la influenza aviar abordaban el aumento de la gravedad de enfermedad y la velocidad de transmisión. Las medidas de prevención, contención y reducción del impacto que se habían planeado no eran totalmente aplicables a la pandemia en 2009, en la cual la enfermedad era menos grave pero la transmisión más eficiente. El centro de la respuesta de la atención sanitaria de 2009 no eran los hospitales, como se había anticipado en los ejercicios de preparación, sino los centros de atención primaria. La contención efectiva de la pandemia 2009 no fue posible debido a la rápida diseminación del virus.

### Conclusiones

- El establecimiento y el funcionamiento de una comisión para coordinar la pandemia facilitó la respuesta nacional. La formación de comités asesores científicos y clínicos con representantes del sector público, privado y académico otorgó credibilidad y peso a las recomendaciones desarrolladas.
- Los factores que contribuyeron al éxito de los planes nacionales para pandemias incluyeron:
  - Los principales mecanismos de coordinación para el manejo de la emergencia ya habían sido definidos, lo que evitó la parálisis que podría haber resultado si no hubieran existido esos mecanismos.

- Las funciones del Personal relevante ya se habían descrito y se había brindado capacitación
- En algunos casos, se había determinado el flujo de información conveniente.
- Muchos países tenían una provisión de drogas antivirales y otros suministros, tales como equipo de protección personal (EPP) y reactivos de laboratorio, desde el comienzo de la pandemia. Sin embargo, no todos los países la tenían, lo que refleja la variación en la calidad de desarrollo e implementación de los planes de preparación antes del episodio.
- Los simulacros/ejercicios fueron útiles para identificar las debilidades en la logística de los planes, para revelar las brechas en la coordinación intersectorial con el sector público y el privado, y en general para determinar las áreas de necesidad.
- Las declaraciones de alertas nacionales, decretos de emergencia, u otros mecanismos similares:
  - Facultaron al ministerio de salud o a la entidad coordinadora para implementar la respuesta y crear las condiciones para movilizar al personal.
  - Facilitaron la asignación de recursos, tareas y responsabilidades y la obtención de suministros a través de rutas extraordinariamente rápidas.
  - Permitieron el uso de estudiantes o personal sanitario retirado para ayudar en la respuesta.
- A excepción de unos pocos casos, se respetaron las pautas de las medidas de salud pública establecidas por el Reglamento Sanitario Internacional.
- La existencia de una “sala de situación” o “centro de operaciones de emergencia” fue esencial para centralizar el análisis y la coordinación de la pandemia. La sala de situación catalizó la coordinación eficiente y la toma de decisiones a todos los niveles de respuesta (internacional, regional, nacional, subnacional y local).
- La coordinación previa con universidades ayudó a movilizar a estudiantes a punto de graduarse en disciplinas relacionadas con la salud para colaborar en la respuesta. De modo similar, la coordinación con sociedades profesionales ayudó a movilizar a profesionales retirados.
- El apoyo de las organizaciones internacionales fue esencial en el abastecimiento de suministros, así como la cooperación entre países.

## **Recomendaciones**

- Es necesario mejorar la comprensión general de los criterios de la OMS para aumentar las fases de la pandemia, ya que hubo una observada demora en el cambio de la Fase 5 a la Fase 6. En el futuro, se debe transmitir más información sobre el proceso para evitar la percepción de una demora.
- Los planes nacionales no siempre fueron suficientemente detallados. Debieron estar complementados con planes operativos para las diferentes esferas de acción local.
- Es necesario que los planes sean flexibles de modo que un solo plan se pueda adaptar a diferentes escenarios pandémicos y ajustarse para responder a la naturaleza y al curso de la pandemia.
- Los planes nacionales deben diseminarse debidamente a todos los lugares de trabajo y áreas geográficas pertinentes.
- En algunos países, la implementación de las medidas de salud pública se vio obstaculizada debido a la preocupación por el impacto en el turismo. Las medidas que podrían implementarse durante una pandemia y los factores que señalarían su implementación deben ser bien definidos en los planes nacionales multisectoriales. Lograr acuerdos multisectoriales antes de la pandemia simplificará la implementación del plan.
- En los casos en los cuales sólo algunos sectores participaron en la preparación para pandemias, la respuesta estuvo limitada a esos sectores. En dichos casos, se perdió una oportunidad temprana de integrar grupos críticos para una respuesta adecuada. Los planes son más útiles cuando se los puede aplicar tanto al sector público como al privado. De forma similar, es importante que todos los individuos y sectores relevantes participen en los simulacros y los ejercicios.

- Fue extremadamente útil contar con un coordinador nacional para manejar la respuesta. El plan requiere de un liderazgo firme que coordine las fases de preparación e implementación. El liderazgo debe garantizar que el personal esté adecuadamente capacitado en los temas relacionados con epidemias. En la mayoría de los países este liderazgo lo ejerce el ministerio de salud.
- Muchos países no habían asignado los recursos financieros necesarios para implementar el plan. Parte del proceso de desarrollar un plan nacional debe incluir la identificación de los recursos necesarios para ejecutar todos los componentes.
- La planificación de recursos debe considerar que el apoyo económico disminuirá después de la fase inicial.
- Es esencial tener un plan de recursos humanos. Invariablemente, en emergencias se deben movilizar trabajadores sanitarios adicionales. No tener un plan con la suficiente antelación para hacer frente a este desafío amenaza en última instancia la salud de un país.

## Vigilancia

En la Región de las Américas, en general la epidemia comenzó en ciudades grandes y entre las poblaciones de mayores ingresos, y desde allí se diseminó al resto del país. A diferencia de la gripe estacional, la mayoría de los casos ocurrieron en la población más joven, afectando principalmente al grupo etario entre 10–19 años. El embarazo y los trastornos crónicos concomitantes tales como obesidad, asma, diabetes, y enfermedad respiratoria crónica y las enfermedades cardiovasculares e inmunosupresoras fueron factores de riesgo para una mayor mortalidad. El número de casos confirmados es una subvaloración en bruto del número de casos reales y refleja sólo la capacidad de laboratorio para procesar muestras. Las conclusiones de las discusiones sobre vigilancia epidemiológica aparecen a continuación.

## Conclusiones

No hubo un consenso general entre los representantes de los países sobre las intervenciones en los puntos de entrada, tales como puertos y aeropuertos. Muchos participantes consideraron que dichas intervenciones brindaban pocos beneficios y consumían muchos recursos. En contraposición, algunos participantes creían que la vigilancia en el punto de entrada y el posterior monitoreo de los pacientes ayudaba a demorar la diseminación de la epidemia a su país.

Diversas medidas fueron consideradas factibles y exitosas:

- Los esfuerzos de preparación para pandemias contribuyeron a fortalecer un sistema de vigilancia para el virus respiratorio y, en algunos casos, ayudaron en la asignación de recursos para dicha vigilancia.
- La vigilancia de neumonías, que tienen mayores antecedentes de vigilancia, ayudó a monitorear la epidemia de influenza y a detectar los grupos etarios más afectados.
- Ciertos indicadores básicos —el número de pacientes hospitalizados por día, el número de pacientes hospitalizados en unidades de terapia intensiva, el número de pacientes que necesitaron ventilación mecánica u oxígeno y el número de muertes— fueron útiles y necesarios para monitorear la situación.
- La coordinación entre los médicos clínicos y el personal de vigilancia fue importante ya que las clínicas son generalmente el lugar donde aparecen y se detectan los primeros casos de cualquier enfermedad nueva.
- Los métodos innovadores de intercambio de información y vigilancia incluyeron la vigilancia en ámbitos escolares, diseminación de la información mediante brigadas comunitarias, vigilancia en hoteles, consultas telefónicas gratuitas, uso de sistemas de información en línea para publicar

resultados de laboratorio y el uso de modalidades nuevas tales como teleconferencias y videoconferencias para médicos clínicos, epidemiólogos y periodistas.

- En muchos países la vigilancia epidemiológica y virológica no habían sido integradas previamente, y la pandemia brindó la oportunidad de coordinar ambos componentes.
- La pandemia dio como resultado un aumento de las capacidades de diagnóstico de los países, con descentralización de las pruebas y mejores técnicas microbiológicas a nivel central.
- La confirmación de casos a nivel internacional por parte del Centro Colaborador de OPS/OMS (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU.) y la comunicación de resultados funcionó bien.
- Durante la pandemia muchos países recibieron delegaciones internacionales de expertos de OPS/OMS. Los representantes de los países sintieron que su pericia profesional era útil para evaluar el sistema de alerta y respuesta y revelaron las debilidades que podían ser corregidas en forma oportuna.
- Si bien es costosa, la mayor vigilancia a nivel nacional (vs. la vigilancia centinela) complementada con confirmación de laboratorio generó mucha información relevante para la toma de decisiones.
- Los simulacros realizados antes de la pandemia ayudaron a detectar debilidades en el sistema de vigilancia, a guiar su fortalecimiento y a mejorar los flujos de comunicación.

### **Recomendaciones**

- El plan nacional de preparación para pandemias debe ser más específico con respecto a las intervenciones operativas y necesita integrar las lecciones aprendidas. El plan también debe establecer claramente los flujos de información e indicar cómo diseminar las actualizaciones al público general.
- Los planes nacionales deben detallar los recursos necesarios para la implementación de mayores esfuerzos de vigilancia, incluyendo recursos humanos y la provisión de fondos para comprar reactivos de laboratorio.
- Controlar la llegada y la partida de pasajeros consume muchos recursos y no es efectivo. No se deben suspender los viajes en avión.
- Se debe coordinar la participación del sector privado desde el comienzo. La epidemia comenzó en los grupos socioeconómicos más elevados, que tienden a buscar atención de la salud en el sector privado.
- La vigilancia debe adaptarse a la evolución de la pandemia. Si se sabe que el virus está circulando ampliamente en la comunidad, la confirmación de cada caso se torna menos útil.
- Se debe promover el uso de definiciones de casos estandarizadas en cada país para no crear confusión. Muchos países tenían una definición de caso de vigilancia y una definición de caso clínico. Los cambios en las definiciones de casos y la estrategia de vigilancia produjeron confusión.
- Las pruebas confirmatorias deben usarse de manera racional. Las pruebas con fines diagnósticos no deben competir con las pruebas con fines de vigilancia. Se deben definir estrategias claras y específicas de muestreo con el fin de priorizar las muestras para pruebas en el laboratorio.
- Las competencias críticas tales como diagnósticos de laboratorio y análisis de datos deben descentralizarse.
- Los planes de preparación para pandemias deben incluir un plan de recursos humanos para la rotación del personal de vigilancia epidemiológica y virológica para evitar “desgaste.”
- En muchos países, los individuos que realizan investigaciones de campo son los mismos que tabulan y analizan los datos epidemiológicos. Su participación en las investigaciones implicaba una brecha en la compilación y el análisis de datos. Se debe capacitar personal suficiente en las competencias básicas para garantizar la redundancia y la continuidad de las operaciones.

- Los esfuerzos para compartir información detallada sobre los 100 primeros casos confirmados no fueron efectivos. Es necesario abordar esta estrategia en futuras investigaciones. Como esta información no estuvo disponible rápidamente, el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo asociados con la pandemia (H1N1) 2009 no se conocieron hasta varias semanas después de la aparición de la pandemia.
- Se debe reforzar la capacidad de análisis de la información. La capacidad para recopilar datos existía, pero la utilidad de los datos era limitada debido a la falta de capacidad para analizarlos y diseminarlos en forma oportuna.
- Algunos países consideraban que el uso de indicadores cualitativos para monitorear la pandemia permitía dar explicaciones sencillas sobre la pandemia a las autoridades y al público en general, y recomendaron que se adaptara este tipo de monitoreo para ser utilizado a nivel subnacional.

## Reglamento Sanitario Internacional

El propósito y el alcance del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) es “prevenir, proteger, controlar y brindar una respuesta de salud pública a la diseminación internacional de la enfermedad de forma proporcional y restringida a los riesgos de salud pública, evitando interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.” El reglamento además describe la obligación de los Estados Miembro de desarrollar capacidades básicas mínimas de salud pública, incluyendo políticas para respaldar la implementación de medidas de salud pública, la vigilancia de los esfuerzos de respuesta y la comunicación de riesgos. La implementación del RSI también incluye el establecimiento de Puntos Focales Nacionales para el RSI y Puntos de Contacto de la OMS para el RSI para las comunicaciones urgentes entre los Estados Parte y la OMS.<sup>1</sup> De acuerdo con el RSI, los Estados Parte tienen la obligación de notificar a la OMS los episodios que pueden constituir una emergencia de salud pública de interés internacional de acuerdo con criterios definidos. Además, define los procedimientos para el establecimiento de un Comité de Emergencias para asesorar al Director General así como procedimientos para la determinación de una emergencia de salud pública de interés internacional y la emisión de las recomendaciones temporarias correspondientes.

## Conclusiones

- El RSI desempeñó la función clave de brindar apoyo internacional a las recomendaciones de las autoridades de salud de los países. Asimismo, el RSI ayudó a activar el sistema y facilitar la respuesta.
- La transparencia que promueve el RSI aumenta la credibilidad del sistema nacional desde la perspectiva de la población, especialmente el personal de atención de la salud.
- Los Puntos Focales Nacionales para el RSI sirvieron como un mecanismo eficiente para alertar a los Estados Miembro y para el intercambio de información continuo y oportuno. El RSI fue decisivo para requerir o compartir información en el área Regional y directamente entre los países.
- Como parte del proceso de implementación del RSI, la mayoría de los países habían realizado evaluaciones de sus capacidades básicas de vigilancia y respuesta. Tener dichas evaluaciones recientes ayudó a identificar áreas que era preciso reforzar como parte de la respuesta pandémica.

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (en idioma inglés).  
<http://www.who.int/ihr/en/>

- Los indicadores cualitativos propuestos para usar a partir de julio de 2009 para monitorear la pandemia son fáciles de entender y aplicar.
- El RSI ayudó a formalizar los procedimientos para una notificación oportuna y la implementación de medidas nacionales de salud pública.

### **Recomendaciones**

- Se necesitan pautas internacionales para la finalización de las medidas de emergencia. Debe haber más claridad con respecto al momento en que ya no es necesaria la comunicación de episodios.
- Se debe dirigir el apoyo para abordar las brechas existentes en el proceso de evaluación de riesgos de muchos Puntos Focales Nacionales para el RSI. Las percepciones apropiadas de riesgo y alerta ayudarán a acortar los tiempos de notificación.
- Es necesario mejorar algunas definiciones del RSI relacionadas con este episodio —por ejemplo, episodio de interés internacional, emergencia, área afectada y país afectado.
- Antes de dar una alerta se debe pensar cuidadosamente en la forma en que será comunicada para evitar repercusiones económicas y otras repercusiones accidentales, especialmente en el país donde se originó el episodio.
- La información sobre el RSI debe diseminarse en forma adecuada a nivel subnacional para que no sean sólo las autoridades del nivel nacional las que estén al tanto del reglamento.
- Se debe buscar la colaboración de otros sectores para la implementación del RSI para que la responsabilidad de responder ante la epidemia no recaiga exclusivamente en el sector salud.
- La información generada y comunicada por los países fue publicada y se hicieron algunas comparaciones no válidas entre los países. Los sistemas de vigilancia deben intentar armonizar los conceptos básicos para garantizar comparaciones válidas.
- La pandemia subrayó brechas legales dentro de los países que impidieron el cumplimiento total con el RSI, las cuales deben ser abordadas.
- Las comisiones nacionales de influenza deben adoptar un enfoque contra “todos los peligros”, utilizando las capacidades desarrolladas para la influenza con el fin de dar respaldo a todos los episodios de salud pública de interés nacional.
- La experiencia de los países donde la epidemia apareció primero debe usarse para beneficiar a aquellos países a los que todavía no ha llegado.

### **Respuesta de los servicios de salud**

El virus de la influenza pandémica (H1N1) 2009 produjo signos y síntomas que iban desde síntomas leves del tracto respiratorio superior hasta síntomas severos que requerían hospitalización y atención clínica compleja en unidades de terapia intensiva en instituciones de atención terciaria.

En algunos países la epidemia sobrecargó los servicios de emergencia. Hubo una mayor demanda de los pacientes con síntomas respiratorios, que en algunos casos excedieron la capacidad de los centros de salud.

### **Conclusiones**

- Los planes específicos para los servicios de atención de salud ayudaron a los países a organizar e implementar las medidas de triaje para reducir la carga de atención de pacientes. Estas medidas fueron más efectivas cuando se habían programado y probado antes de la pandemia.
- Muchos países tomaron medidas para reducir la demanda de tratamiento en hospitales:

- La instalación de “centros de atención telefónica” o “líneas de emergencia” para responder las preguntas del público ayudaron a reducir visitas innecesarias a los servicios de salud y a derivar pacientes.
- En algunos países, se reforzaron las unidades de atención primaria para brindar más servicios y así prevenir el congestionamiento de hospitales.
- La intensificación de visitas domiciliarias por parte los médicos de atención primaria fue muy útil y efectiva; es importante garantizar que los profesionales de la salud que brindan atención domiciliaria cuenten con el equipo de protección personal.
- El apoyo de gestión centralizada de camas respaldado por un centro de atención telefónica y un sistema computarizado, proporcionó un recuento preciso de las camas disponibles y de su ubicación, de modo que se pudo coordinar el traslado de pacientes entre regiones y hospitales diferentes en el país.
- El establecimiento de cohortes de pacientes y el uso de áreas específicamente designadas para pacientes con síntomas respiratorios fueron estrategias exitosas para el control de la infección.
- Se establecieron salas para infección respiratoria aguda en los hospitales de muchos países. Esto permitió la concentración de recursos especializados y produjo mejoras en la calidad de la atención.
- En términos del personal de atención de la salud, fue útil:
  - Redactar protocolos de tratamiento para consultas de pacientes ambulatorios y hospitalizados y ajustarlos según la experiencia.
  - Mantener al personal informado mediante una serie de medios, incluyendo afiches, videoconferencias, actividades educativas para médicos y comunicación telefónica.
  - Desarrollar planes detallados para la continuidad de las operaciones, especialmente con respecto al manejo de los recursos humanos.
  - Capacitar al personal en el uso del EPP y otras medidas de prevención, como la higiene de las manos.
  - Ofrecer servicios de salud mental para manejar la mayor carga de trabajo y brindar herramientas y suministros de protección personal para reducir la ansiedad acerca de la infección en el lugar de trabajo.
- Fue útil monitorear los centros de salud para evaluar y solucionar problemas, administrar suministros y manejar en forma general la crisis, especialmente cuando se usaban listas de verificación y otras herramientas de la OMS.
- Fue útil centralizar la administración de antivirales, pero no su distribución, ya que facilitó el uso racional y equitativo.
- En conferencias nacionales e internacionales (sobre enfermedades infecciosas, por ejemplo), hubo oportunidad de compartir evidencias, hallazgos y experiencias en el manejo de casos.

### **Recomendaciones**

- Es necesario evaluar y diseminar con mayor rapidez los factores de riesgo para enfermedad grave. En muchos países la diseminación insuficiente de los criterios de gravedad impidió que muchos profesionales de la salud usaran algoritmos para determinar qué casos requerían un tratamiento más temprano o más agresivo, o ambos.
- El tratamiento del paciente no debe depender de la confirmación del laboratorio, ya que no es factible para los laboratorios centrales diagnosticar rápidamente todos los casos sospechosos.
- La existencia de reservas estratégicas de los países deben incluir cantidades suficientes de oseltamivir en fórmulas pediátricas.
- La entrega de antivirales no debe estar centralizada ya que esto impone una carga adicional de los servicios públicos y puede producir demoras en el acceso al tratamiento.
- Con respecto a los protocolos clínicos:
  - Las medidas deben estar establecidas antes de las emergencias para garantizar que la capacitación llegue a todo el personal y los protocolos se diseminen rápidamente. El trabajo por turnos y la rotación de personal impactó en el alcance de la capacitación

- realizada, ya que en las rotaciones de emergencia es difícil compartir protocolos, pautas y otras directivas.
  - Los protocolos para protección personal y el equipo para este fin no llegaron a todos los profesionales de la salud. El personal de ambulancias no quería transportar a los pacientes porque temían infectarse.
  - En algunos países las guías y protocolos de tratamiento fueron mejor recibidos y usados cuando habían sido preparados y diseminados por asociaciones científicas y profesionales.
- La planificación para la respuesta pandémica deben considerar aspectos logísticos como el pago de horas extra para el personal administrativo que debe acompañar a los médicos como parte de la respuesta.
- Los planes de contingencia adecuados para hospitales son necesarios para:
  - Manejar pacientes con enfermedad severa considerando la escasez de camas y respiradores.
  - Mantener los servicios de rutina como las cirugías programadas.
  - Enfrentar la escasez de EPP y la falta de preparación sobre su correcto uso, especialmente en los centros de atención primaria de la salud.
  - Abordar cómo manejar las infecciones hospitalarias, tanto de pacientes hospitalizados con el virus pandémico (H1N1) 2009 como de pacientes admitidos por otras razones que se infectan con la influenza pandémica en el hospital.
  - Prever el ausentismo de los profesionales de la salud, que en algunos casos fue hasta del 30%.
  - Identificar claramente las prácticas de derivación de pacientes (referencia).
- Es importante garantizar el abastecimiento de suministros con altos estándares de calidad o con la certificación adecuada, por ejemplo mascarillas N95 certificadas.
- Se deben establecer mecanismos para garantizar que se entreguen antivirales sólo con receta.
- Se deben desarrollar y diseminar indicadores operativos para medir demanda y respuesta y para instituir las medidas correctivas adecuadas.

## Comunicación de riesgos y medidas no farmacológicas

### Comunicación de riesgos

#### Conclusiones

- La comunicación de riesgos debe ser creíble. Los elementos que más contribuyen a la credibilidad incluyen los siguientes:
  - Los mensajes deben ser transmitidos por un vocero de alto rango del ministerio de salud, respaldado por comités técnicos. Los mensajes deben ser coherentes y las autoridades deben demostrar liderazgo en caso de incertidumbre.
  - Los mensajes oportunos, francos, claros y coherentes mejoran la credibilidad, crean confianza y reducen la ansiedad del público. Los mensajes dirigidos a grupos específicos (escuelas, prisiones, congregaciones religiosas) también fueron bien recibidos.
  - Los contactos tempranos con la prensa, iniciados por las autoridades de salud como parte de un programa de concientización, transforma a la prensa en un aliado. Son indispensables los talleres para la prensa, como también lo es brindar información actualizada en base a las percepciones de riesgo y la expansión y magnitud de la epidemia.
  - Se debe brindar capacitación en la comunicación de riesgos a todo el personal de salud oficial a todos los niveles.
- Es esencial la comunicación con los profesionales de la salud. Se establecieron diversos mecanismos para lograr dicha comunicación, incluyendo sistemas de telemedicina y contacto a través de teléfonos celulares.

- Es muy aconsejable modificar los mensajes en base al curso clínico de la epidemia y a la percepción de riesgo en la comunidad.
- El uso de canales de comunicación innovadores y variados, además de los medios tradicionales, por ejemplo mensajes de texto, Internet, y Facebook, demostraron ser útiles.
- Es esencial proteger la identidad y la privacidad de los pacientes ante a la prensa.
- Es importante la asociación con el sector privado para transmitir mensajes coordinados.
- Los centros de atención telefónica ayudaron a transmitir mensajes e instrucciones en casos individuales.

### ***Recomendaciones***

- Es necesario lograr una coordinación más estrecha entre las autoridades federales o centrales y las provincias o estados para evitar mensajes contradictorios.
- Se percibió que los mensajes sobre la pandemia impactaron negativamente sobre el turismo; es necesario contrarrestar estos mensajes con otros que ayuden a mitigar los temores de la población y de los potenciales turistas.
- Contrarrestar rumores que aludan a teorías conspiratorias con respecto a los antivirales y la vacuna.
- Evitar el uso político de información que actúa sobre los temores de la población.
- Minimizar las declaraciones públicas de los pacientes y limitar la aparición en público de los profesionales de la salud vistiendo el EPP. En algunos casos, se solicitó a los pacientes curados que hicieran declaraciones y esto estigmatizó a los individuos afectados. También, la aparición de los profesionales de la salud vistiendo el EPP atemorizó a la población.

## **Medidas no farmacológicas**

### ***Conclusiones***

- El apoyo que brindaron las directrices claras de las organizaciones internacionales fue esencial para los equipos nacionales responsables de las medidas de mitigación.
- Las medidas de aislamiento voluntario fueron efectivas para los pacientes pero no para los contactos.
- El establecimiento de mecanismos de triaje para evitar que los niños, maestros y demás personal de la educación asistieran a la institución estando enfermos. Por ejemplo, una estrategia útil fue capacitar a los conductores de ómnibus escolares a reconocer estudiantes enfermos y enviarlos a sus hogares.
- Las actividades de detección de casos en las fronteras no fueron eficaces, pero ayudaron a estimular la capacidad en los puntos de entrada conforme al RSI y aumentaron la concientización de los viajeros sobre las medidas de protección personal.
- La información que se brindó a los contactos de los pacientes en el hogar para prevenir la transmisión fue útil.
- Enseñar medidas de higiene personal a los niños en las escuelas fue una estrategia efectiva ya que los niños pueden actuar como diseminadores de información en el hogar.
- La promoción de la higiene de las manos y la etiqueta respiratoria (por ejemplo, cubrirse al toser con un pañuelo descartable, toser en la propia manga) ayudó a reducir la transmisión de la influenza y de otras enfermedades.
- La prolongación de las vacaciones de invierno, en algunos países, ayudó a minimizar o retrasar la transmisión entre los niños de edad escolar.

### ***Recomendaciones***

- Es necesario prestar atención a la falta de coordinación entre las medidas del gobierno federal o central y las del gobierno provincial.

- El cierre de escuelas tuvo un impacto negativo en la economía y en la sociedad. El cierre de escuelas y la cancelación de otras reuniones debe llevarse a cabo con precaución, teniendo en cuenta las consecuencias no deseadas. Por ejemplo, cuando las escuelas dan de comer a los niños, la suspensión de las clases puede tener serias repercusiones no relacionadas con el brote.
- Se debe abordar la falta de coordinación entre la agenda política y las recomendaciones técnicas.
- La detección en las fronteras no es eficaz en términos de captura de casos.
- La suspensión de vuelos no fue útil para reducir la transmisión internacional del virus.

## Vacunación

Dado que la vacuna para la pandemia no estaba disponible en la mayoría de los países en el momento de esta reunión, la OPS brindó información a los participantes sobre los planes y las preparaciones para vacunación. Se hizo hincapié en que cada país debía establecer prioridades con respecto a los grupos de población objetivo. A continuación se detalla la información compartida con todos los participantes sobre este tema.

### ***Disponibilidad y aprovisionamiento de la vacuna para la influenza pandémica***

- De acuerdo con una encuesta de la OMS, en 12 meses habrá aproximadamente 4.9 mil millones de dosis de la vacuna (rendimiento de la cepa).
- Hay compromisos precontractuales en los países industrializados para el 80% de esta producción mundial (980 millones de dosis).
- En septiembre de 2009, el Fondo Rotatorio de la OPS llamó a licitación por 400 millones de dosis, sin incluir a Canadá, los Estados Unidos y México.
- La OMS coordinará los mecanismos de distribución para la donación de 150 millones de dosis a los países en desarrollo en la lista GAVI.
- Las entidades reguladoras garantizarán el control de calidad de la vacuna: la Administración de Drogas y Alimentos de los EE.UU., la Administración de Mercaderías Terapéuticas de Australia (TGA), la Agencia Europea de Medicamentos, la Dirección de Productos Biológicos y Terapias Genéticas (BGTD) de Canadá, y JRA-Japón.
- OPS/OMS está determinando la asignación equitativa entre los países de las vacunas del Fondo Rotativo, siguiendo las pautas del Grupo Técnico Asesor (GTA).
- Se están realizando esfuerzos para promover el desarrollo de la capacidad regional para la producción de vacunas estacionales y pandémicas para la influenza, así como procesos de transferencia de tecnologías (en Brasil y México). Hay iniciativas regionales en otros países para el desarrollo sustancial de otras vacunas.

### ***Grupos prioritarios a vacunar***

- Conforme a las pautas del GTA, con el objetivo de reducir la morbilidad y la mortalidad y garantizar que la infraestructura sanitaria continúe operativa, los grupos prioritarios a vacunar son los profesionales de la salud, las mujeres embarazadas y los pacientes con condiciones que suponen riesgo de complicaciones y muerte, y pacientes con enfermedades crónicas de más de seis meses de duración (enfermedad cardíaca, enfermedad respiratoria, diabetes, inmunodeficiencia, obesidad).

- Dependiendo de la situación epidemiológica y de los recursos disponibles, otros grupos prioritarios son los niños sanos de 6 meses a 4 años de edad, niños sanos de 5–18 años de edad, y adultos sanos de 19–49 años de edad.

### ***Estrategia de vacunación***

Como parte de la estrategia de vacunación para combatir la pandemia, los países deben contar con los siguientes componentes: un plan de acción nacional, capacitación, movilización y comunicación social, cadena de frío, logística (traslados), captura de la población objetivo, sistemas de información, vigilancia de ESAVI (tasa básica del síndrome de Guillain-Barré), y recursos financieros y humanos.

### ***Actividades de apoyo de la OPS***

Con el fin de facilitar la preparación o la actualización de los planes para la introducción de la vacuna para la pandemia, se ofrecerán tres talleres subregionales para los coordinadores nacionales de respuesta a la pandemia y gerentes del PAI. Estos talleres se realizarán en Panamá del 21 al 23 de octubre de 2009 para los países de América Central y del Caribe Latino y México, en Perú del 27 al 29 de octubre para los países de América del Sur, y en St. Kitts & Nevis del 12 al 14 de noviembre para los países del Caribe no latino. La OPS también está preparando pautas para la comunicación de riesgos para promover el uso de la vacuna entre los grupos de más alto riesgo.

### ***Discusiones de los participantes sobre la vacuna***

Los comentarios de los participantes sobre la vacunación incluyeron los siguientes aspectos:

- Los mismos profesionales de la salud deberán continuar implementando las actividades normales del PAI además de administrar la vacuna para el virus de la influenza pandémica (H1N1) 2009.
- Es necesario comenzar a planificar la movilización de fondos adicionales para la vacuna de la influenza.
- Las actividades de capacitación deben concientizar a los profesionales de la salud sobre el cambio de prioridades en los grupos de vacunación, que difiere de los grupos usuales, incluyendo la prioridad de los profesionales de la salud, quienes en el pasado no siguieron la recomendación de vacunarse contra la influenza estacional.
- Se debe brindar información clara sobre las dos vacunas (estacional y H1N1), ya que las actividades de vacunación se superpondrán y es necesario evitar la confusión entre los usuarios.
- Algunos participantes expresaron preocupación de que la vacuna será producida muy rápidamente con poco tiempo para hacer pruebas completas sobre su eficacia y efectos adversos.