

10

LA INFLUENZA A (H1N1)

CUADERNOS
DEL DOCTORADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
INTERFACULTADES

FACULTAD DE CIENCIAS, FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS,
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE MEDICINA
Y FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LA INFLUENZA A (H1N1)

- LUIS JORGE HERNÁNDEZ F.
GUSTAVO ARISTIZÁBAL DUQUE
- CLAUDIA PATRICIA VACCA GONZÁLEZ
- CARLOS ALBERTO AGUDELO C.
- TARSICIO MORA GODOY

Bogotá, noviembre de 2009

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

La Influenza A (H1N1) / Luis Jorge Hernández F. ... [et al.]. – Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública, 2009
xxx p. : il. – (Cuadernos del doctorado; 10)

Incluye referencias bibliográficas

ISBN : 978-958-719-270-4

1. Salud pública – Colombia 2. Virus de la influenza A humana 3. Epidemias
4. Enfermedades transmisibles I. Hernández F., Luis Jorge

CDD-21 614.4 / 2009

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

Cuadernos del Doctorado No. 10

Debates en Salud Pública - Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública

Rector

Moisés Wasserman Lerner

Vicerrector Sede Bogotá

Julio Esteban Colmenares

Decano de la Facultad de Medicina

Carlos Julio Pacheco Consuegra

Decana Facultad de Odontología

Clemencia Rodríguez Gachamá

Decana Facultad de Enfermería

Evelyn María Vásquez Mendoza

Decano Facultad de Ciencias

Ignacio Mantilla Prada

Decana Facultad de Ciencias Humanas

Luz Teresa Gómez de Mantilla

Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Fernando De la Hoz

Comité Editorial

Ana Helena Puerto

Jorge Oswaldo González Ortiz

Fernando De la Hoz

Rafael Antonio Malagón Oviedo

Marcela Arrivillaga Quintero

Pablo Andrés Martínez Silva

Saúl Franco Agudelo

Primera Edición, noviembre 2009

ISBN: 978-958-719-270-4

Ciudad Universitaria Unidad Camilo Torres

Cra 50 No. 27- 70, módulo 2, oficina 501 PBX: 316 5000 extensiones 10908 - 10918. Fax 316 5683

Programa Interfacultades en Salud Pública

www.doctoradosaludp.unal.edu.co

E-mail : dosisp_bog@unal.edu.co

Impresión y encuadernación

National Graphics Ltda., noviembre 2009

Impreso en Colombia- Printed in Colombia

INTRODUCCIÓN

Después de 40 años el mundo de nuevo enfrenta una pandemia de influenza, la cual, en esta ocasión, ha sido precedida de grandes esfuerzos por establecer en todos los países sistemas adecuados de respuesta a este fenómeno. Tales esfuerzos han dado frutos parciales ya que los sistemas de vigilancia fueron capaces de detectar relativamente rápido la presencia del nuevo virus pandémico y el desenvolvimiento de la pandemia ha estado a la vista de toda persona que pueda tener acceso a los medios masivos de comunicación. La detección temprana de la pandemia también ha permitido que muchos países implementen respuestas a esta amenaza, la mayoría de las cuales se han caracterizado por el almacenamiento de medicamentos y el impulso al desarrollo de vacunas que puedan ser aplicadas masivamente o a grupos de riesgo antes del comienzo de una segunda onda a finales de 2009(1-3).

El saldo oficial de la pandemia en Colombia hasta el 22 de septiembre de 2009 era de 1500 personas infectadas y 82 muertes confirmadas por el virus. Por supuesto este dato solo representa una mínima proporción de la

verdadera extensión de la infección por el virus en Colombia. Si la letalidad del virus alrededor del mundo está en promedio en 1 por mil, Colombia debería haber diagnosticado entre 80 y 100.000 casos de infección por influenza pandémica, lo que muestra la profunda brecha existente en la capacidad de monitorear la expansión de la enfermedad en nuestro país(4).

En el presente número de los Cuadernos de Salud Pública se transcribe la esencia de un debate reciente convocado por el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional acerca del virus pandémico y la respuesta nacional a esta emergencia. En él se presentan diferentes puntos de vista críticos sobre las medidas tomadas por el Gobierno para proteger a la población, los cuales esperamos que apoyen el debate sobre la calidad y oportunidad de la respuesta y contribuyan al fortalecimiento de la misma con miras a enfrentar las futuras ondas epidémicas del virus A H1N1.

Fernando De la Hoz Restrepo. MD PhD
Coordinador Doctorado Interfacultades en Salud Pública.

Referencias

Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team, Dawood FS, Jain S, Finelli L, Shaw MW, Lindstrom S, et al. Emergence of a novel swine origin influenza A H1N1 virus in Humans. *N Engl J Med.* 2009;360:2605-15.

Centers for Disease Control and Prevention. Novel H1N1 vaccination recommendations. Fecha de consulta: agosto 17 de 2009. Disponible en: <<http://www.cdc.gov/h1n1flu/vaccination/acip.htm>>

Yamada T. Poverty, Wealth, and access to pandemic influenza vaccines. *N Engl J Med.* 2009. Fecha de consulta: agosto 17 de 2009. Disponible en: <<http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMp0906972>>

Ministerio de la Protección Social. Informe de prensa 1112 de 2009. Fecha de consulta: octubre 1 de 2009. Disponible en: <<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/News-Detail.asp?ID=18841&IDCompany=3>>

LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIRUS NUEVO DE INFLUENZA A (H1N1)

Luis Jorge Hernández F.
Médico Epidemiólogo, Candidato a Doctor en Salud Pública
Universidad Nacional de Colombia

Gustavo Aristizábal **Duque**
Médico pediatra neumólogo.
Grupo de ERA Secretaría Distrital de Salud.

Para todo epidemiólogo una estrategia clave en el abordaje de un brote epidémico o epidemia es tener una clara definición de caso, lo cual es clave para identificar especialmente las personas inicialmente afectadas y sobre todo sus contactos. Esta estrategia es fundamental para lo que se conoce como contención de la epidemia. Se pretende con una adecuada definición de caso:

1. Realizar la detección temprana e investigación de todos los casos y contactos para identificar la circulación de virus de Influenza A nuevo subtipo y evidenciar una posible transmisión sostenida de la enfermedad la cual se da cuando aparecen terceras generaciones de casos es decir persona en-

fermas con el nuevo virus cuyo único antecedente es ser contacto a su vez de contactos de casos confirmados.

2. Lograr una caracterización lo más clara posible de los primeros casos identificados en los brotes para identificar antecedente epidemiológico de viaje a zonas afectadas o de contacto con casos sospechosos o confirmados.
3. Realizar contención, es decir evitar que se propague la enfermedad cortando la cadena de transmisión. Existen tres formas eficaces de hacerlo: la primera, son las medidas de distancia social por ejemplo la cuarentena o aislamiento; la segunda, es el uso de equipos de protección personal por parte de los trabajadores de la salud y los contactos y la tercera, la administración de antiviral en contactos del caso probable o confirmado. La contención mediante uso de antivirales fue descartada por los cuestionamientos sobre su utilidad y alto costo.

Hacia finales del mes de abril de 2009 y ante el conocimiento del brote epidémico en México se estableció la siguiente definición de casos sospechosos. Se partía del conocimiento de que el período de incubación exacto del virus influenza A (H1N1) nuevo no era conocido pero se estimaba que variaba entre uno y siete días, con un promedio de uno a cuatro días:

“Persona de cualquier grupo de edad que presenta infección respiratoria aguda alta o baja acompañada de fiebre a 38°C y tos, con cuadro clínico de máximo de cinco días de evolución y que reporta alguno de los siguientes antecedentes:

- Historia de viaje en los siete días previos a países donde se han confirmado casos de influenza A (H1N1) por subtipo nuevo O.
- Contacto estrecho a un metro o menos de distancia con una persona que presenta IRA y con antecedente de viaje a países donde se han confirmado casos de influenza A (H1N1) por subtipo nuevo O.
- Caso de mortalidad por infección respiratoria aguda grave inusitada.

Una buena definición de caso sospechoso debe ser lo suficientemente sensible para detectar la mayor cantidad de casos posibles, pero al mismo tiempo tener especificidad para dar un límite a la entrada de casos. Una vez apareció el primer caso confirmado Influenza A (H1N1) se ajustó la definición de caso sospechoso y quedó así:

Persona con Infección Respiratoria Febril Aguda, y que reporta alguno de los siguientes antecedentes:

- Contacto estrecho en los siete días previos al iniciar sus síntomas, con un caso sintomático probable o confirmado.
- Historia de viaje en los siete días previos a países con transmisión sostenida de persona a persona, donde se han confirmado casos de Influenza A nuevo subtipo (H1N1).
- Alto riesgo ocupacional con probabilidad de contacto con personas infectadas.
- También, se considerará como caso sospechoso a toda persona con infección respiratoria aguda grave inusitada, viva o muerta.

Una dificultad en las anteriores definiciones fue precisar si la fiebre debería ser o no cuantificada por el paciente, de hecho algunos casos confirmados no habían presentado fiebre. Sin embargo se decidió que la fiebre era un signo y síntoma importante para influenza tipo A. También se definió el “Contacto Estrecho” como:

“Toda persona que ha cuidado, vivido o tenido contacto a menos de dos metros, con el caso probable o confirmado, o que ha estado compartiendo algún riesgo laboral, o ha tenido contacto directo con sus secreciones respiratorias o fluidos corporales o fómites contaminados”.

Se estableció también una estrategia de Visita de Campo que implicaba un desplazamiento del equipo de salud

a la residencia o sitio de hospitalización de la persona. Una dificultad para estas visitas era la necesidad de proteger al máximo al personal sanitario por el riesgo de transmisión directa de la enfermedad por lo que se definió una previsita telefónica y una visita presencial propiamente dicha. La previsita telefónica era un acercamiento inicial con el caso probable o confirmado para caracterizar la exposición y orientar a las personas. Así mismo, se realizaba indagación del estado clínico actual del caso probable y se hacía sensibilización en signos de alarma. Como medida de contención se buscó determinar la presencia de contactos sintomáticos y asintomáticos, se evaluó la posible presencia de clúster o conglomerados de casos, se reiteraron recomendaciones a seguir de aislamiento en casos y contactos y se calculó el número de contactos estrechos para disponer de insumos de aislamiento.

La visita presencial implicó la visita al hogar o vivienda y debía ser realizada máximo por tres personas e incluir médico o enfermera para la valoración de síntomas mediante anamnesis. No se realizó examen físico y se tomaban muestras de orofaringe a los contactos sintomáticos. También se realizó el familiograma y mapeo de contactos familiares, laborales, sociales y de vecinos. Las personas de salud debían emplear siempre las barreras protectoras completas, las cuales incluyen precauciones estándar y precauciones por contacto y aéreas o respiratorias.

Los casos sospechosos y contactos debían vigilarse por lo menos durante una semana enfatizando la medición de la temperatura dos veces al día y la búsqueda de sín-

tomas respiratorios; ante la aparición de estos, la persona debía informar telefónicamente al centro asistencial responsable del seguimiento el cual según la evolución clínica recomendaría aislamiento domiciliario u hospitalización. (Es obligatorio notificar previamente al personal de salud el antecedente de exposición a personas con Influenza).

Qué viene de nuevo en la vigilancia epidemiológica:

1. Consolidar la vigilancia de los IRAG inusitados (Infecciones respiratorias agudas graves):
 - Trabajador de salud u otra exposición laboral que desarrollan IRAG no explicada después de contacto estrecho con personas (vivas o muertas) con IRAG de origen incierto.
 - IRAG en adulto joven previamente sano.
 - Caso de IRAG en persona que ha viajado a áreas de circulación de virus de influenza por subtipo nuevo con capacidad demostrada de infectar a humanos
 - Defunción por IRAG de causa desconocida. La autopsia clínica es mandatoria en este caso.
 - Observar el incremento en el número de casos de IRAG esperados para la época.

- Todo caso que el profesional de salud perciba como un hecho inusitado o inusual

Se debe tener en cuenta que una IRAG inusitada no solo es por virus de la Influenza A subtipo H1N1, sino también por cualquier tipo de virus, bacteria u otro microorganismo.

2. Debido a que ya se han confirmado casos de Influenza A subtipo H1N1, en Colombia se debe realizar vigilancia activa de la circulación de virus nuevos a través de otras ventanas de observación tales como la subtipificación de submuestras de los casos centinela ESI-IRAG (Enfermedad Similar a la Influenza -Infección respiratoria Aguda Grave) así como submuestras de casos que cumplieron estrictamente la definición de casos sospechosos.
3. Continuar la vigilancia de casos sospechosos de influenza por virus nuevo ampliando la definición de caso al nexo de contacto con casos confirmados por sitio de residencia. Es decir la identificación de casos confirmados debe generar búsqueda activa de contactos según georreferenciación de residencia y ruta de desplazamientos de los casos. Estos contactos son familiares, laborales, compañeros de estudio y sociales (vecinos, amigos, etc.).
4. Realizar búsqueda activa de otros virus emergentes. No descuidar la vigilancia de la Influenza Aviar por subtipo H5N1.

5. Intensificar la vigilancia de la morbilidad atendida por enfermedad respiratoria aguda en clínicas y hospitales. Esto implica realizar análisis comparativos, series de tiempo y canales endémicos de consultas, egresos y complicaciones en todos los grupos de edad como mínimo de los dos últimos años.
6. Avanzar hacia una vigilancia tipo monitoreo crítico basada en comunidad, lo cual implica la realización de COVES (Comités de vigilancia epidemiológica) con participación de la comunidad identificando determinantes estructurales e intermedios, por ejemplo condiciones de pobreza y tipo de vivienda, que pueden favorecer la transmisión de enfermedad respiratoria.

Referencias

Instituto Nacional de Salud-Secretaría Distrital de Salud Bogotá, Protocolo de Vigilancia Epidemiológica Virus Nuevo- Documento de Trabajo. Abril-mayo de 2009.

OPS. Documentos Técnicos, Virus H1N1 mayo de 2009.

Secretaría Distrital de Salud, Plan Distrital de respuesta frente a pandemia de influenza año 2009.

LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD Y LA PANDEMIA DE INFLUENZA POR VIRUS NUEVO

Resumen elaborado por:
Luis Jorge Hernández F. y Gustavo Aristizábal Duque

En la Asamblea Mundial de la Salud realizada en la ciudad de Ginebra (Suiza) entre los días 18 y 22 de mayo de 2009 se presentó un resumen de lo avanzado por Colombia frente a la pandemia por virus de influenza subtipo H1N1. Se estableció que el país venía trabajando en el plan de preparación para pandemia por virus H5N1, con algunas dificultades en la operatividad del mismo. Ante la alerta mundial por el virus nuevo identificado, se dio una respuesta a nivel institucional tanto nacional, como local de manera coordinada con énfasis en los siguientes componentes:

- Definición de las líneas de mando para abordar un incidente en salud pública.
- Declaración de la situación de desastre nacional, para tomar las decisiones requeridas.

- Funcionamiento de un Puesto de Mando Unificado.
- Activación del Plan Nacional de Emergencias y de los grupos técnicos de trabajo.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles, incluyendo el fortalecimiento de la red nacional de laboratorios.
- Adecuación del marco normativo para la vigilancia y control sanitario en puertos, y activación de los comités respectivos en los principales puntos de tráfico internacional.
- Definición de una compra “ponderada” de antiviral e insumos para bioseguridad.
- Adecuación de las guías de comunicación, educación e información sobre prevención y signos de alarma de la influenza por virus nuevos dirigidos a la comunidad, y activación de un plan de comunicación social del riesgo.
- Generación de un informe oficial diario de alertas epidemiológicas, casos sospechosos, probables y confirmados.

Las conclusiones más relevantes de la Asamblea fueron:

- Las recomendaciones iniciales y las definiciones de las fase 4 y 5 correspondieron a la necesidad generada en el momento de su declaración.
- Se tendrá en cuenta una gran prudencia antes de definir la fase 6 de la pandemia. Serán considerados otros criterios como la virulencia y letalidad, además de la propagación geográfica.
- Se debe precisar para cada país lo que representa la fase declarada a nivel mundial. Las fases de la epidemia aplican para todos los países pero tienen especificidades nacionales.
- Se tendrá una estrategia de “ponderación y modulación”, en las recomendaciones periódicas, según el comportamiento del virus nuevo.
- Hay dudas sobre el nivel real de utilidad del Osetamivir y se debe estar atentos a las actualizaciones periódicas sobre este tema.
- Se lograron acuerdos básicos sobre el intercambio de virus gripales, y eventual acceso a las vacunas.
- Aún no es clara la opción de vacuna para el nuevo virus, pero se está trabajando arduamente al respecto.

- Se debe tener cuidado en las eventuales recomendaciones de “establecer reservas de antiviral y vacuna para el virus nuevo”, con relación a otras necesidades y prioridades de mayor impacto en salud pública, para los países en desarrollo.
- Todavía no es posible disponer de unas conclusiones seguras en cuanto a la tendencia y proyección epidemiológica de la pandemia por virus nuevo.
- Se debe priorizar las estrategias más relevantes para mitigar el impacto de la pandemia por virus nuevo de la influenza A (H1N1) frente a “los intereses comerciales de productores de medicamentos y otros insumos para atención de esta situación”.
- Se debe aprovechar la coyuntura, para “definir e implementar acciones adecuadas y equivalentes”, para los riesgos generados por la influenza estacional y otros problemas de prioridad en países en desarrollo, como malnutrición, malaria, SIDA, tuberculosis, entre otros.
- Se deben generar “adecuadas estrategias de investigación, para la prevención, seguimiento e intervención de las diferentes causas de Infección Respiratoria Aguda”, en países de mayor vulnerabilidad, buscando el apoyo solidario de los países desarrollados.

- Los países afectados necesitan hacer rápida y masivamente pruebas de laboratorio para detectar su presencia y seguir sus trazabilidades.
- No es claro cuánto tiempo puede prolongarse esta situación, lo cual dependerá de la evolución en la circulación del virus, las capacidades y los riesgos de cada país, incluso de las zonas afectadas dentro de cada territorio.
- Es preciso vigilar atentamente el comportamiento del virus A (H1N1) durante la temporada de invierno en el hemisferio sur, lo cual brinda al virus, oportunidad de intercambiar su material genético de forma impredecible.
- En los países donde el virus A (H1N1) se haya generalizado en la población, cabe prever que crecerá el número de infecciones graves y mortales.
- Los países con poblaciones más vulnerables, tendrán más casos graves.
- La situación con virus aviar H5N1, tal como insistió la delegación de Egipto, sigue siendo una gran amenaza.

LA INFLUENZA A (H1N1): SALDOS Y LECCIONES PARA LA SALUD PÚBLICA. REFLEXIONES “FARMACOEPIDEMIOLÓGICAS”

Claudia Patricia Vacca González
*Docente Departamento de Farmacia
Coordinadora Grupo de investigación
Red para el uso Adecuado de Medicamentos (RAM).*

Esta conferencia fue preparada con base en el material desarrollado colectivamente por el Centro de Información de Medicamentos de la Universidad Nacional de Colombia (CIMUN), en la solución de dudas sobre influenza.

El CIMUN hace parte de las actividades docente asistenciales y de investigación del grupo RAM. El grupo se desempeña en el área de la farmacoepidemiología, entendida esta como la ampliación de la perspectiva del uso de los medicamentos, incorporando un análisis de los efectos sociales, económicos y culturales, además de la mirada clínico-farmacológica clásica.

Las reflexiones “farmacoepidemiológicas” respecto a la influenza A (H1N1) se presentan alrededor de tres títulos:

1. La *información independiente* y el análisis crítico de la evidencia: manejo farmacológico de la influenza A (H1N1).
2. Epidemiología de la información vs. epidemia de (des) información.
3. La transparencia de las decisiones públicas: equilibrio en la protección social vs. privilegio privado.

1. La información independiente y el análisis crítico de la evidencia: manejo farmacológico de la influenza A (H1N1).

Se debe aclarar que se habla de *información independiente* y *análisis crítico* de la evidencia, pues gran parte de la producción científica en los temas clínico-farmacológicos es formulada, diseñada y divulgada por quienes tienen un interés establecido en la comercialización de una intervención, por lo cual se necesita una lectura rigurosa que reduzca los sesgos introducidos por dicho interés, con el fin de dimensionar la utilidad de la intervención en el contexto en que será utilizada.

El porcentaje de investigación contratada por la industria creció de 40 a 80 por ciento durante los años noventa, facilitando la influencia de patrocinadores sobre

las decisiones de diseño y publicación de los estudios¹. Aunque la mayor parte de la investigación clínica se lleva a cabo bajo estándares muy altos de objetividad, muchos trabajos señalan que cuando la industria auspicia un estudio influye en los resultados de los ensayos clínicos y de los estudios farmacoeconómicos. Revisiones sistemáticas recientes documentan este tipo de influencia en los resultados de ensayos clínicos^{2,3,4,5}.

Estas circunstancias hacen necesaria la disponibilidad de información balanceada, comparativa y correspondiente al contexto para ser tomada como herramienta de decisión⁶ y a través de fuentes de información independientes y de fácil acceso.

La Internacional Society of Drug Bulletins, ISDB, es una red mundial de revistas y boletines sobre fármacos y terapéutica en varios idiomas, que son financiera e intelectualmente independientes de la industria farmacéutica. Los boletines independientes de medicamentos

-
- 1 Acción Internacional por la Salud, AIS – Nicaragua, Sobreviviendo a la avalancha de información médica. Boletín No. 36, marzo de 2008.
 - 2 Beckelman, JE et al. Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289(4):454-65.
 - 3 Lexchin J, et al. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *British Medical Journal*. 2003; 326:1167-1170.
 - 4 Als-Nielsen B, et al. Association of Funding and Conclusions in Randomized Drug Trials *Journal of the American Medical Association* 2003; 290:921-928.
 - 5 Ridker PM et al. Reported Outcomes in Major Cardiovascular Clinical Trials Funded by For-Profit and Not-for-Profit Organizations: 2000-2005 *Journal of the American Medical Association* 2006, 295(19):2270.
 - 6 Acción Internacional por la Salud, AIS – Nicaragua, sobreviviendo a la avalancha de información médica Boletín No. 36, 37 y 38. Marzo a noviembre de 2008.

afiliados a la ISBD pueden ser una importante fuente de información no comercial, sin intereses en la promoción de un tipo particular de tratamiento médico, sino con el objetivo de optimizar los tratamientos desde la perspectiva del paciente y de la sociedad⁷.

El boletín del CIMUN hace parte de la ISDB y la información producida utiliza en gran medida como fuente otros boletines asociados, además de fuentes primarias reconocidas⁸.

El manejo farmacológico para la gripa A (H1N1) y sus beneficios incluye tanto el control de síntomas (fiebre y tos), como el control de la propagación del virus y las complicaciones de la infección.

Para el control de síntomas, se ha establecido la importancia de mantenerse hidratado, aunque no existe evidencia que sugiera un mejor desenlace del consumo elevado de líquidos.

La fiebre, sin embargo, es un síntoma común que, particularmente en niños, es necesario tratar preferiblemente con medidas físicas: compresas de agua fría, consumo de cubos de hielo o helado. Si la fiebre no se controla con medidas físicas y existe dolor muscular, el analgésico de elección es el Acetaminofén⁹. Es importante anotar que no se deben sobrepasar cuatro tomas diarias

7 Ver lista de boletines afiliados a ISDB en la página <www.isdbweb.org>

8 Ver sección ¿Sabía usted que? Disponible en <www.cimun.unal.edu.co>

9 Hay A, Redmond N, Fletcher M Antipyretic drugs for children BMJ 2006; 333: 4-5.

y que no se recomienda combinar con otros anti-inflamatorios no esteroides, especialmente el ibuprofeno por el aumento del riesgo de nefrotoxicidad. La evidencia es contundente en establecer que en ningún caso de fiebre en niños debe usarse aspirina¹⁰.

Así mismo, aunque los antigripales se usan comúnmente aún sin prescripción, se debe tener precaución con el abuso de los mismos, en especial en personas con enfermedades cardiovasculares o glaucoma. Es de resaltar que los antigripales en presentación pediátrica han sido retirados del mercado nacional y mundial por el riesgo de muerte súbita¹¹.

Sin embargo, la evidencia disponible es de más difícil interpretación en relación con el uso de antivirales para el control, propagación y disminución de complicaciones.

Se ha encontrado que el virus A (H1N1) es resistente a dos antivirales clásicos, amantadina y rimantadina, pero sensible a los inhibidores de neuraminidasa -Oseltamivir y zanamivir¹².

10 Nicholls, G. Keep it simple. Respuesta al artículo Hay et al. BMJ 2006; 333: 4-5. Julio 7 de 2006. Disponible en: <<http://www.bmj.com/cgi/eletters/333/7557/4#137209>>. Fecha de consulta mayo 5 de 2009.

11 FDA Statement Following CHPA's Announcement on Nonprescription Over-the-Counter Cough and Cold Medicines in Children. Food and Drug Administration – FDA 2008 Oct 08 [citado el 31 de marzo de 2009]; [1pantalla]. Disponible en: <<http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2008/NEW01899.html>>

12 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Casos de Influenza por un nuevo subtipo: Informe Regional. Actualización: abril 26 de 2009.

En el tratamiento de la gripe estacional, la eficacia de Oseltamivir (Tamiflu®) y zanamivir (Relenza®) es modesta. Si se administran durante las primeras 48 horas, reducen la duración de los síntomas aproximadamente un día y pueden reducir ligeramente las complicaciones en personas con riesgo¹³. No obstante, la eficacia clínica de los inhibidores de la neuraminidasa es sustancialmente desconocida, tanto para la prevención como para el tratamiento¹⁴.

En la profilaxis post-exposición se ha descrito que el Oseltamivir tiene un efecto preventivo en un 85 por ciento de los tratados. Es decir, por cada 100 personas expuestas al virus (por contacto con alguien que tiene la infección) tratados con el medicamento, 85 no contraerían la influenza¹⁵.

En niños de entre uno y doce años, un ensayo de profilaxis post-exposición, mostró una eficacia protectora del Oseltamivir del 64 por ciento. Mientras que en un metanálisis de dos estudios realizados en adultos sanos (n= 1039) se obtuvo un riesgo relativo de desarrollar infección por influenza sintomática confirmada por la-

13 NICE technology appraisal guidance 168 Amantadine, oseltamivir and zanamivir for the treatment of influenza (review of NICE technology appraisal guidance 58), febrero de 2009 [citado 26 Abril 2009]. Disponible en: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA168fullguidance.pdf>>

14 CDC citado en Butll Groc 2006; 19:1-4.

15 NICE technology appraisal guidance 158 Oseltamivir, amantadine and zanamivir for the prophylaxis of influenza (including a review of NICE technology appraisal guidance 67), Septiembre de 2008 [citado 26 Abril 2009]. Disponible en: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA158Guidance.pdf>>

boratorio de 0,27 (IC 95% 0,09 A 0,83), es decir una reducción de 73 por ciento.

Ahora bien, la eficacia de Oseltamivir es moderada si se considera la relevancia epidemiológica del tratamiento en función de la reducción del uso de antibióticos, como indicador indirecto de reducción de neumonías bacterianas secundarias, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y muerte por infecciones con influenza.

Un metanálisis que reunió 16 ensayos clínicos encontró que el uso de Oseltamivir en casos de influenza estacional, reduce la necesidad de uso de antibióticos frente placebo en 38 por ciento OR 0,62 (IC 95% 0,46 a 0,83) y redujo el tiempo medio de alivio de los síntomas en 0,68 días (IC 95% 0,41 a 0,95). Considerando que los síntomas de la enfermedad duran de cinco a siete días, la terapia no produce una reducción importante (alrededor de 16 horas). En general, Oseltamivir redujo el tiempo promedio de alivio de fiebre en 18,7 horas en un estudio (IC 95% 9,70 A 27,8, n= 1177) y 24,4 horas (IC 95% 17,2 a 31,6, n=1720), en otro¹⁶.

De otro lado, la toxicidad del fármaco incluye efectos adversos como síntomas gastrointestinales, bronquitis y tos, mareo y fatiga y síntomas neurológicos como dolor de cabeza, insomnio y vértigo. Se han presentado casos de rash cutáneo y reacciones alérgicas y, rara vez, desórdenes del sistema hepatobiliar. Convulsiones y eventos psiquiátricos, principalmente en niños y ado-

16 NICE 2009 op cit.

lescentes, han sido notificados también, aunque no se ha establecido una relación entre el fármaco y el evento adverso¹⁷.

Preocupa mucho la aparición de resistencias a los antivíricos. En Estados Unidos, la mayoría de los virus de la gripe de esta temporada han desarrollado resistencia al Oseltamivir (99% de las cepas). También se ha notificado resistencia en Europa¹⁸. Al respecto se ha sugerido la combinación de terapias que reduzcan el riesgo de resistencias, considerando el comportamiento epidemiológico geográfico de la enfermedad, mediante simulaciones matemáticas¹⁹.

En resumen, ¿a quién tratar?

El Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) prioriza el tratamiento con antivíricos de los casos confirmados o altamente sospechosos que están hospitalizados y de los que tienen alto riesgo de complicaciones de la infección. Para la profilaxis, también se priorizan los contactos próximos de estos casos, con alto riesgo de complicaciones²⁰.

17 Butll Farmacovigilància Catalunya 2007; 5:13-15.

18 World Health Organization Influenza A (H1N1) virus resistance to oseltamivir - 2008/2009 influenza season, northern hemisphere 18 March 2009 Disponible en: <www.who.int/csr/disease/influenza/H1N120081230.pdf>. Fecha de consulta mayo 5 de 2009.

19 Wu JT¹*, Leung GM¹, Lipsitch M², Cooper BS. 3, Riley S. "Hedging against Antiviral Resistance during the Next Influenza Pandemic Using Small Stockpiles of an Alternative Chemotherapy". PLoS Medicine. Issue 5. Volume 6. May 2009. Disponible en: <<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000085>>. consultada el 19 de mayo de 2009.

20 Bull groc 2009 op. cit.

Considerando la moderada utilidad en la reducción del tiempo de los síntomas (de solo un día), la duración de la fiebre (algunas horas) y teniendo en cuenta que son pocos los casos de infección por influenza que pueden complicarse y llegar a neumonía; el manejo farmacológico propuesto en Colombia se presenta en las imágenes 1 y 2²¹.

Imagen 1.

Manejo antiviral con (oseltamivir) para infección por influenza AH1N1.

MANEJO TERAPÉUTICO

Las indicaciones para uso de antivirales en casos sospechosos en adultos incluyen cualquiera de los siguientes, de acuerdo en criterios médicos (ver cuadro de dosificaciones):

- . Pacientes con progresión rápida de su enfermedad
- . Paciente previamente sano con criterio de hospitalización en UCI
- . Paciente con diagnóstico clínico y radiográfico de neumonía que requiera hospitalización en segundo o tercer nivel
- . Trabajador de salud con enfermedad similar a influenza con exposición a casos sospechosos probables o confirmados
- . Gestante en 2° y 3° trimestre
- . EPOC o patología pulmonar previa que requiera hospitalización en segundo o tercer nivel
- . Falla cardíaca o patología cardíaca previa que requiera hospitalización en segundo o tercer nivel
- . Terapia inmunosupresora, trasplante o sida

Las indicaciones para uso de antivirales en casos sospechosos pediátricos incluyen cualquiera de los siguientes, de acuerdo con criterios médicos:

- . Paciente con progresión rápida de su enfermedad
- . Paciente previamente sano con criterio de hospitalización en UCIP
- . Paciente con diagnóstico clínico y radiográfico de neumonía que requiera hospitalización en segundo o tercer nivel.

- . Pacientes que tienen alto riesgo de presentar influenza severa y complicada:
 - . Enfermedad pulmonar crónica que requiera hospitalización en segundo o tercer nivel
 - . Cardiopatía congénita compleja que requiera hospitalización en segundo o tercer nivel
 - . IRC que requiera hospitalización
 - . Inmunosuprimidos, transplantados e infección por VIH
- . Pacientes con circunstancias sociales, personales, o familiares en quienes la enfermedad implica un riesgo alto para el paciente o su entorno (Ejemplos: pacientes en albergues e instituciones de bienestar, beneficiarios de alojamientos temporales).

El tratamiento debe iniciarse en las primera 48 horas de aparición de los síntomas y continuarse 24 a 48 horas después de su resolución (máxima duración de la terapia 5 a 7 días), salvo en los casos de UCI donde debe analizarse la situación de casa caso en particular para evaluar su justificación, a la luz de los avances que se estén logrando sobre su utilidad por las entidades internacionales de salud.

PROFILAXIS

Las indicaciones para uso de antivirales en casos sospechosos adultos incluyen:

- . Trabajador de la salud con contacto de alto riesgo (ver cuadro de dosificación)

Nota: Para los siguientes grupos poblacionales se recomienda tratamiento si sólo si son casos sospechosos:

- . Mujer en 2° y 3° trimestre de embarazo
- . Paciente inmunosuprimidos, trasplantados con VIH

21 Ministerio de la Protección Social. Colombia Guía y estudio y manejo de casos y sus contactos para enfermedad similar a influenza, incluyendo diagnóstico, manejo clínico y terapéutico. Mayo 1 de 2009.

Imagen 2. Otras medidas farmacológicas

¿Qué medicamento no se debe administrar?

El siguiente medicamento *esta contraindicado*

Aspirina en menores de 18 años

Manejo antibiótico

El manejo antibiótico recomendado se realizará en los siguientes pacientes adultos o pediátricos que presentan:

- Diagnóstico sindromático de neumonía (taquicardia, taquipnea, estertores localizados, y en niños retracciones, con compromiso radiográfico lobar o multilobar).
- Pacientes con mejoría de episodio febril respiratorio inicial que presenten complicación (nuevo episodio de síntomas y hallazgos sugestivos de neumonía).
- En adultos y niños que no hayan recibido previamente antibióticos se administrará Ampicilina/sulbactam. Se realiza tratamiento dirigido de acuerdo con identificación microbiológica
- En pacientes con uso previo de antibióticos el uso se hará de acuerdo con la epidemiología local de la infecciones respiratorias no socomiales . se realizará tratamiento dirigido de acuerdo con identificación microbiológico.

Anexo Dosificaciones

	Adultos	Niños
Acetaminofén	500 mgrs. Cada 6 hrs. (máximo 4g/día)	Solo con fiebre (temperatura mayor a 38,3 C) 10-15 mg/K por dosis hasta cada 6 horas
Oseltamivir (terapéutico)	75 mg 2 veces al día por 5 días	Menores de 13 años .30 mg 2 veces al día para < 15 Kg.. . 45 mg 2 veces al día para > 15- 23 Kg. . 60mg 2 veces al día para >23- 40 Kg. . 75mg 2 veces al día para >40Kg. Menores de 1 años . 12 mg 2 veces al día para < 3 meses . 20 mg 2 veces al día para 3- 5meses . 25mg 2 veces al día para 6- 11 meses
Oseltamivir (profiláctico)	75 mg una vez al día por 7 días	Menores de 13 años . 30 mg una vez al día para < 15 Kg.. . 45 mg una vez al día para > 15- 23 Kg. . 60mg una vez al día para >23- 40 Kg. . 75mg unavez al día para >40Kg.
Ampicilina/sulbactam	1,5 IV cada 6 hrs.	200- 300mg/K/día dividido en 4 dosis (cada 6 horas)

Tomado de Guía y estudio y manejo de casos y sus contactos para enfermedad similar a influenza, incluyendo diagnóstico, manejo clínico y terapéutico. Ministerio de la Protección Social. Colombia, mayo 1 de 2009.

Adicionalmente, deben considerarse otras intervenciones para frenar o reducir la propagación de virus respiratorios²²:

- La propagación de virus respiratorios puede prevenirse con medidas higiénicas.
- El empleo de barreras contra la transmisión (tapabocas), el aislamiento y las medidas higiénicas podrían ser eficaces para contener las epidemias de virus respiratorios.
- Las pruebas sobre la superioridad de las máscaras N95 (que son más incómodas y caras) sobre las simples fueron limitadas. Es incierto el beneficio de agregar viricidas o antisépticos al lavado de manos normal.
- No existe vacuna para esta enfermedad y actualmente se encuentra en investigación, aunque puede tomar varios meses para llegar al público²³.

22 Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Hewak B, Prabhala A, Nair S, Rivetti A. Intervenciones para frenar o reducir la propagación de virus respiratorios (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 No. 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de agosto de 2007.

23 NICE technology appraisal guidance 158 Oseltamivir, amantadine and zanamivir for the prophylaxis of influenza (including a review of NICE technology appraisal guidance 67), Septiembre de 2008 [citado 26 Abril 2009]. Disponible en: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA158Guidance.pdf>> Disponible en <www.cochrane.org>

2.Epidemiología de la información o epidemia de (des) información.

La percepción y relevancia de la epidemia podría estar determinada en gran medida por el grado de conectividad del mundo globalizado.

Los medios de comunicación masivos han jugado un rol determinante en la construcción de dicha percepción y, aunque las estrategias de prevención y cuidado pueden a su vez hacerse más disponibles, también es cierto que el volumen de información producida en torno a la enfermedad es de tal magnitud que podría producir el efecto contrario al esperado, desinformando o *"intoxicando"* a la población.

Es ilustrativo el ejercicio de búsqueda en el motor Google, usando las palabras claves: gripa porcina, que arroja un total de 83.916 contactos y un total de 13.429 contactos, si se restringe al mes de mayo de 2009.

Se han producido más de 17 documentos oficiales OPS/OMS y se encuentra disponible un número igual de revisiones Cochrane relacionadas con acceso libre a textos completos, diapositivas con información esencial y Podcast (archivos de voz en mp3)²⁴.

Sin embargo, es escasa y de poco acceso la información producida por medios de comunicación alternativos y comunitarios, el impacto y funcionalidad de redes sociales y la producción de información independiente.

24 Disponible en <www.cochrane.org>

En el contexto de la globalización, el uso y visibilidad de este tipo de información aportaría elementos adicionales al conocimiento de la epidemia y las capacidades de vigilancia epidemiológica e intervenciones novedosas para su prevención y tratamiento.

Mientras tanto, sería interesante conocer el impacto de la información si todos los actores reforzaran *mensajes claves*, soportados en la evidencia. Por ejemplo:

- La transmisión del virus es de persona a persona y puede expandirse rápidamente. Se sugiere el seguimiento de medidas higiénico sanitarias básicas (lavado de manos y cubrimiento de boca y nariz) para reducir la transmisión.
- Los síntomas son manejables como en todo cuadro gripal, pues solo una baja proporción puede complicarse a cuadros de mayor complejidad, como neumonía, por lo que es importante considerar cuidado especial en población de riesgo (ancianos, niños o personas con enfermedades respiratorias o inmunosuprimidas).
- El uso de antivirales solo tiene sentido si la presencia del virus se diagnostica en la primera fase (dos primeros días luego de aparición de los síntomas), para evitar la propagación.
- Solo deben tratarse los casos confirmados y los considerados sospechosos (quienes hayan entrado en contacto con el caso confirmado).

- No es necesario vacunarse contra la influenza porque dicha vacuna NO cubre las variedades de virus de la gripe AH1N1. Existen contactos concretos para resolver dudas, por ejemplo en www.cimun.unal.edu.co y en los teléfonos 337 1724 y 316 5000 extensión 14623.

3. La transparencia de las decisiones públicas: búsqueda de equilibrio en la protección social vs. privilegio privado.

De los efectos financieros de la epidemia y del uso de fármacos en su control, pueden dar cuenta las estrategias de compra y disponibilidad de Antivirales en el país y la región.

La OPS recomendó calcular las necesidades de Osetamivir en un rango entre el uno y el cinco por ciento de la población total. Este cálculo de necesidades es válido siempre y cuando no haya mayor virulencia que la presentada en la actualidad por el virus *Influenza A (H1N1)* y el medicamento sea usado de acuerdo con las recomendaciones de las guías internacionales.

Con estos estimativos, el cálculo más conservador sugiere la disponibilidad de 120 tratamientos /10000 habitantes. Sin embargo, los criterios detallados para la definición de esta cifra no están completamente claros²⁵.

25 Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de OPS/OMS para orientar la planificación de necesidades y manejo de inventarios de medicamentos antivirales (Osetamivir). 2009. Disponible en <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1364&Itemid=1178>. Consultada junio 8 de 2009

Establecida esta necesidad, la decisión de asignación de recursos en Colombia se fundamentó en la declaración de catástrofe nacional, que le permitía al Gobierno disponer de \$15.000'000.000 (cerca de 6'400.000 USD).

En 2006 el Instituto Nacional de Salud compró a laboratorios Roche 26.041 tratamientos de tamiflu® (10 cápsulas de Oseltamivir de 75 mg) a 16 USD/ tratamiento (\$38.400), para un monto total de compra de 416.656 USD.

En abril de 2009 el Ministerio de la Protección Social, MPS, compró a Roche 400.000 tratamientos adicionales al mismo precio, que equivale prácticamente al total de la apropiación presupuestal soportada en declaratoria de catástrofe nacional²⁶.

El MPS exploró la posibilidad de compra de Oseltamivir a otros proveedores internacionales, pero su disponibilidad inmediata en el país no era posible. Sin embargo llama la atención que los precios en poco se diferenciaban del ofrecido por Laboratorios Roche. El proveedor Hetero ofreció a 10 USD el tratamiento, mientras Rambaxi a 14 USD.

Este comportamiento en los precios, conocido como efecto murciélago, ilustra la fuerza de las condiciones

26 Información divulgada por OBSERVAMED, Federación Médica Colombiana, disponible en <http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/ReformaSistemaSalud/Litigios/MPS_Respuesta_Derecho_de_PeticionMay09.jpg>. Consultada junio 8 de 2009.

de monopolio frente a la debilidad de la demanda y refleja las características especiales del mercado farmacéutico; que justifica la necesidad de regulación, especialmente en el contexto de la epidemia y las necesidades de salud pública.

Es de resaltar que, frente a la existencia de un único proveedor, INVIMA otorgó registro sanitario a Procaps para Tazamir, con el fin de ampliar el espectro de competencia del producto en el mercado; decisión que puede resultar inocua sin una decidida regulación. El antiviral Zanamivir (Relenza®) de GlaxoSmithKline, posible coadyuvante del tratamiento, no ha sido registrado en el país.

De otro lado, el potencial uso inadecuado de antivirales, puede contenerse por la exclusividad de la compra y distribución de Oseltamivir en el país por parte del MPS. Convendría realizar seguimiento y vigilancia a los canales no oficiales de comercialización y a la compra por Internet, dado el efecto psicológico de la alerta por la diseminación de la enfermedad y la declaración de catástrofe nacional.

Con este panorama, hubiera sido deseable que las decisiones del Ministerio de la Protección Social, en relación con la compra de antivirales, incorporaran otros actores o se soportaran en consultas que tomaran en consideración el alto riesgo de privilegio privado y la búsqueda de equilibrio en la protección social, dado el volumen de recursos invertidos y el interés público de la decisión.

4. Las lecciones

- Aunque el MPS siguió en general la evidencia disponible, no se establecieron de forma explícita las limitaciones de la misma.
- Frente a la avalancha de información y el nivel de alarma y preocupación, fue débil la estrategia de comunicación de MENSAJES CLAVES para la población y la protección de la salud pública.
- En gran medida, la alerta y percepción de la epidemia pudo ser función de la presencia y responsabilidad de los medios masivos de comunicación con muy bajo cubrimiento y visibilidad de medios comunitarios, alternativos e independientes.
- El estimado oficial de compra de tratamientos del Ministerio fue conservador. Sin embargo, en medio de la declaración de catástrofe nacional, diferentes actores podrían haberse consultado en las decisiones de compra, analizando el costo de oportunidad y el alto riesgo de privilegio privado.
- En la búsqueda del equilibrio de las decisiones públicas debería realizarse un seguimiento y regulación al precio de Oseltamivir y la promoción de mayor oferta de antivirales en el mercado nacional.

APROXIMACIÓN ANALÍTICA A LAS POLÍTICAS DE CONTROL Y MANEJO DE LA EPIDEMIA OCASIONADA POR LA INFLUENZA A (H 1N1)

Carlos Alberto Agudelo C.
Director
Instituto de Salud Pública
Observatorio en Salud

Para los fines de una evaluación rápida, la aproximación analítica a las políticas de control de la nueva epidemia de Influenza en Colombia se llevó a cabo por medio de dos criterios:

- Desarrollo de la capacidad de respuesta
- Organización y estructura de la respuesta nacional (estatal)

Para dar cuenta de estos criterios, se examinaron los siguientes campos:

- Antecedentes y oportunidad
- Grado de preparación (planeación y coordinación, vigilancia, intervención en salud pública, respuesta del sistema de salud, preservación de servicios esenciales, comunicación y capacidad operativa)
- Respuesta científico técnica en acciones de control y contención
- Orientación y dirección estratégica
- Fortaleza pública-estatal y Rectoría
- Articulación de instancias públicas, estatales y el sector privado.

Los métodos centrales utilizados se concentraron como se indica a continuación:

- Descripción situacional o modelo epidémico
- Valoración política de la respuesta nacional
- Revisión documental
- Análisis comparado retrospectivo (América Latina y Europa)
- Aplicación de estándares (Lista de chequeo OMS) por medio de entrevista telefónica.

RESULTADOS

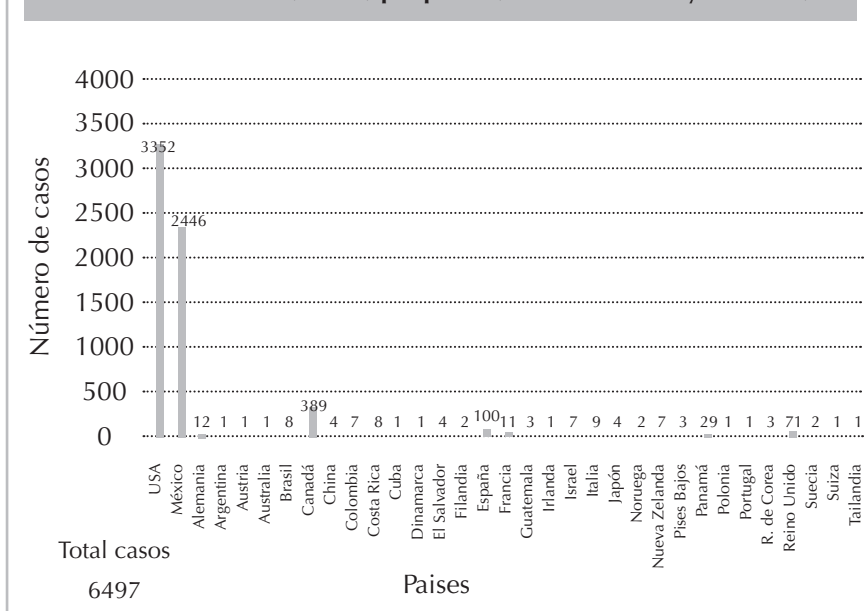
Modelo epidémico

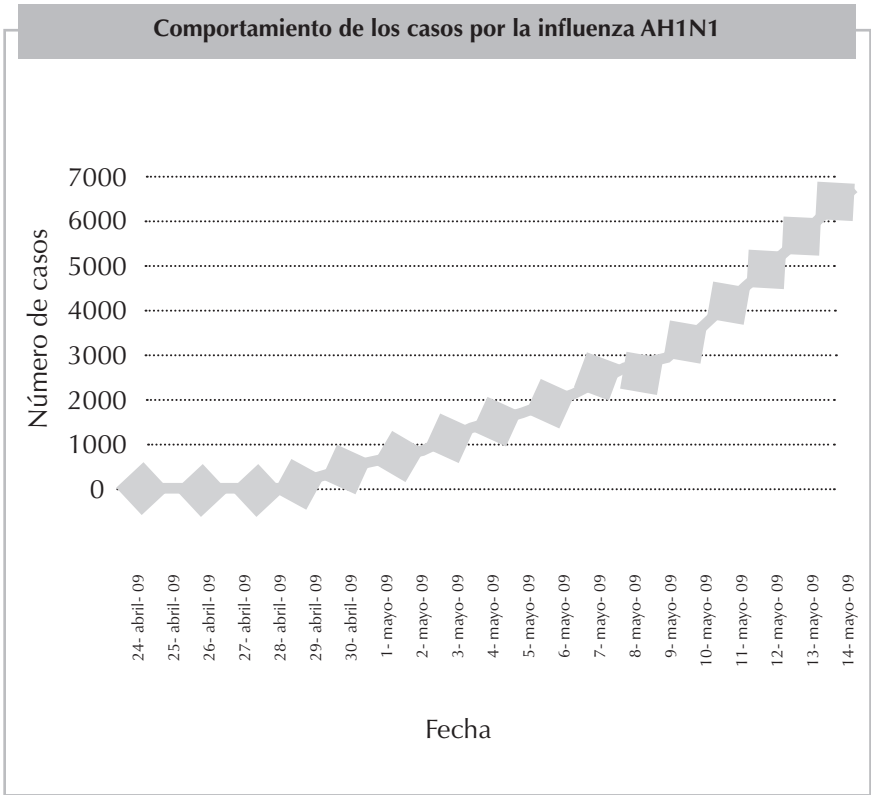
En el ámbito internacional, la epidemia se ha extendido a numerosos países de manera relativamente rápida, y se ha acumulado un número creciente de casos positivos, como se indica en las figuras.

En el ámbito nacional, hasta el actual momento:

- Es una epidemia de casos importados y unos pocos casos autóctonos
- Se ha dado prioridad a la prevención y contención.
- La política se ha concentrado en organismos directores y rectores y, en las medidas de orden general.

Casos de Influenza A(H1N1) por países (24 de abril-14 mayo de 2009)





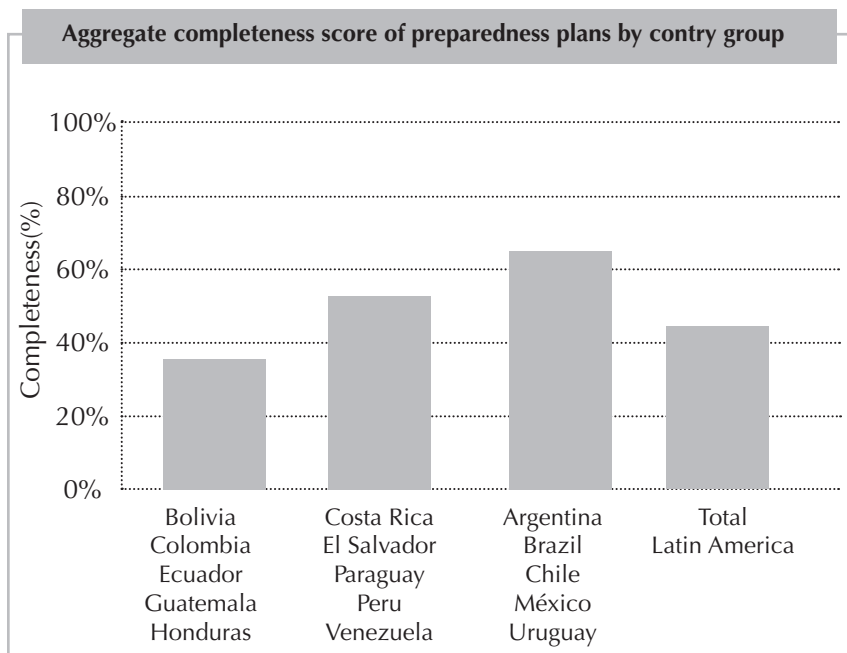
La comparación de la dinámica real con la que resulta de los modelos epidémicos teóricos y típicos y, el análisis del proceso real, sugieren que se trata de un agente viral de baja virulencia y controlable en las fases iniciales con medidas primarias. En Colombia, la epidemia se mantiene en Fase 3 y toca Fase 4 de manera aún aislada. Pero, sin duda, se trata de un agente inestable, de un alto riesgo potencial.

Respuesta nacional en términos de políticas

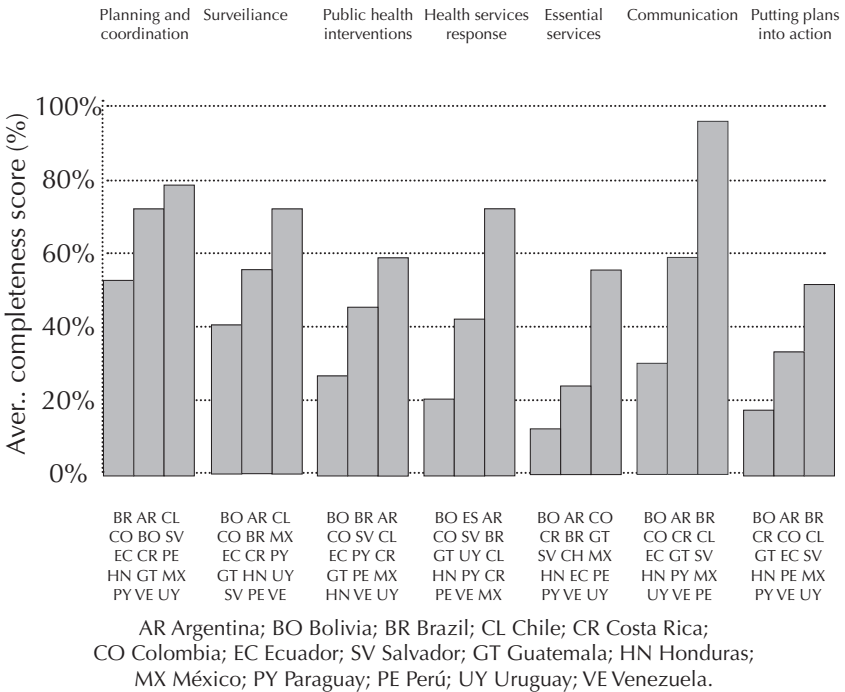
Consideramos tres aspectos.

1. Antecedentes

El estudio de Mensua y colaboradores (1) examina el grado de preparación de los países de América Latina y ubica a Colombia en un grado bajo, en todos los aspectos que hacen parte de este concepto. Este escrito utiliza información documental de los países, correspondiente a los años 2005-2006, e identifica como una debilidad la atención a la salud y las intervenciones en salud pública, incluyendo la planeación operacional y los planes de contingencia.



Completeness of preparedness plans by country group and thematic area



2. Comparación con países europeos

Algunos estudios ubican la fase más intensa de preparación de los países europeos ante la pandemia de influenza en los años 2005-2006 (2,3). Cabe destacar, con fines de comparación, que en el marco de sistemas de salud de cobertura universal, los países europeos generan planes de preparación de alcance integral, incluyen simulacros que luego se llevaron a cabo y fortalecen de manera específica la capacidad de dirección nacional de los planes anti-epidemia,

aún en medio de experiencias consolidadas y avanzadas de descentralización.

3. Preparación actual y orientación estratégica

En los años 2006 y 2007 fue formulado en Colombia un conjunto de propuestas y planes de respuesta a la epidemia y pandemia por influenza. Algunos de estos documentos fueron adoptados como políticas, pero luego la política quedó prácticamente estanca hasta el año 2009. De esta manera, el país perdió la oportunidad de formular e implementar un plan global e integral, de orientación estratégica.

El análisis documental fue complementado por medio de entrevistas telefónicas a tres funcionarios del Ministerio de la Protección Social, con los cuales se revisó un formato construido con la lista de chequeo de la OMS (4).

En los aspectos considerados se llegó a las siguientes conclusiones:

- Antecedentes y oportunidad: los avances anteriores en términos de formulación de políticas y estrategias no fueron implementados. Esto generó improvisación.
- La respuesta inmediata, puede ser considerada apropiada y exitosa (protocolos, guías, comunicación, manejo de casos, contención, etc.).
- La orientación y dirección estratégica actual es débil.

- La rectoría pública-estatal es débil.
- La articulación de instancias y niveles del poder público o Estado y de este con el sector privado es difusa.
- La dirección nacional, unidad de mando, relación entre centralización y descentralización y, coordinación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido débil y presenta un cierto grado de confusión.

Referencias

Mensua A. Mounier-Jack S, Coker R. Pandemic influenza preparedness in Latin America: analysis of national strategic plans. *Health Policy and Planning*. 2009; 1-8 doi:10.1093/heapol/czp019.

European Centre for Disease Prevention and Control[Internet] Assessment tool for influenza preparedness in European countries-with a main focus on pandemic preparedness. Disponible en <<http://www.ecdc.europa.eu/pdf/Assessment%20tool.pdf> >;2007

Forum on the ethical governance of pandemic influenza preparedness. Europe-2007

Organización Mundial de la Salud. Lista de verificación de la OMS del plan de preparación para una pandemia de influenza. Alerta Epidémica y Respuesta. WHO/CDS/CSR/GIP/2005.4.

PRONUNCIAMIENTO DE LA CUT SOBRE A (H1N1)

Pronunciamiento de la CUT: elementos para el comunicado:

1. La Central Unitaria de Trabajadores –CUT– expresa su honda preocupación ante el pueblo colombiano por la tragedia que pudiera suceder si fuera cierta la alarmante información que los medios y el gobierno transmiten a la opinión pública sobre la pandemia de la llamada ‘influenza porcina’. Si de acuerdo con esa información, la pandemia se estableciera y extendiera en Colombia con toda su virulencia, la salud y la vida de la población estarían en grave peligro.
2. Es nuestra convicción que si la información sobre las características de la influenza producida por el virus A (H1N1) fuera cierta, la grave amenaza para la salud y la vida de los colombianos sería consecuencia de la vulnerabilidad de la mayor parte de la población por sus condiciones de pobreza, desnutrición y desprotección social, y de las debilidades y fallas

manifiestas del Sistema General de Seguridad Social en Salud para alcanzar un alto grado de seguridad y protección sanitaria que contrarreste con medidas efectivas de prevención, tratamiento, vigilancia y control epidemiológico la amenaza potencial de la pandemia.

3. La pandemia, como ella es pintada por el gobierno y por los medios, podría tener un impacto nefasto en enfermedad y muerte porque no ha habido una política consistente, universal, integral y equitativa de seguridad sanitaria y protección social del pueblo colombiano. Luego de las alarmas prendidas por la gripe aviar en el año 2005 el gobierno perdió tiempo precioso para configurar un plan de acción creíble frente a este tipo de amenazas. Tampoco ha introducido las transformaciones del sistema de salud y seguridad social que la opinión pública nacional, la Corte Constitucional, la Procuraduría General de la Nación, otros órganos del Ministerio Público y las agencias sanitarias de las Naciones Unidas exigen para garantizar la protección integral en salud del pueblo colombiano, sin exclusiones ni discriminaciones sociales ni económicas.
4. El sistema de salud del país, a contrapelo de lo que dice el Ministro de la Protección Social por los medios de comunicación, no está preparado para afrontar un desafío de tal naturaleza. Como consecuencia de la implementación de la Ley 100 de 1993 no sólo se debilitó la salud pública del país sino que el seguro social y gran parte de la red pública de prestación

de servicios de salud ha sido desmantelada o privatizada y hoy la responsabilidad de la atención descansa en su mayor parte en instituciones privadas aseguradoras y de prestación de servicios que, como se sabe, no tienen como misión abordar tareas de salud pública de esta índole sino garantizar sus ganancias económicas en el negocio de la salud establecido.

5. Las medidas de nombrar al calor de la expansión de la epidemia “gerentes y asesores” especiales que reemplazan a las instituciones de salud pública establecidas; la carencia de una línea de mando centralizada que se extienda a nivel nacional y comprometa a las autoridades sanitarias locales en forma clara; la falta de territorialización precisa de las acciones de vigilancia epidemiológica en todo el país, de búsqueda activa y de seguimiento de casos en los domicilios; y el envío de las muestras para hacer el diagnóstico de los casos a los Estados Unidos mientras que el potencial científico, de investigación y gestión en salud pública del Instituto Nacional de Salud y de los laboratorios de salud pública de las secretarías de salud ha sido desmantelado y su liderazgo y credibilidad debilitados; demuestran que el plan de acción del gobierno no es sólido, es coyuntural y que la red de vigilancia epidemiológica está profundamente debilitada.
6. Sabemos que los trabajadores de la salud, siendo el grupo clave que garantiza la seguridad y protección sanitaria en estos casos, es al mismo tiempo uno de los grupos de la población expuesto a mayor riesgo

y con mayor vulnerabilidad. Hemos constatado el alto grado de desorientación, escepticismo y preocupación de los trabajadores de la salud debido a la inestabilidad, precarización laboral y desprotección ante riesgos profesionales como éste de la pandemia pues son víctimas de las políticas neoliberales de mercantilización del sistema de salud y seguridad social actual y de las normas de flexibilización laboral, que no garantizan su protección ni la calidad de la atención que deben prestar a la población para garantizar la protección de su salud y sus vidas.

7. La mercantilización del sistema de salud, con su énfasis individualista, en el control de costos y en la generación de barreras de acceso a los servicios de salud, ha impedido desarrollar estrategias de atención integral en salud y fomentar una cultura de la salud entre la población que pudiera ser efectiva para educar a ésta no sólo para cuidar de su salud a nivel personal, familiar y comunitario y orientar a los vecinos sobre las medidas de prevención, sino para participar de las decisiones y movilizaciones colectivas que ayuden a fortalecer desde los sitios de trabajo, barrios, aldeas, escuelas y demás comunidades la vigilancia epidemiológica y el acceso a los servicios de salud.
8. Por los datos que conocemos, si la pandemia se extendiera en Colombia a la máxima tasa de ataque estimada, tanto por la situación social de la población como por las deficiencias del sistema de salud, podría generar un número tan grande de enfermos que

no habría camas suficientes en los hospitales para atenderlos, ni medicamentos antivirales en cantidad suficiente para tratarlos.

9. Las barreras económicas y administrativas impuestas por el sistema de aseguramiento y sus EPS para acceder en forma oportuna a los tratamientos, las deficiencias para garantizar el diagnóstico precoz de la enfermedad en la medida en que las instituciones para garantizarlos se encuentra paralizado por la politiquería y el clientelismo, serían responsables principales de muchas muertes que el conocimiento y la tecnología médicas hoy disponibles pueden evitar en muchas partes del mundo.
10. Las medidas del gobierno para afrontar la pandemia deben ser consecuentes con la gravedad anunciada de la misma. En tal caso debería adelantar las vacaciones escolares, evitar la realización de eventos multitudinarios, constituir equipos de orientación a las personas en los sitios de conglomeración y transporte público sobre las medidas preventivas, y entregar los elementos necesarios para materializarlas como gel de alcohol glicerinado, jabón líquido, toallas de papel y tapabocas.
11. El gobierno debe garantizar el suministro gratuito y suficiente de tratamientos antivirales, máscaras de protección y elementos para el lavado de manos y que su distribución y entrega se haga salvaguardando los principios de equidad y no discriminación

12. El gobierno debe garantizar que el aislamiento de los enfermos se haga bajo estrictas normas de salubridad pública y respetando la autonomía y dignidad de los pacientes y de sus familias, así como atención domiciliaria a requerimiento con personal especialmente entrenado para el manejo de la epidemia, y transporte seguro para el traslado de enfermos a los sitios de práctica de exámenes y de tratamiento cuando sea necesario.
13. El gobierno debe garantizar campañas sistemáticas de información y educación en salud sobre la pandemia, adecuadas a la diversidad de los patrones culturales de nuestra población, y una estricta regulación a los medios masivos de comunicación para evitar crear alarmismo y estigmatización.
14. En el marco de las normas que amparan la situación de emergencia proclamada, el gobierno debe promulgar medidas de intervención estatal de las EPS e IPS privadas para salvaguardar el derecho de la población al acceso y utilización oportuna de los servicios de salud necesarios para la atención de la enfermedad.
15. El gobierno debe recuperar el Ministerio de Salud Pública, sus estructuras de mando y personal de salud con entrenamiento suficiente en salud pública, con contratos laborales estables y con recursos del presupuesto de la nación suficientes. Debe así mismo, fortalecer la red pública de prestación de servicios revertiendo los procesos de privatización de

la misma y restituyendo el liderazgo y capacidad técnica y científica del Instituto Nacional de Salud y de los laboratorios de salud pública del país.

16. Expresamos nuestra preocupación por las orientaciones del Ministro de Protección Social en el sentido de que quienes tengan síntomas de gripe permanezcan en sus casas. Si bien esta medida podría ayudar a contener la expansión del virus, en la práctica no se cumplirá mientras no se garantice la certificación de la incapacidad laboral de quienes se encuentren en tal situación por el temor a los despidos.

17. Por último, la CUT llama al gobierno nacional a garantizar seriedad en la interpretación de los datos sobre el comportamiento real de esta enfermedad, asumir su responsabilidad por las medidas adoptadas y dejadas de adoptar, y convoca a los trabajadores y demás sectores de la sociedad civil a tener una posición de vigilancia activa ante las decisiones del gobierno, a exigir transparencia sobre la información y manejo de los casos, a defender el derecho a la seguridad sanitaria y a la atención oportuna de la enfermedad si esta se presentase, sin exclusiones ni barreras de ninguna clase.

Tarsicio Mora Godoy
Presidente

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN Fernando De la Hoz Restrepo	7
LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA <i>Del virus nuevo de influenza A (H1N1)</i> Gustavo Aristizábal Duque y Luis Jorge Hernández F.	11
LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD <i>Y la pandemia de influenza por virus nuevo</i> Gustavo Aristizábal Duque y Luis Jorge Hernández F.	19
LA INFLUENZA A (H1N1): <i>Saldos y lecciones para la salud pública.</i> <i>Reflexiones “farmacoepidemiológicas”</i> Claudia Patricia Vacca González	25

APROXIMACIÓN ANALÍTICA

*A las políticas de control y manejo
de la epidemia ocasionada
por la influenza A (H1N1)*

Carlos Alberto Agudelo C.

43

PRONUNCIAMIENTO

de la CUT sobre A (H1N1)

Tarsicio Mora Godoy

51

10

CUADERNOS DEL DOCTORADO

LA INFLUENZA A (H1N1)

Se terminó de imprimir en Bogotá D.C.

Colombia en noviembre de 2009

Esta primera edición consta de 500 ejemplares

en projalibros beige de 90 gramos, se compuso

en tipo Óptima y fue impresa en NATIONAL GRAPHICS Ltda. ,

para la Universidad Nacional de Colombia,

Sede Bogotá