



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 37.ª SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003*

*Punto 10 del orden del día provisional*

SPP37/9 (Esp.)

21 enero 2003

ORIGINAL: INGLÉS

### **PANDEMIA DE INFLUENZA: PREPARATIVOS EN EL CONTINENTE AMERICANO**

En el pasado, las pandemias de gripe o influenza aparecían sin dar muchos indicios previos. En 1918, la falta de un sistema de vigilancia activa demoró la identificación de una pandemia hasta que en muchos países se pudo comprobar el gran aumento de casos de la enfermedad debidos a un tipo extraordinariamente diferente del virus de la influenza. Aunque ya se contaba con procedimientos de laboratorio para estudiar estos virus, durante la pandemia de 1968 relativamente pocas muestras se enviaron al centro de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por contraste, hoy existen cuatro centros colaboradores de la OMS para referencia e investigación sobre la influenza, que cada año caracterizan miles de cepas aisladas, identifican los virus nuevos mediante la secuenciación rápida del genoma y comunican los resultados. Además, han aumentado los conocimientos acerca de los virus de la influenza que afectan a los animales.

Sin embargo, sigue siendo imposible predecir el surgimiento de una pandemia de gripe; además, los preparativos de las medidas de control (como la fabricación de una vacuna nueva) tardan más tiempo del que se tiene antes del inicio de la pandemia y es poco realista mantener reservas suficientes de medicamentos antigripales. En consecuencia, la planificación antipandémica debe proponerse dos objetivos: evaluar eficazmente el riesgo que entrañan los virus nuevos y gestionar con eficacia el riesgo cuando surjan virus nuevos capaces de propagarse ampliamente y causar una enfermedad grave.

La cooperación técnica prestada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acelerará la elaboración y puesta en práctica de los planes antipandémicos nacionales y subregionales, que recalcarán las áreas de gestión general, vigilancia, estrategias de vacunación, atención médica, suministros médicos y comunicaciones. Los comités nacionales de preparativos para situaciones de emergencia que existen deberán echar a andar un grupo de estudio para la planificación antipandémica nacional, que tendrá una composición multidisciplinaria y tomará a su cargo la elaboración de las estrategias apropiadas a largo plazo para los países con anterioridad a la próxima pandemia. La responsabilidad de la gestión del riesgo de la pandemia de influenza compete principalmente a las autoridades nacionales. Por consiguiente, el Subcomité de Planificación y Programación necesita considerar la gravedad de una posible pandemia de gripe, las opciones con que se cuenta para afrontarla y las recomendaciones que pueden formularse a los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) en ese sentido.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción .....	3
Situación epidemiológica, prevención y control de la situación .....	4
Cooperación técnica actual .....	7
Estrategias de la OPS y la OMS para la vigilancia, prevención y control de la influenza .....	8
Actividades programadas .....	9
Intervención del Subcomité de Planificación y Programación .....	11
Anexo	

## Introducción

1. A lo largo del siglo pasado, varias pandemias de gripe o influenza afectaron a diferentes sectores de la población mundial con efectos de intensidad diversa. Durante la pandemia de gripe española de 1918-1919, que posteriormente se demostró que había sido causada por la cepa H1N1, más de medio millón de personas en Estados Unidos y más de 20 millones en todo el mundo murieron de complicaciones relacionadas con la enfermedad. Casi la mitad de esas defunciones fueron de personas entre los 20 y los 40 años de edad, y se notificaron tasas de letalidad de 30% entre las embarazadas. La gripe asiática de 1957-1958 causó unas 70.000 defunciones, y la gripe de Hong Kong de 1968-1969, unas 34.000 defunciones tan sólo en Estados Unidos. La tasa de ataque clínico durante las epidemias varía desde 10% a 20% en la población en general hasta más de 50% en las comunidades cerradas, como los hogares para convalecientes. Se sabe muy poco acerca de la importancia que la influenza tiene para la salud pública en las zonas tropicales, donde la transmisión vírica puede ocurrir durante todo el año. En Estados Unidos, más de 90% de las defunciones relacionadas con esta enfermedad ocurren entre las personas de 65 años de edad o mayores. Las hospitalizaciones se dan sobre todo en los subgrupos de población situados en los extremos de la escala de edad y en las personas que previamente padecen afecciones crónicas respiratorias y cardiovasculares.

2. Las cepas más importantes del virus de la influenza humana son la A y la B, que se clasifican sobre la base de dos antígenos de superficie: hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N). El *virus de la influenza A* tiene varios subtipos, de los cuales dos, el H1N1 y el H3N2, son actualmente de importancia epidemiológica. La inestabilidad de los virus de la influenza da lugar a cambios constantes y generalmente pequeños en su composición antigénica, fenómeno conocido como deriva antigénica, lo cual obliga a efectuar las variaciones correspondientes de un año al siguiente en la composición de las vacunas antigripales.

3. La máxima inquietud desde el punto de vista de la salud pública es la transformación súbita y marcada del *Virus de la influenza A* —ya sea por mutación, por el intercambio de genes entre los virus de la influenza o por la transferencia del virus entero entre las especies hospedadoras— en subtipos nuevos, genéticamente diferenciados, por el fenómeno llamado cambio antigénico. El resultado es la aparición repentina de una nueva cepa de virus contra la cual las poblaciones pueden no tener inmunidad en absoluto y no se cuenta con una vacuna que pueda conferir protección. Es imposible prever cuándo se producirá el próximo cambio antigénico de envergadura que dé lugar a una nueva pandemia. Anteriormente, las pandemias gripales ocurrían, por término medio, tres a cuatro veces por siglo, cuando surgían nuevas cepas víricas a consecuencia del cambio antigénico y se transmitían fácilmente de persona a persona. Si vuelve a aparecer un virus con potencial pandémico, el mayor volumen y la velocidad de los viajes internacionales, la elevada densidad de población en muchas regiones y la

mayor urbanización aumentarán las probabilidades de propagación y pueden plantear graves obstáculos al establecimiento y la ejecución oportunos de medidas de control de salud pública. Aunque no se considera factible detener la propagación de un virus de la influenza de carácter pandémico, la meta debe ser limitar la carga de morbilidad, reducir al mínimo los trastornos sociales y aminorar las pérdidas económicas.

4. Los episodios recientes de cepas víricas de origen animal que causan enfermedades en los seres humanos apoyan la opinión de los expertos de que una nueva pandemia es inevitable. Algunos modelos epidemiológicos proyectan que otra pandemia de gripe tendría grandes probabilidades de ocasionar entre 57 millones y 132 millones de consultas de pacientes ambulatorios; entre 1,0 millones y 2,3 millones de ingresos en hospitales, y entre 280.000 y 650.000 defunciones en menos de dos años, tan sólo en los países industrializados.

#### **Situación epidemiológica, prevención y control de la situación**

5. La vigilancia virológica constituye los cimientos de los sistemas nacionales e internacionales de vigilancia de la influenza. Dentro de un país, la vigilancia virológica puede consistir en un solo laboratorio nacional o una red nacional de laboratorios que informan a un laboratorio nacional central, el cual recaba los datos y los remite a la OMS. Los datos virológicos pueden ser notificados por el laboratorio nacional a la OMS usando el sistema de notificación FluNet, ubicado en la web.

6. La actividad de influenza en las Américas es notificada por 16 países que tienen centros nacionales de referencia para la vigilancia de esta enfermedad, a saber: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Jamaica, México, Perú, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. Bolivia y Paraguay empezaron la notificación en 2000, pero no han certificado los centros nacionales de referencia. Los países con varios centros son: Argentina (3), Brasil (3) y Chile (3). Canadá y Estados Unidos también tienen numerosos centros. Entre los países antedichos hay una diversidad de procedimientos de trabajo y capacidades técnicas de laboratorio. Sin embargo, todas las instituciones realizan la inmunofluorescencia y el aislamiento en cultivo tisular y algunos efectúan la reacción en cadena de la polimerasa, la inhibición de la hemaglutinación, el aislamiento en huevos o la secuenciación.

7. Los centros nacionales de referencia han sido esenciales en el desarrollo de capacidad técnica en América Latina, incluida la transferencia de tecnología. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han proporcionado reactivos ordinarios.

8. Un subconjunto de los cultivos aislados se envía al Centro de la OMS para Referencia e Investigación sobre la Influenza para las Américas, situado en los CDC, para la identificación completa y caracterización antigénica. Las muestras para el aislamiento del virus se recogen por medio de una red de vigilancia centinela constituida por salas de urgencias, centros ambulatorios y consultorios médicos privados, así como durante las investigaciones de brotes de enfermedades respiratorias. Los países participantes en la Red de la Influenza notifican morbilidad, mortalidad, datos epidemiológicos, número de casos de neumonía y otras enfermedades respiratorias, número de muestras estudiadas y tipos de virus. En realidad, la mayoría de los países han ampliado el conjunto de los virus sometidos a prueba para incluir adenovirus, virus sincitial respiratorio y virus de la parainfluenza.

9. Entre 1991 y 1995, el número de cepas caracterizadas provenientes de América Latina fue relativamente bajo. Se ha observado un aumento desde 1997, cuando empezaron la vigilancia y el adiestramiento de laboratorio organizados por la OPS y los CDC y las empresas privadas fabricantes de vacunas patrocinaron el trabajo de laboratorio. Se han producido otras mejoras desde la creación, en 1998, de la Red del Cono Sur para la Vigilancia de las Enfermedades Infecciosas Emergentes. Aunque el número de muestras y cepas aislados depende del nivel de la actividad gripal cada año, es alentador constatar que en 1999 se aislaron 1.454 cepas, y en 2002 (hasta agosto), 1.296. Los expertos de laboratorio han observado un aumento de la calidad del trabajo de los centros nacionales de referencia, lo que a su vez ha aumentado la tipificación y caracterización víricas. Se observó un desempeño notable en Argentina, cuya red de 62 médicos centinelas, 24 laboratorios provinciales y 3 centros nacionales de referencia produjo 550 muestras positivas originales de influenza mediante el método inmunofluorescente rápido y 273 aislados del virus en 2001 (250 eran A/Panama/2007/99 (H3N2); 1, A/NewCaledonia/20/99 (H1N1); 16, B/Johannesburg/5/99; 3, B/Sichuan/379/99; 1, Influenza A (H3N2) y 2, Influenza A sin caracterización).

10. Lamentablemente, la mayoría de las muestras se obtuvieron de niños menores de 5 años de edad hospitalizados. En esta población, la tasa de infección con virus de la influenza detectada es de alrededor de 5%. En América Latina, la mejor tasa de detección de infección por este virus se obtuvo en el grupo de adultos y niños con un síndrome de tipo gripal que consultaban a los médicos centinelas. La detección del virus de la influenza en este grupo fue de 21,4% para el tipo A y 2,5% para el tipo B. Este resultado ha permitido obtener cepas que se incluirán como posibles opciones para la producción de vacunas para el hemisferio sur. Se sigue instando a los países participantes a que aumenten el número de virus aislados y los envíen al Centro Colaborador de la OMS para Influenza en las Américas, situado en los CDC. En condiciones ideales, los países procuran enviar tres remesas, que corresponden al comienzo, el punto máximo y el final de la temporada de gripe. Sin embargo, sigue habiendo obstáculos logísticos y

financieros para el transporte de estas muestras. La OPS ha facilitado los trámites aduaneros y proporcionado recursos limitados para el transporte.

11. El entusiasmo de los países por participar en las actividades de vigilancia de la influenza estaba motivado en parte por la necesidad de las autoridades nacionales de usar los datos locales para tomar decisiones fundadas de políticas sobre la vacunación.

12. La mayoría de los países americanos actualmente no incluyen a la influenza en su política de inmunización. Sólo Argentina (desde 1993), Brasil, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos y Uruguay tienen programas anuales de vacunación antigripal para las personas mayores. Además, las políticas de vacunación del Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos y Uruguay incluyen a personas de otros grupos de edad con alto riesgo en cuanto a las complicaciones de la enfermedad.

13. Los datos sobre la cobertura de vacunación para los países latinoamericanos son limitados. Las campañas de vacunación antigripal de Brasil tuvieron como objetivo las personas de 65 años de edad o mayores para 1999-2001, y las de 60 años de edad o mayores en 2002; la cobertura respectiva fue de 74% y de 87% de esos subgrupos de población. Cada año ha venido aumentando el número de dosis administradas: 7.519.114 dosis en 1999 y 11.026.124 en 2002. Uruguay ha proporcionado la vacunación contra la influenza a las personas de edad desde 1996. La campaña de 2002 logró vacunar a 233.346 de las 815.592 personas mayores de 55 años de edad (29%). Aunque se solía vacunar a las personas de 60 años de edad o mayores, el grupo de edad se cambió a 55 años o mayores en 2002. La vacuna se ofrece también a las personas de otros grupos de edad con factores de riesgo de complicaciones gripales. La cobertura de vacunación en Uruguay ha fluctuado entre 31% y 41% en el período 1996-2001. Argentina tiene un programa de vacunación antigripal de las personas de edad desde 1993; en 2002, se adquirieron aproximadamente 4 millones de dosis de la vacuna. En Chile se vacuna a las personas de 65 años de edad o mayores, al personal sanitario y a las personas con enfermedades crónicas registradas en el sistema de salud pública. Cada año, se vacuna aproximadamente a un millón y medio de personas, con una cobertura por encima de 95% entre las personas de 65 años de edad o mayores.

14. Actualmente, la OMS tiene una lista de 27 laboratorios que producen la vacuna contra la influenza, la OPS la compra de 9 de ellos (Baxter, SmithKline, Pasteur-Merieux, Chiron Behring y Chiron Biocine, Instituto Suizo de Sueros y Vacunas, Evans Medical, Connaught y Wyeth). En América Latina, el Instituto Butantan de Brasil tiene un convenio de transferencia de tecnología con Merieux-Connaught para la producción de vacunas. Actualmente, el país compra las vacunas a granel.

### **Cooperación técnica actual**

15. La vigilancia de la influenza en las Américas es una parte integrante de la vigilancia mundial de esta enfermedad, establecida por la OMS en 1947. El sistema mundial proporciona información sobre las cepas circulantes del virus de la influenza y las tendencias epidemiológicas procedente de 112 centros nacionales de estudio de la gripe en 83 países, y de cuatro centros colaboradores de la OMS para la referencia y la investigación (en Atlanta, Londres, Melbourne y Tokio).

16. La difusión de la información de vigilancia se facilita por el empleo de una red ubicada en la web y conocida como FluNet. Además de guiar la composición anual de las vacunas recomendadas, la red opera como un sistema de advertencia temprana para la aparición de variantes y cepas nuevas del virus.

17. Desde 1997, la OPS, conjuntamente con la OMS y los CDC, ha organizado numerosos cursos de adiestramiento sobre vigilancia de laboratorio. Estas actividades se llevaron a cabo a través de la Red del Cono Sur para las Enfermedades Infecciosas Emergentes, con el apoyo de la OPS y los CDC. Esta Red ha puesto de relieve la aplicación de protocolos comunes con sistemas de garantía de la calidad, transferencia de tecnología, y producción y distribución ampliada de reactivos.

18. Los países del Cono Sur han reconocido que no están preparados para controlar una epidemia de influenza de gran magnitud; en consecuencia, se decidió elaborar planes de preparativos integrales de alcance nacional y subregional para afrontar una pandemia de gripe, con la cooperación técnica de la OPS. Estos planes no solo deben abordar la disponibilidad de vacuna y los subgrupos de población en los que ha de concentrarse la inmunización prioritaria, sino también incluir temas como el acopio de productos quimioprolácticos, el adiestramiento clínico, la cobertura médica masiva, la vigilancia, la prevención y la comunicación social. En 2002, bajo la organización del Programa de Enfermedades Transmisibles y la División de Vacunas e Inmunización de la OPS, se llevó a cabo un taller en el que participaron Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, al objeto de elaborar los planes nacionales de preparativos. Gracias a la colaboración del Instituto Malbrán de Argentina, durante este taller se dispuso de la versión en español del Plan de la OMS para el Tratamiento y Control Mundial de las Pandemias de Influenza como referencia.

19. Antes del comienzo previsto de la temporada de gripe, los centros nacionales especializados reciben un estuche con los reactivos de diagnóstico de laboratorio que les permitirán determinar el tipo y subtipo de los virus circulantes durante dicho período. El estuche lo elabora para la OPS y la OMS el Centro Colaborador de Influenza de la OMS para las Américas, ubicado en los CDC en Atlanta, y se distribuye a todos los centros en forma gratuita.

20. Por muchos años, la OMS ha celebrado una reunión de consulta a mediados de febrero para recomendar la composición de las vacunas inactivadas contra la influenza que se usarán el siguiente invierno en el hemisferio norte (de noviembre a abril). Habida cuenta de que las epidemias de gripe ocurren en distintas épocas del año en diferentes partes del mundo, el virus está cambiando constantemente y el uso de las vacunas está aumentando en todo el mundo, se ha hecho evidente la necesidad de examinar la recomendación dos veces al año. Desde 1998, en septiembre se hace otra recomendación, con la participación de un experto latinoamericano, para las vacunas que habrán de usarse el siguiente invierno en el hemisferio sur (de mayo a octubre).

21. La OMS también ha designado un centro colaborador para el estudio de los virus de la influenza animales; se encuentra en Memphis (EUA), ayuda a la OMS a identificar los virus aislados de diferentes especies animales y realiza investigaciones sobre la relación entre las cepas humanas y las animales.

### **Estrategias de la OPS y la OMS para la vigilancia, prevención y control de la influenza**

22. Aunque no haya una pandemia, el temor del público puede crecer rápidamente cuando surgen unos pocos casos de infección con un nuevo subtipo vírico, como se observó en Estados Unidos en 1976 y en Hong Kong a finales de 1997. Dicho temor acerca de la existencia de una forma nueva y peligrosa del virus de la influenza plantea grandes retos a las autoridades sanitarias y los dirigentes nacionales, incluso cuando todavía no se confirma la propagación epidémica de un virus nuevo. Para hacer frente de mejor manera a las "falsas alarmas" surgidas de la vigilancia intensiva, se ha definido una serie de "niveles de preparativos" que puede aplicarse antes del comienzo de una pandemia (véase anexo).

23. Esto debería ayudar a la OPS y la OMS a notificar infecciones humanas por virus nuevos e iniciar respuestas preventivas, sin crear pánico innecesario. Tal modo de proceder es particularmente importante en estos tiempos en que la información es difundida tan rápidamente por los medios electrónicos. Se deben seguir realizando esfuerzos especiales para ampliar la capacidad de uso de las comunicaciones electrónicas por parte de quienes tienen a su cargo la vigilancia o evalúan y administran la respuesta a nuevos virus de la influenza, así como para la difusión ordenada de los informes de situación.

24. Las diferentes características de los episodios del pasado revelan la necesidad de trazar planes de preparativos flexibles y capaces de responder eficientemente a una amenaza de pandemia. Un marco de referencia preparado por la OMS (*Influenza Pandemic Preparedness Plan. The Role of WHO and Guidelines for National and Regional Planning*, Ginebra, Suiza, abril de 1999) tiene por finalidad ayudar a la Organización y sus Estados Miembros a prepararse para cumplir sus funciones y las responsabilidades en este sentido.

### **Actividades programadas**

25. A fin de estar mejor preparado para el caso hipotético de una pandemia de influenza y reducir la morbilidad y la mortalidad debidas a las epidemias anuales, es necesario abordar los siguientes aspectos:

- a) Mejoramiento de la calidad y la cobertura de la vigilancia de la influenza. La vigilancia integrada virológica y epidemiológica será apoyada por las siguientes actividades: evaluar la capacidad de los centros nacionales contra la influenza y los sistemas nacionales de servicios de salud para responder; normalizar los métodos y capacitar en materia de vigilancia de laboratorio y epidemiológica (elaborar reactivos o manuales, impartir adiestramiento y hacer pruebas de competencia); facilitar el transporte de cultivos aislados o muestras de estudio de enfermos de influenza; identificar las carencias y ampliar la cobertura geográfica; y ampliar la vigilancia de la influenza en animales.

La OPS cooperará con los países en estas actividades, seguirá recopilando y analizando los datos sobre la aparición de los virus de la influenza y proporcionará esta información a las autoridades sanitarias.

- b) Elaboración de planes nacionales para hacer frente a pandemias. Las autoridades nacionales son las responsables principales de los preparativos y la gestión del riesgo frente a una posible pandemia de gripe, que debe incluir como mínimo disposiciones para la hospitalización y el tratamiento de un gran número de personas en períodos cortos; la producción y el acopio de vacunas y medicamentos antivíricos, y la comunicación de los riesgos. La OPS recomienda firmemente que todos los países establezcan, bajo el mando del comité nacional de preparativos para situaciones de emergencia en funciones, un grupo de estudio de composición multidisciplinaria que se ocupe de trazar las estrategias apropiadas al objeto de prepararse para la próxima pandemia. Debido a la complejidad de los temas descritos anteriormente, el grupo de estudio saldrá ganando si incluye a representantes de los programas nacionales de vacunación, los laboratorios nacionales de referencia, las autoridades normativas y los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, entre otros.

- La OPS, en colaboración con el Instituto Malbrán de Argentina, ha preparado una versión en español de las normas para los planes nacionales contra pandemias de gripe y seguirá prestando cooperación técnica en esta área a los Estados Miembros.
- c) Estudios de las epidemias de influenza para calcular las repercusiones y la carga económica de una posible pandemia con respecto a los grupos de alto riesgo y la población en general. Algunos países han empezado estudios sobre las repercusiones de la influenza. La OPS promoverá y apoyará los estudios para evaluar la carga de morbilidad en varios otros países.
  - d) Evaluación del uso de las vacunas y los antivíricos disponibles en caso de una pandemia. La OPS colaborará con los países.
  - e) Promoción de la transferencia de tecnología y de las alianzas para la producción de vacunas contra la influenza en los países de la Región. La OPS debe estimular la producción de estas vacunas por los fabricantes regionales, de acuerdo con las buenas prácticas de fabricación en los países donde los organismos nacionales de reglamentación cumplen las funciones recomendadas por la OMS.
  - f) Mejoramiento de la cobertura de vacunación antigripal en los grupos de alto riesgo durante las epidemias anuales. La OPS ha redactado recomendaciones específicas en cuanto a los grupos prioritarios que deben ser vacunados contra la gripe. Este borrador se someterá a la consideración del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la División de Vacunas e Inmunización de la OPS y guiará la cooperación técnica con los países para establecer políticas nacionales y fijar metas de inmunización.
  - g) Mejoramiento del control de brotes de influenza en entornos cerrados. Los países deben fortalecer la capacidad de los equipos de respuesta rápida para investigar y controlar los brotes de gripe, teniendo en cuenta el uso de antivíricos y vacunas durante las epidemias anuales que se producen en ambientes cerrados. La OPS está preparando normas para el control de los brotes de influenza.
26. Las actividades descritas son esenciales para los preparativos de cara a la próxima pandemia. La OPS elaborará un plan de acción basado en el Programa Mundial sobre Vigilancia y Control de la Gripe.

### **Intervención del Subcomité de Planificación y Programación**

27. Se invita al Subcomité a que formule observaciones y recomendaciones sobre el estado de la vigilancia, el laboratorio, las vacunas y la inmunización, así como las actividades programadas en relación con los planes nacionales e internacionales de preparativos para la próxima pandemia de gripe.

Anexo

**ANEXO**

<b>Niveles de los preparativos durante los períodos interpandémico, pandémico y pospandémico</b>			
<b>Fase</b>	<b>Caracterizada por</b>	<b>Explicación</b>	<b>Medidas que tomará la OPS/OMS</b>
Fase 0, nivel de preparativos 0		No se han notificado indicios de ningún nuevo tipo vírico.	Coordinar un programa internacional de vigilancia de la influenza en los seres humanos, con la asistencia de cuatro centros colaboradores.
Fase 0, nivel de preparativos 1	Aparición de una nueva cepa de virus de la influenza en un caso humano	Este nivel de preparativos se implantará después de los primeros informes del aislamiento de un subtipo vírico nuevo, sin pruebas claras de su propagación ni de actividad en forma de brotes asociada con el virus nuevo.	Anunciar, con la ayuda del grupo de estudio y después de la consulta internacional, este nivel de preparativos 1. Coordinar los esfuerzos internacionales para ayudar a las autoridades nacionales y locales que notifican el virus posiblemente pandémico a confirmar la infección de seres humanos por una cepa nueva. Reforzar las actividades de la red de vigilancia de laboratorio.

<b>Niveles de los preparativos durante los períodos interpandémico, pandémico y pospandémico (cont.)</b>			
<b>Fase</b>	<b>Caracterizada por</b>	<b>Explicación</b>	<b>Medidas que tomará la OPS/OMS</b>
Fase 0, nivel de preparativos 2	Infección humana confirmada	Este nivel de preparativos se pondrá en marcha cuando se haya confirmado que han ocurrido dos o más infecciones humanas con un nuevo subtipo vírico, pero sigue estando en duda la capacidad del virus para propagarse fácilmente de persona a persona y de causar brotes múltiples de la enfermedad que den lugar a epidemias.	<p>Anunciar, con la ayuda del grupo de estudio y después de consultas internacionales, este nivel de preparativos 2.</p> <p>Alentar y ayudar al país donde se detectaron los casos iniciales, para mejorar la vigilancia y el diagnóstico, y organizar investigaciones especiales con el fin de conocer mejor la posible transmisión y las repercusiones del virus nuevo.</p> <p>Elaborar una definición de caso para usarla en la vigilancia de un nuevo subtipo vírico.</p> <p>Invitar a un grupo de países a participar en la determinación de la prevalencia del anticuerpo contra el virus nuevo en la población en general.</p> <p>Promover el mejoramiento de las actividades de vigilancia a escala regional o internacional.</p> <p>Promover el desarrollo y la evaluación de los antígenos que podrían utilizarse para la producción de las vacunas contra la cepa vírica nueva.</p> <p>Promover el desarrollo de los reactivos necesarios para determinar la identidad y la potencia de las vacunas preparadas con la cepa nueva.</p> <p>Promover la planificación de contingencia para los ensayos preclínicos y clínicos de las vacunas.</p> <p>Promover la elaboración de estrategias para el uso más eficaz de las vacunas recién obtenidas.</p> <p>Recomendar que las autoridades sanitarias nacionales adopten las medidas de contingencia que facilitarán la activación de su plan nacional de preparativos contra una pandemia de gripe.</p>

<b>Niveles de los preparativos durante los períodos interpandémico, pandémico y pospandémico (cont.)</b>			
<b>Fase</b>	<b>Caracterizada por</b>	<b>Explicación</b>	<b>Medidas que tomará la OPS/OMS</b>
Fase 0, nivel de preparativos 3	Transmisión humana confirmada	Este nivel de preparativos se decretará cuando la transmisión humana del nuevo subtipo vírico se haya confirmado mediante pruebas claras de la propagación de persona a persona en la población en general, por ej., casos secundarios al contacto con un caso índice, y al menos un brote que dure como mínimo dos semanas en un país.	<p>Anunciar, con la ayuda del grupo de estudio y después de consultas internacionales, este nivel de preparativos 3.</p> <p>Difundir la definición de caso que se usará para la vigilancia del nuevo subtipo vírico.</p> <p>Facilitar la distribución a todos los fabricantes interesados de los virus para posibles vacunas obtenidos como parte de las actividades del nivel de preparativos 2.</p> <p>Convocar a sus expertos en la composición de vacunas contra la gripe para realizar, difundir y promover ensayos clínicos coordinados de las vacunas contra la cepa nueva.</p> <p>Convocar a sus expertos en la composición de vacunas para idear posibles maneras de hacer que las vacunas tengan una amplia disponibilidad en todo el mundo.</p> <p>Fortalecer la difusión de información para proporcionar informes oportunos del estado de las investigaciones sobre el virus nuevo, su propagación y el desarrollo de respuestas para hacerle frente.</p> <p>Contactar a los fabricantes de vacunas y gobiernos nacionales acerca de la capacidad y los planes para la producción y la distribución internacional de una vacuna contra el virus nuevo.</p> <p>Promover la coordinación internacional para la compra y distribución de la vacuna entre diferentes países.</p> <p>Formular pautas generales para las autoridades sanitarias nacionales, basándose en la mejor información disponible, para ayudar a cada país a determinar lo que va a hacer.</p>

<b>Niveles de los preparativos durante los períodos interpandémico, pandémico y pospandémico (cont.)</b>			
<b>Fase</b>	<b>Caracterizada por</b>	<b>Explicación</b>	<b>Medidas que tomará la OPS/OMS</b>
Fase 1	Confirmación del inicio de la pandemia	La aparición de una nueva pandemia se declarará cuando la OMS haya confirmado que un virus con un subtipo nuevo de hemaglutinina, por comparación con las cepas epidémicas recientes, está empezando a causar varios brotes en al menos un país, y se ha propagado a otros países; además, la enfermedad que produce tiene características compatibles con morbilidad y mortalidad probablemente graves en al menos un segmento de la población.	<p>Anunciar, con la ayuda del grupo de estudio y después de consultas internacionales, el inicio de una nueva pandemia de gripe: la fase 1.</p> <p>Formular recomendaciones para la composición y el uso (dosis y regímenes) de las vacunas y organizar consultas con el fin de facilitar la producción y distribución de vacunas de la manera más equitativa posible.</p> <p>Publicar orientaciones sobre el mejor uso de los antiviricos disponibles contra el virus nuevo.</p> <p>Las medidas de respuesta nacionales deben iniciarse tan pronto como sea posible, según los planes antipandémicos nacionales predeterminados, actualizados para tener en cuenta las características específicas del nuevo subtipo y el conocimiento de la disponibilidad de vacunas.</p> <p>Fortalecer la vigilancia y notificación de la propagación y la repercusión mundial del virus.</p> <p>Buscar apoyo para movilizar recursos a favor de los países con capacidad limitada a través de la asociación de trabajo con diferentes organizaciones y organismos internacionales de socorro.</p> <p>Colaborar con las oficinas regionales de la OMS que corresponda para promover actividades comunes entre las naciones que se enfrentan con problemas similares por la pandemia.</p>
Fase 2	Epidemias regionales y multiregionales	Este nivel de preparativos se declarará cuando estén ocurriendo brotes y epidemias en muchos países, así como la propagación de una región a otra por todo el mundo.	<p>Anunciar, con la ayuda del grupo de estudio y después de consultas internacionales, el inicio de una nueva pandemia de gripe: la fase 2.</p> <p>Seguir colaborando con las oficinas regionales de la OMS que corresponda para promover actividades comunes entre las naciones.</p> <p>Continuar la vigilancia y notificación de la propagación y la repercusión mundiales del virus.</p> <p>Seguir organizando la distribución de las vacunas de la manera más equitativa posible.</p> <p>Actualizar las orientaciones sobre el mejor uso de los antiviricos disponibles contra el virus nuevo.</p> <p>Buscar más apoyo para movilizar recursos a favor de los países con capacidad limitada.</p>

<b>Niveles de los preparativos durante los períodos interpandémico, pandémico y pospandémico (cont.)</b>			
<b>Fase</b>	<b>Caracterizada por</b>	<b>Explicación</b>	<b>Medidas que tomará la OPS/OMS</b>
Fase 3	Fin de la primera oleada pandémica	El aumento de la actividad de brotes en los países o las regiones inicialmente afectadas se ha detenido o revertido, pero siguen ocurriendo brotes y epidemias del virus nuevo en otros sitios.	Anunciar, con la ayuda del grupo de estudio y después de consultas internacionales, el inicio de una nueva pandemia de gripe: la fase 3. Seguir colaborando con las oficinas regionales de la OMS que corresponda para promover actividades comunes entre las naciones. Continuar la vigilancia y notificación de la propagación y la repercusión mundiales del virus. Seguir organizando la distribución de las vacunas de la manera más equitativa posible. Actualizar las orientaciones sobre el mejor uso de los antiviricos disponibles contra el virus nuevo. Buscar más apoyo para movilizar recursos a favor de los países con capacidad limitada.
Fase 4	Segunda oleada u oleadas posteriores de la pandemia	Según la experiencia, cabe prever que al menos una segunda oleada grave de brotes causada por el virus nuevo ocurrirá en los primeros 3 a 9 meses de la epidemia inicial en muchos países.	Anunciar, con la ayuda del grupo de estudio y después de consultas internacionales, el inicio de una nueva pandemia de gripe: la fase 4. Continuar la vigilancia y notificación de la propagación y la repercusión mundiales del virus. Calcular las necesidades de vacunas para el tiempo que falta. Calcular la disponibilidad de medicamentos antiviricos. Buscar más apoyo para movilizar recursos a favor de los países con capacidad limitada.
Fase 5	Fin de la pandemia (regreso a la fase 0)	La OMS informará cuando termine el período pandémico, que probablemente durará entre 2 y 3 años.	Evaluar la repercusión general de la pandemia. Evaluar las "enseñanzas extraídas" de la pandemia que ayudarán a responder a pandemias futuras. Actualizar el plan de la OMS contra las pandemias de gripe.