

B. ACTUALIZACIÓN SOBRE LA PANDEMIA (H1N1) 2009

Antecedentes

20. La finalidad de este documento es analizar las actividades previas a la pandemia y la respuesta ante el nuevo virus de la gripe A (H1N1) desde abril del 2009.

21. A fines de abril del 2009, se detectó en América del Norte un nuevo virus de la gripe de tipo A capaz de infectar a los seres humanos. A partir de su foco inicial, el virus se propagó por todo el mundo y produjo cientos de miles de casos confirmados y más de 18.000 defunciones a escala mundial (más de 8.500 en el continente americano) hasta el 30 de julio del 2010. Además, las poblaciones vulnerables, tales como las embarazadas, presentan un riesgo de mortalidad por gripe A (H1N1)¹ desproporcionadamente elevado. En el 2009, los informes epidemiológicos de los países que proporcionan este tipo de información revelaron que hasta un 28,5% de las muertes por gripe pandémica causada por el virus A (H1N1) entre las mujeres en edad reproductiva se produjeron en embarazadas (intervalo de 4,2 a 28,5).² Con base en los datos probatorios disponibles y en la orientación del Comité de Emergencias, establecido en conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que se cumplían los criterios científicos de una pandemia de gripe y declaró la primera pandemia del siglo XXI.

22. Desde el 2002, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha proporcionado cooperación técnica a los países en la elaboración de los planes nacionales de preparación contra una pandemia de gripe, mediante un proceso de planificación intersectorial. Además de la elaboración de los planes nacionales, la meta era la de fortalecer las capacidades básicas de los países en materia de vigilancia y respuesta, según lo requerido en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Con este objetivo, la Directora de la OPS estableció un grupo de trabajo, compuesto por representantes de 11 áreas de la Organización, para la ejecución de los preparativos contra una pandemia y el Reglamento Sanitario Internacional.

23. Con el objetivo de facilitar el fortalecimiento de la capacidad de los países para detectar los virus de la gripe con potencial pandémico, la OPS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos elaboraron un protocolo genérico para la vigilancia de la gripe. Como complemento de un sistema

¹ A. M. Siston, S. A. Rasmussen, M. A. Honein, A. M. Fry, K. Seib, W. M. Callaghan, ... D. J. Jamieson. Pandemic 2009 Influenza A(H1N1) Virus Illness Among Pregnant Women in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 2010; 303 (15): 1517 DOI: 10.1001/jama.2010.479

² Este cálculo incluye datos de informes epidemiológicos semanales del 2009 de los siguientes países; Brasil, Canadá y Chile.

integrado de vigilancia virológica y epidemiológica, se reforzó la capacidad de los laboratorios de los países mediante la capacitación en técnicas de laboratorio, la provisión de reactivos e insumos, y la compra de equipos. En la mayor parte de los países de la Región, la capacitación se centró en las técnicas antigénicas que permitían la detección de siete virus respiratorios, incluido el de la gripe. En los últimos cinco años, estas iniciativas contribuyeron al establecimiento en Centroamérica de cinco nuevos Centros Nacionales de Influenza (CNI), como laboratorios reconocidos por la OMS con capacidad comprobada para detectar la presencia del virus de la gripe de manera segura y eficaz. Previamente, sólo existía en Centroamérica un Centro Nacional de Influenza en funcionamiento.

24. También se brindó apoyo a la creación de equipos de respuesta rápida para investigar la aparición de posibles brotes. Además de proporcionar herramientas para la investigación sobre el terreno, la capacitación incluyó la aplicación de estrategias eficaces para el control de las infecciones, el manejo seguro de las muestras clínicas, el manejo del estrés, y la gestión de las crisis y las muertes en gran escala. También se fortaleció la capacidad para la comunicación de situaciones de riesgo y brotes mediante la capacitación del personal superior a cargo de la comunicación, de las personas encargadas de establecer e influir en las políticas de comunicación, y de los responsables de la difusión de mensajes y comentarios dirigidos al público y a los medios de difusión.

Actualización

25. La aparición de la gripe pandémica en abril del 2009 provocó una demanda abrumadora de apoyo técnico directo por parte de los países. La pandemia obligó a desplazar el foco de atención de las actividades de preparación a las iniciativas de atenuación. La amenaza de una potencial pandemia causada por el virus de la gripe aviar A (H5N1), sumamente patógeno, había dado lugar a la formulación de planes nacionales de preparación contra una pandemia de gripe en la mayor parte de los países. La Región de las Américas era la única región de la OMS que no se había visto afectada por el virus H5N1 y, por ello, el proceso de preparación ante una eventual pandemia se había debilitado en muchos países, dada la percepción de que el riesgo era bajo. En los países que debieron responder a la pandemia de H1N1 se encontró que a menudo sus planes carecían de los detalles operativos necesarios para una ejecución eficaz. A pesar de esto, el proceso de preparación llevado a cabo en los años previos había servido para establecer el terreno apropiado para crear mecanismos de coordinación que reunieran a los interesados directos necesarios.

26. En respuesta al brote inicial, la OPS activó los mecanismos de alerta y respuesta con el despliegue de los equipos de respuesta rápida y la movilización del Centro de Operaciones de Emergencia en la Sede. El Centro de Operaciones de Emergencia sirvió como punto de contacto para la comunicación entre las áreas técnicas y los Ministerios de

Salud. En coordinación con la Red Mundial de Alerta y Respuesta de la OMS, la OPS movilizó comisiones intersectoriales en la mayor parte de los países. Estos equipos incluían a especialistas en vigilancia, diagnóstico de laboratorio, control de infecciones, respuesta ante emergencias y comunicación de riesgos. Ante la falta de medicamentos antivíricos y vacunas, los funcionarios de salud tuvieron que atender a comunidades que demandaban información rápida. La capacitación en materia de comunicación de riesgos permitió en muchos casos una mejor coordinación de los mensajes, con transparencia y mejor adecuación a las medidas de salud pública.

27. Se forzó al máximo la capacidad de los laboratorios nacionales de salud pública, dada la demanda para finalidades diagnósticas, que restó prioridad a las metas de vigilancia recomendadas en materia de salud pública. Aun así, los laboratorios proporcionaron resultados oportunos y exactos del número adicional de muestras que recibieron. La mayoría de los países estaban capacitados para detectar el virus de la gripe y otros virus respiratorios mediante técnicas antigénicas. La detección de nuevos virus sólo era posible mediante una técnica más compleja, la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (rt-PCR, por sus siglas en inglés), que aún no se había establecido en todos los países de la Región. Durante las cuatro primeras semanas del comienzo de la pandemia, la OPS coordinó la provisión de capacitación, compra de equipo, materiales y reactivos para realizar esta técnica. Se proporcionó equipos de PCR en tiempo real a países como Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Jamaica, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. La OPS también compró y distribuyó reactivos, equipos e insumos adicionales. Como resultado, actualmente todos los países de América Latina pueden diagnosticar el nuevo virus H1N1.³

28. El apoyo a la vigilancia epidemiológica incluyó la elaboración de protocolos nacionales basados en las recomendaciones de la OPS/OMS para mejorar la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas. Durante la pandemia, se observó una brecha y un retraso evidente en la notificación de la información epidemiológica generada por los países. Los logros alcanzados mediante la cooperación técnica en la ejecución de la vigilancia de la gripe no ocurrieron uniformemente durante la pandemia. Ahora que la pandemia ya ha cedido en el hemisferio sur, existe la oportunidad de fortalecer los sistemas de vigilancia centinela en todos los países.

29. La OPS, en colaboración con la Asociación Panamericana de Infectología, convocó a un grupo de expertos con el objeto de que formularan recomendaciones para el

³ Todos los Estados Miembros del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), excepto Jamaica, enviaron al CAREC muestras que presuntamente contenían el virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico para su confirmación mediante RCP en tiempo real.

tratamiento clínico del virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico en niños y adultos.⁴ Se vigilaron las características clínicas de los casos graves en estrecha comunicación con los especialistas de cada país, lo que permitió determinar rápidamente que tanto el embarazo como la obesidad constituían factores de riesgo de los cuadros graves de la enfermedad. Se prestó apoyo técnico a Argentina, Bolivia, El Salvador, Honduras, Perú, y Trinidad y Tabago para la revisión de los protocolos nacionales en materia de tratamiento clínico y control de la infección. Por medio de expertos en el campo, la OPS brindó orientación para el tratamiento clínico de los casos graves, los casos pediátricos y las medidas de control de la infección en Belice, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana. Conjuntamente con la Asociación Panamericana de Infectología, se convocó una reunión para analizar las enseñanzas extraídas sobre el tratamiento clínico en las unidades de cuidados intensivos (São Paulo, 26 de agosto del 2009). La OPS también colaboró con la sede de la OMS en el desarrollo de una consulta mundial sobre el tratamiento de los casos graves de gripe pandémica (H1N1) (Washington, D.C., del 14 al 16 de octubre del 2009).

30. De conformidad con el marco del Plan de Emergencia y mediante sus mecanismos de emergencia, la OPS pudo coordinar muchas de las donaciones y compras requeridas para que los Estados Miembros dieran respuesta a la pandemia de gripe por el virus A (H1N1). La OPS también garantizó que el almacén regional para emergencias del Depósito de Respuesta Humanitaria de las Naciones Unidas, ubicado en Panamá, recibiera oportunamente suministros de artículos médicos y no médicos para reponer sus reservas. Durante la fase aguda de la pandemia, se suministraron a los países más de 50.000 estuches de equipos de protección personal, y se distribuyeron aproximadamente 600.000 tratamientos de oseltamivir en los países, en la fase más aguda de la pandemia. Cabe destacar que la OPS, previamente al inicio de la pandemia y en colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), coordinó el suministro de estuches de equipos de protección personal en todos los países de las Américas. Como preparación ante una futura oleada de gripe por A (H1N1) y como parte del plan de preparativos de emergencia de la OPS, se han almacenado 300.000 tratamientos de oseltamivir en el depósito regional. También se ha fortalecido el Equipo de Respuesta Rápida mediante el adiestramiento para una respuesta intensiva sobre el terreno en temas de logística y gestión de crisis, de acuerdo con las recomendaciones en materia de respuesta sobre el terreno actualizadas recientemente.

31. Las campañas de vacunación contra la gripe pandémica ocasionada por el virus A (H1N1) han seguido principalmente las recomendaciones del grupo técnico asesor en materia de vacunaciones (TAG). Por ello, se han dirigido al personal sanitario, las embarazadas y las personas aquejadas de enfermedades crónicas. Estos grupos de

⁴ Se pueden consultar en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2163&Itemid=

población de riesgo fueron seleccionados con objeto de reducir la morbilidad grave y la mortalidad por la gripe pandémica, y disminuir su repercusión sobre los sistemas de salud. Hasta el 30 de julio del 2010, en los países de la Región de las Américas, incluidos los Estados Unidos, se han administrado 195.206.708 dosis, principalmente entre los grupos prioritarios.

32. Los países de América Latina y el Caribe planificaron la vacunación de aproximadamente siete millones de embarazadas; hasta el 30 de julio del 2010, se ha vacunado aproximadamente el 64% de esta población. La vacunación del 100% de las embarazadas destinatarias solo se ha llevado a cabo en un país. Actualmente, la cobertura vacunal de las embarazadas es la más reducida, en comparación con la de los otros grupos prioritarios, es decir, las personas aquejadas de enfermedades crónicas (76,9%) y el personal sanitario (más de 90%). Los países deben intensificar sus iniciativas de vacunación dirigidas a las embarazadas, de forma coordinada con las entidades científicas y la sociedad civil.

33. La OPS elaboró y publicó las diversas recomendaciones en su portal dedicado a la gripe,⁵ en español e inglés. Se inició, y se mantiene hasta la fecha, la publicación de un informe semanal de vigilancia de la pandemia en el que se describe su evolución en la Región. En ese portal, también se publica un boletín semanal de vacunación que incluye información sobre la vigilancia de acontecimientos adversos y la cobertura de la vacunación antigripal. La OPS también ha establecido la celebración de reuniones semanales virtuales con los Ministerios de Salud con el objeto de compartir las últimas informaciones y los últimos datos probatorios disponibles. La OPS puso a disposición de Canadá, Estados Unidos de América y México un sitio virtual seguro para que intercambiaban información. A fin de difundir conocimientos e información sobre el control de la infección, la OPS elaboró un curso virtual sobre el tratamiento clínico y el control de la infección dirigido al personal de los servicios de salud, que puede consultarse en el campus virtual de salud pública.

34. También se prestó apoyo a los países en la elaboración de mensajes apropiados y la evaluación de la eficacia de estos mensajes mediante estudios de los conocimientos, las actitudes y las prácticas. Sobre la base de la retroalimentación informal aportada por los países de la Región, estos resultados ayudaron a que los programas pudieran determinar si los mensajes contribuían al cumplimiento por parte del público del mantenimiento del distanciamiento físico en las relaciones sociales y otras medidas de salud pública, y si era necesario, pudieran hacer adaptaciones posteriormente.

⁵ Disponible en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=805&Itemid=569&lang=es.

35. Los países del continente americano sufrieron importantes pérdidas económicas como consecuencia de la pandemia. El gobierno de México, con el apoyo de la OPS y la Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL), llevó a cabo un estudio para calcular la repercusión económica de la primera oleada de gripe pandémica por el virus A (H1N1) y las subsiguientes medidas de control. Se calcularon unas pérdidas económicas de \$ 9.100 millones como consecuencia de la pandemia en México durante el año 2009. De esta cantidad, el 96% corresponden a pérdidas en la producción y venta de mercancías y servicios, y el 4% al incremento de los gastos sanitarios previstos. Las pérdidas económicas causadas por la pandemia en México representan el 1% del producto interno bruto del año anterior. Ello supondría que el costo de la pandemia es superior al de cualquier otro desastre de la historia reciente, incluido el terremoto de 1985 en la ciudad de México. Se está llevando a cabo otro estudio para cuantificar la repercusión de la segunda oleada de la pandemia en México.

36. A escala regional, en septiembre del 2009, la OPS convocó a todos los Estados Miembros para analizar la experiencia de los países, intercambiar las enseñanzas extraídas y analizar las dificultades que afectaban a la Región. Una vez superada la estación de mayor riesgo en el hemisferio sur, y con la llegada de la temporada de gripe al hemisferio norte, los países se centran en siete temas: la coordinación y la gestión, la vigilancia epidemiológica, el Reglamento Sanitario Internacional, la respuesta de los servicios de salud, la comunicación de riesgos, las medidas no farmacológicas y la vacunación.

37. Al mismo tiempo que mantiene sus iniciativas de apoyo para atenuar los efectos de la actual pandemia, la OPS seguirá fortaleciendo la estrategia de respuesta contra una pandemia. Es preciso mantener las actividades de cooperación técnica para seguir promoviendo estrategias integradas de fortalecimiento de la capacidad, herramientas de planificación y ejercicios de simulacro que incluyan la participación activa de los gobiernos a todos los niveles y su apropiación de estos temas.

38. El riesgo de aparición de nuevas amenazas epidémicas, incluido un nuevo virus gripal pandémico, se mantiene en el mismo nivel previo a la pandemia. La preparación ante una eventual pandemia, y el fortalecimiento de la vigilancia básica y las capacidades de respuesta deben seguir siendo prioritarios en los programas de salud pública. La pandemia gripal por el virus A (H1N1) en el 2009 ha servido como una puesta a prueba de la capacidad de respuesta a escala mundial, y esta experiencia se debe utilizar para seguir fortaleciendo dicha capacidad.