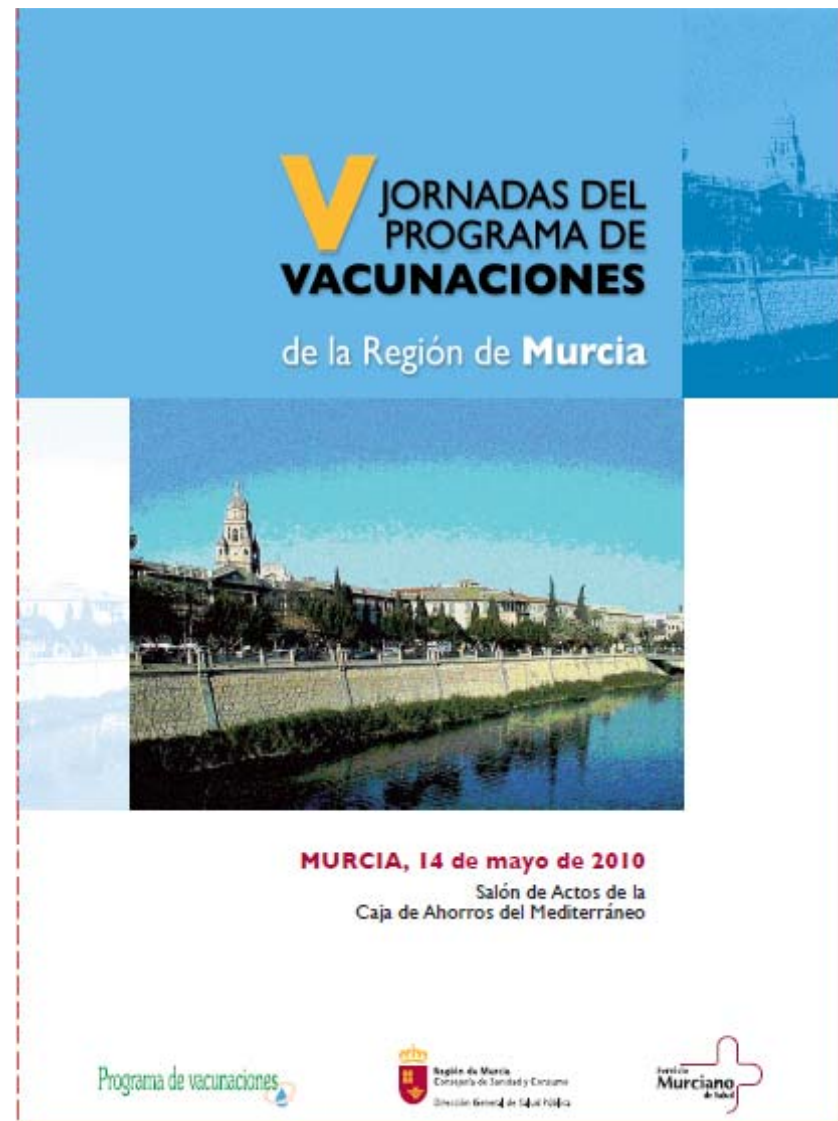


EVALUACIÓN DE LA PANDEMIA A (H1N1): LECCIONES APRENDIDAS

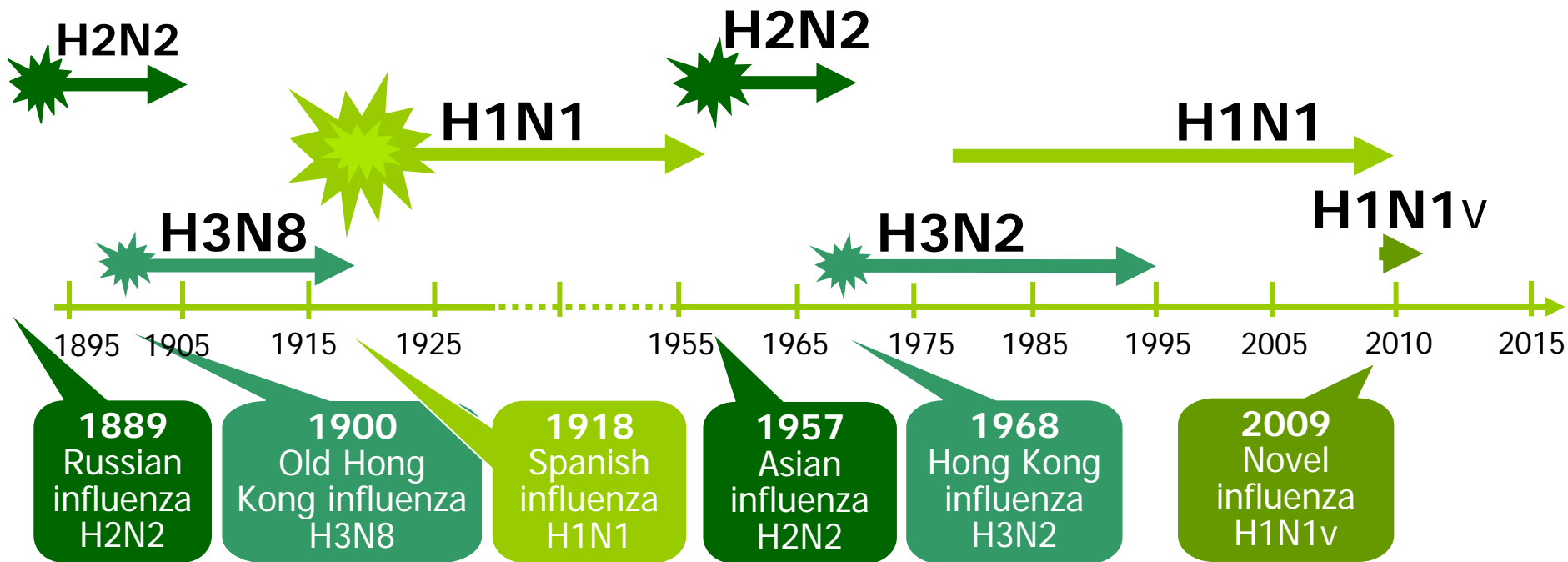
Isabel Pachón del Amo
**Centro de Coordinación de Alertas y
Emergencias Sanitarias. MSPS**



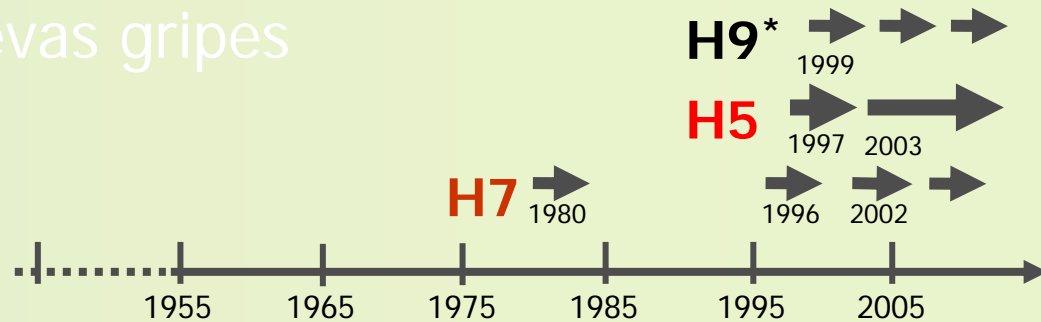
GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

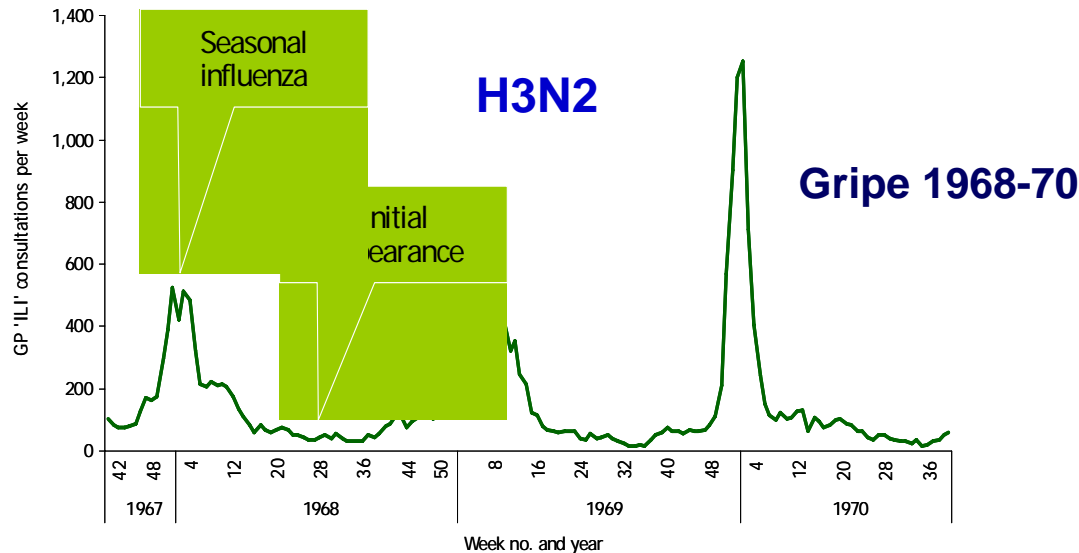
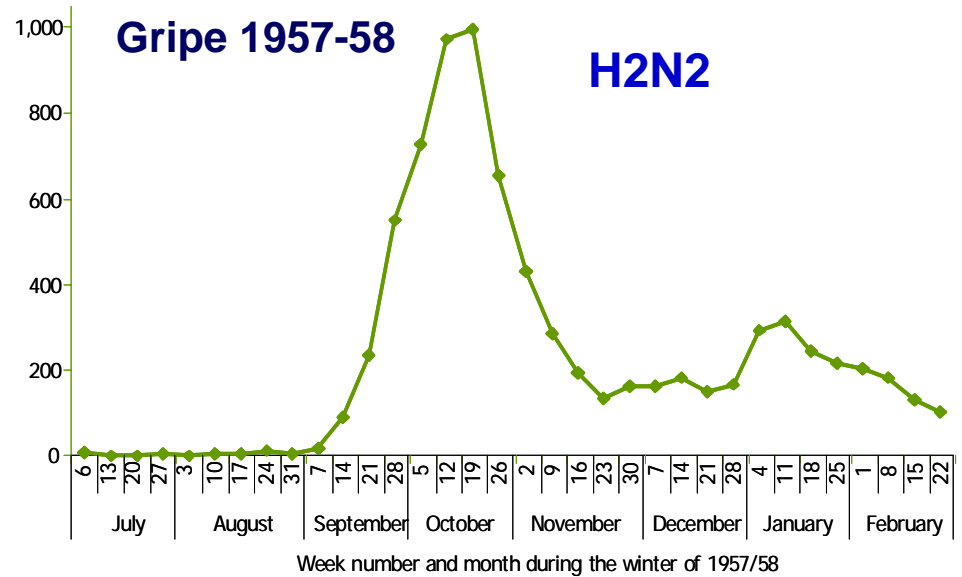
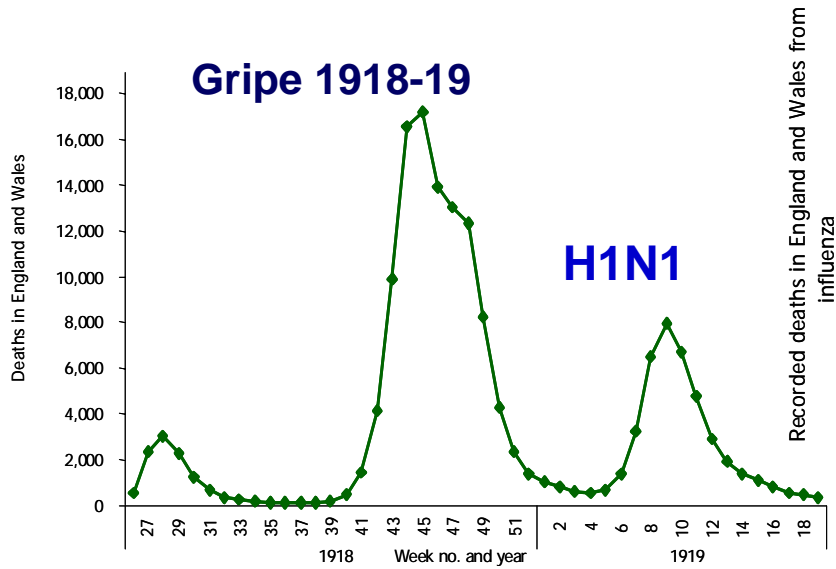
Pandemias de Gripe



Notificaciones de nuevas gripes
aviares



Pandemias del siglo XX



EPIDEMIC
ALERT &
RESPONSE

WHO global influenza preparedness plan

The role of WHO and recommendations for
national measures before and during pandemics



Department of Communicable Disease
Surveillance and Response
Global Influenza Programme

PLAN NACIONAL DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE UNA PANDEMIA DE GRIPE

Mayo 2005



Estructura Organizativa y de Coordinación:

SUBCOMITÉS

- **Vigilancia Epidemiológica y Virologica**
- **Respuesta a la Emergencia en los Servicios Sanitarios**
- **S. Antivirales y Vacunas**
- **S. Comunicación**

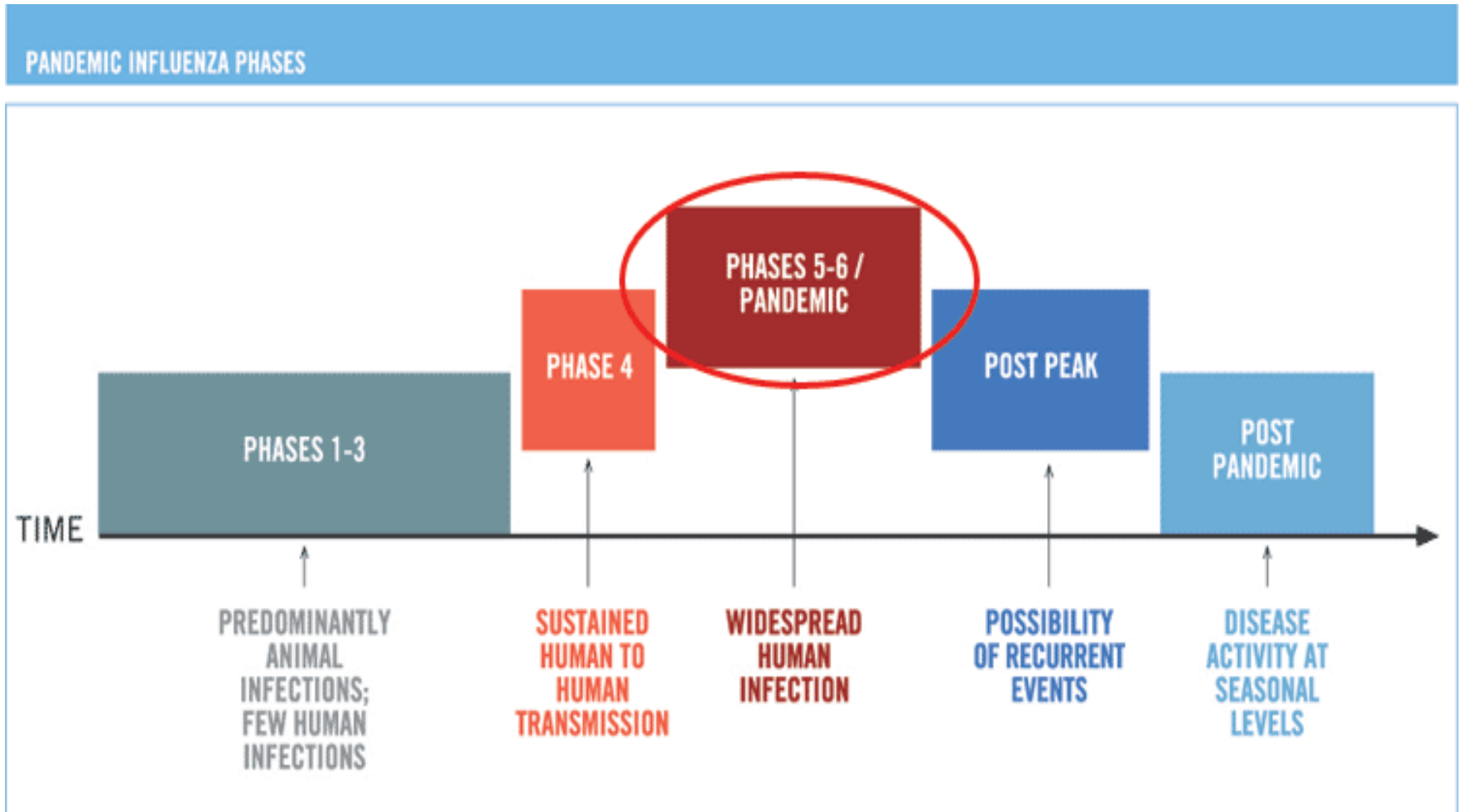
En todos participan todas las CCAA

Resultados: **Protocolos y Guías de actuación** (www.msps.es)



US soldiers wear masks to protect against influenza in 1918

OMS, Fases Pandémicas

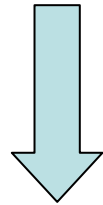


- Fases 5 y 6 están basadas en criterios de difusión geográfica, no de gravedad

Alerta epidemiológica

El 24 de abril, la OMS comunica, bajo el RSI (2005) la existencia de casos de infección por un virus influenza A (H1N1) de origen porcino en EEUU y de un brote relacionado de enfermedad respiratoria grave en México

- **El 25 de abril, la OMS declara el brote como un ESPII**
(Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional)



**El CCAES (MSPS) emite una alerta, indicando que se informe a la red de vigilancia poder realizar una detección precoz de cualquier sospecha.
Notificación urgente.**

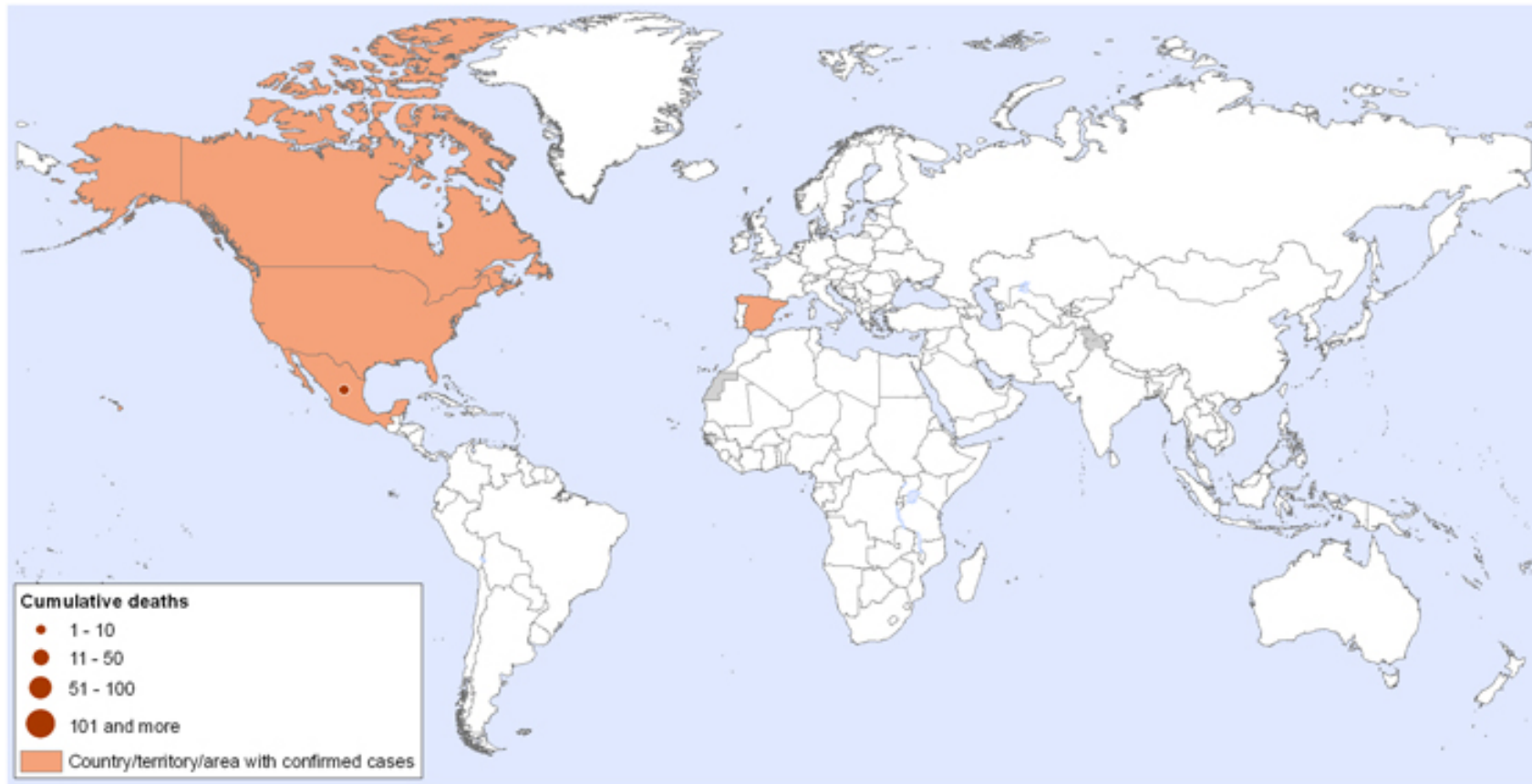
Activación del Plan de Pandemia y Subcomités

El 26 de abril se notifican los tres primeros casos sospechosos

El 27 de abril se confirma por laboratorio el primer caso



Status as of: 27 April 2009



Activación del Plan de preparación ante una pandemia de gripe

**PLAN NACIONAL DE
PREPARACIÓN Y
RESPUESTA ANTE
UNA PANDEMIA DE GRIPE**

Mayo 2005



**ACTUALIZACIÓN DEL
PLAN NACIONAL DE
PREPARACIÓN Y
RESPUESTA ANTE
UNA PANDEMIA DE GRIPE**

Diciembre 2006



Subcomités: Vigilancia, Antivirales y Vacunas, Respuesta a la Emergencia.- Activación y adaptación de protocolos

ANEXO - I

PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE LA DETECCIÓN DE INFECCIÓN HUMANA POR EL VIRUS DE LA GRIPE A/H5

ANEXO - IV

PROTOCOLO DE DEFINICIÓN DE GRUPOS PRIORITARIOS PARA EL USO DE ANTIVIRALES

ANEXO-II

MEDIDAS DE CONTROL DE LA INFECCIÓN

ANEXO IX

PROTOCOLO DE CONTACTOS EN FASES DE ALERTA PANDEMICA 4 Y 5

ANEXO - VI

INDICACIONES DE UTILIZACIÓN DE PROFILAXIS CON OSELTAMIVIR TRAS EXPOSICIÓN AL VIRUS DE LA GRIPE A/H5N1 EN FASE 3 DE ALERTA PANDEMICA

ANEXO VIII

GUÍA DEL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON GRIPE AVIAR

ANEXO - X

VIGILANCIA DE LA GRIPE EN EL TRANCURSO DE UNA PANDEMIA. FASES 4, 5 Y 6 DE LA OMS.

ANEXO XIII

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA RESPONDER A LA PANDEMIA DE GRIPE FASES 4, 5 Y 6

ANEXO - XII

GUÍA PARA LA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES QUE DEMANDAN ASISTENCIA ("TRIAGE").

PLAN DE CONTINUIDAD DE LAS EMPRESAS FRENTE A EMERGENCIAS

PANDEMIA DE GRIPE

Subcomité de Vigilancia
Junio 2006



PLAN NACIONAL DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE UNA PANDEMIA DE GRIPE
Junio 2006

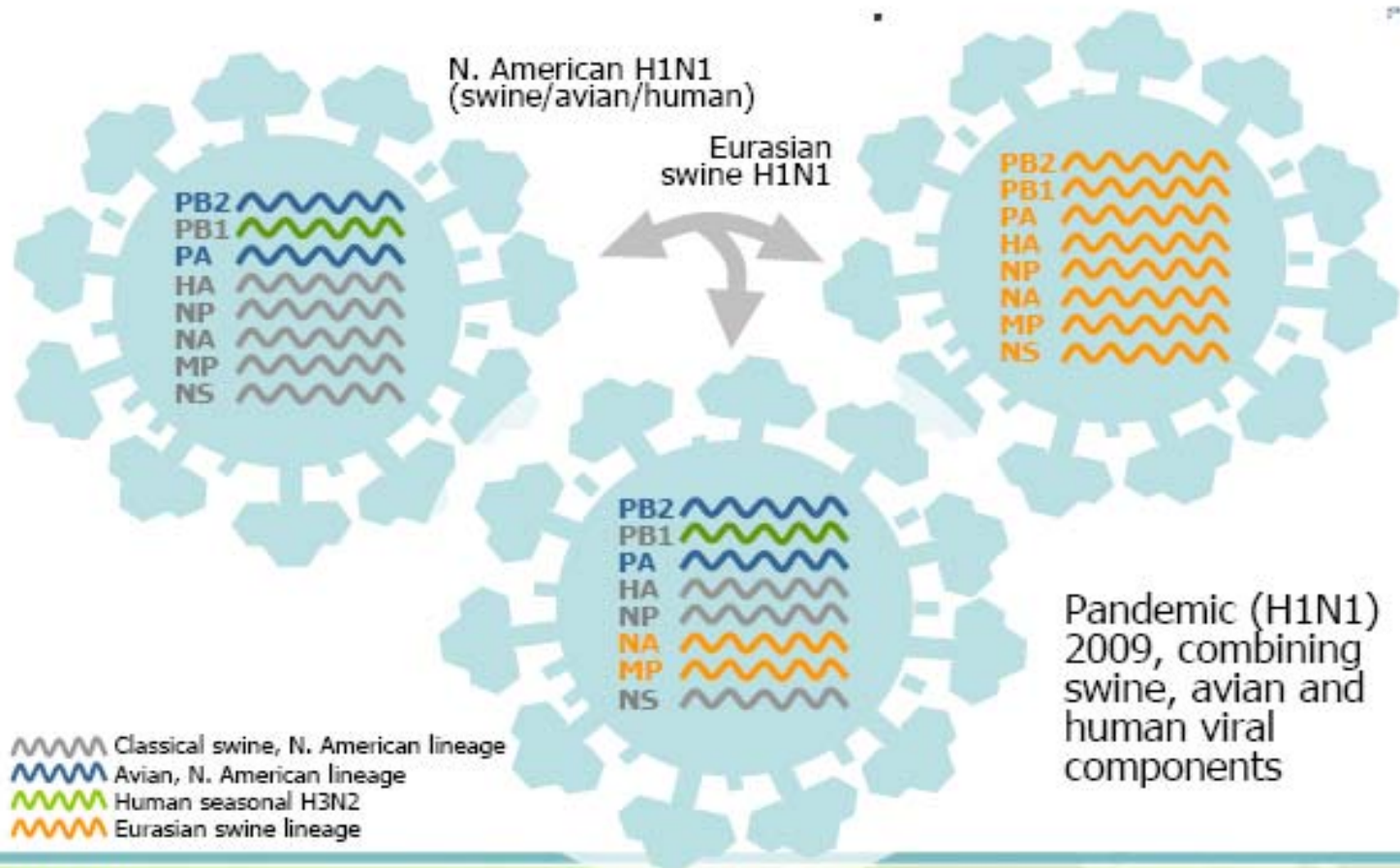


Mayo 2007

FEBRERO 2007



Origen genético del virus pandémico (H1N1)2009



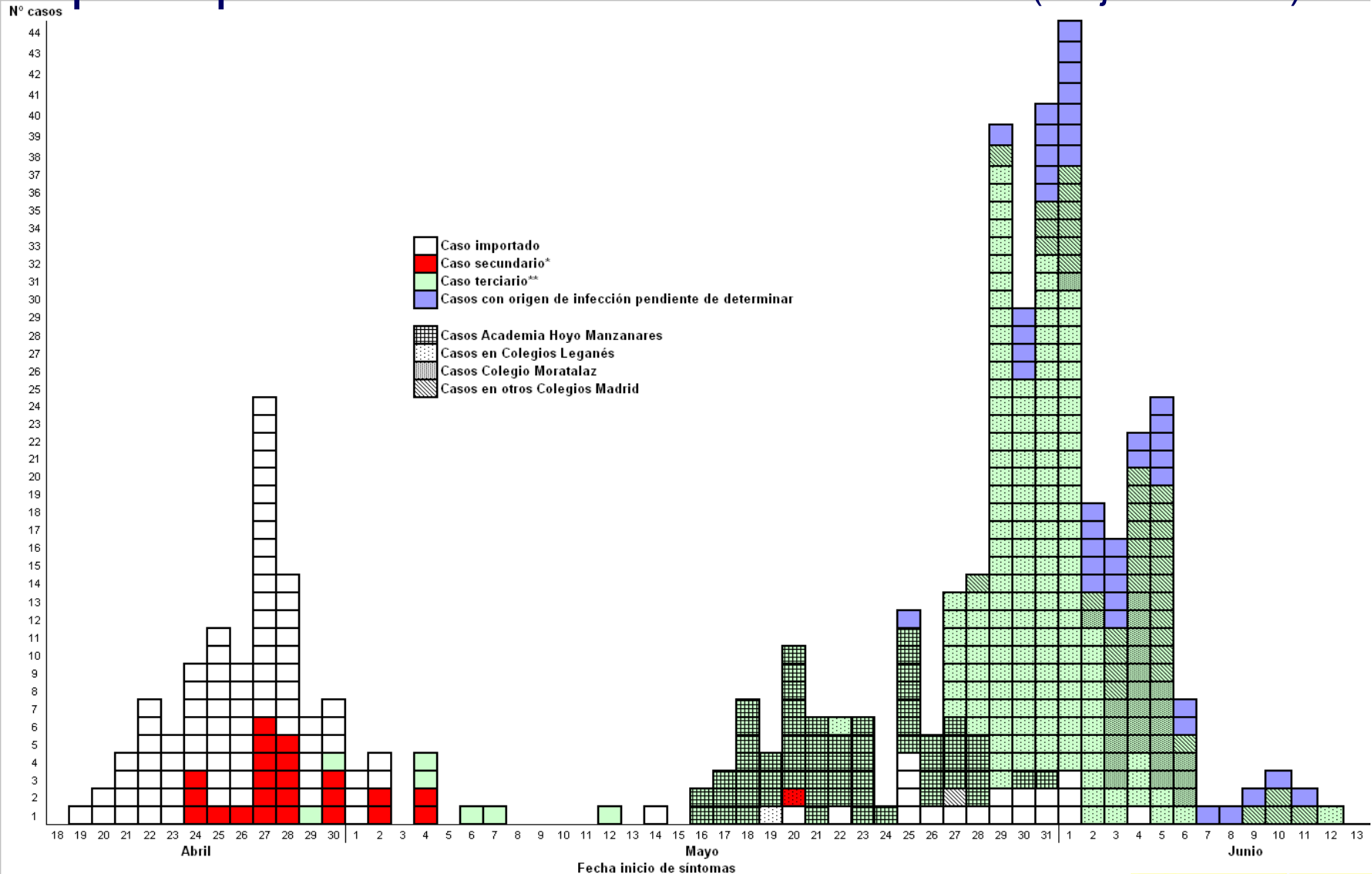
Posibles escenarios en Europa

Información epidemiológica insuficiente en un inicio para predecir posible evolución. Posibles escenarios en base a la experiencia de pandemias anteriores

	Nº de casos	Tasa Ataque	Nº Defunciones	Tasa Letalidad
Escenario A Similar al patrón estacional <i>Moderada tasa de ataque</i> <i>Moderada tasa de letalidad</i>	50 millones	10%	50.000	0,10%
	Los grupos de edad mas afectados serán de 0-4a y de 5-14a.		Mas alta en poblaciones vulnerales (mayores o con patología de riesgo)	
Escenario B Similar gripe Hontg Kong <i>Alta tasa de ataque</i> <i>Moderada tasa de letalidad</i>	175 millones	35%	175.000	0,10%
	Afectación de todos los grupos de edad		Mas alta en poblaciones vulnerales (mayores o con patología de riesgo)	
Escenario C Similar gripe española <i>Alta asa de ataque</i> <i>Alta tasa de letalidad</i>	175 millones	35%	3,5 millones	2,00%
	Afectación de todos los grupos de edad		3% en jóvenes adultos >6% en poblaciones vulnerables	

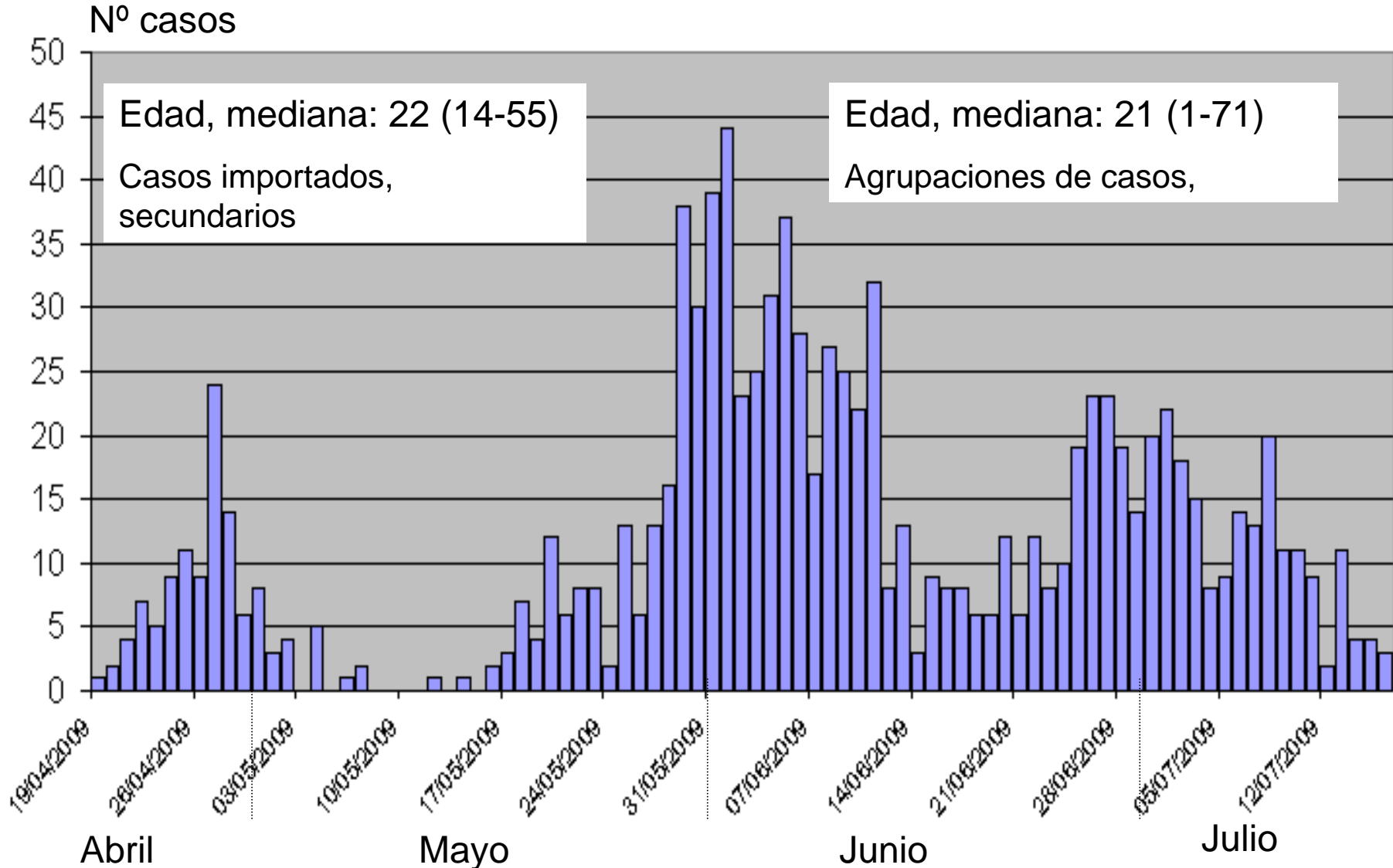
Estimaciones sobre una población de la UE27 de 497.455.033

Curva epidémica de los casos confirmados en España por fecha de inicio de síntomas (15 junio 2009)

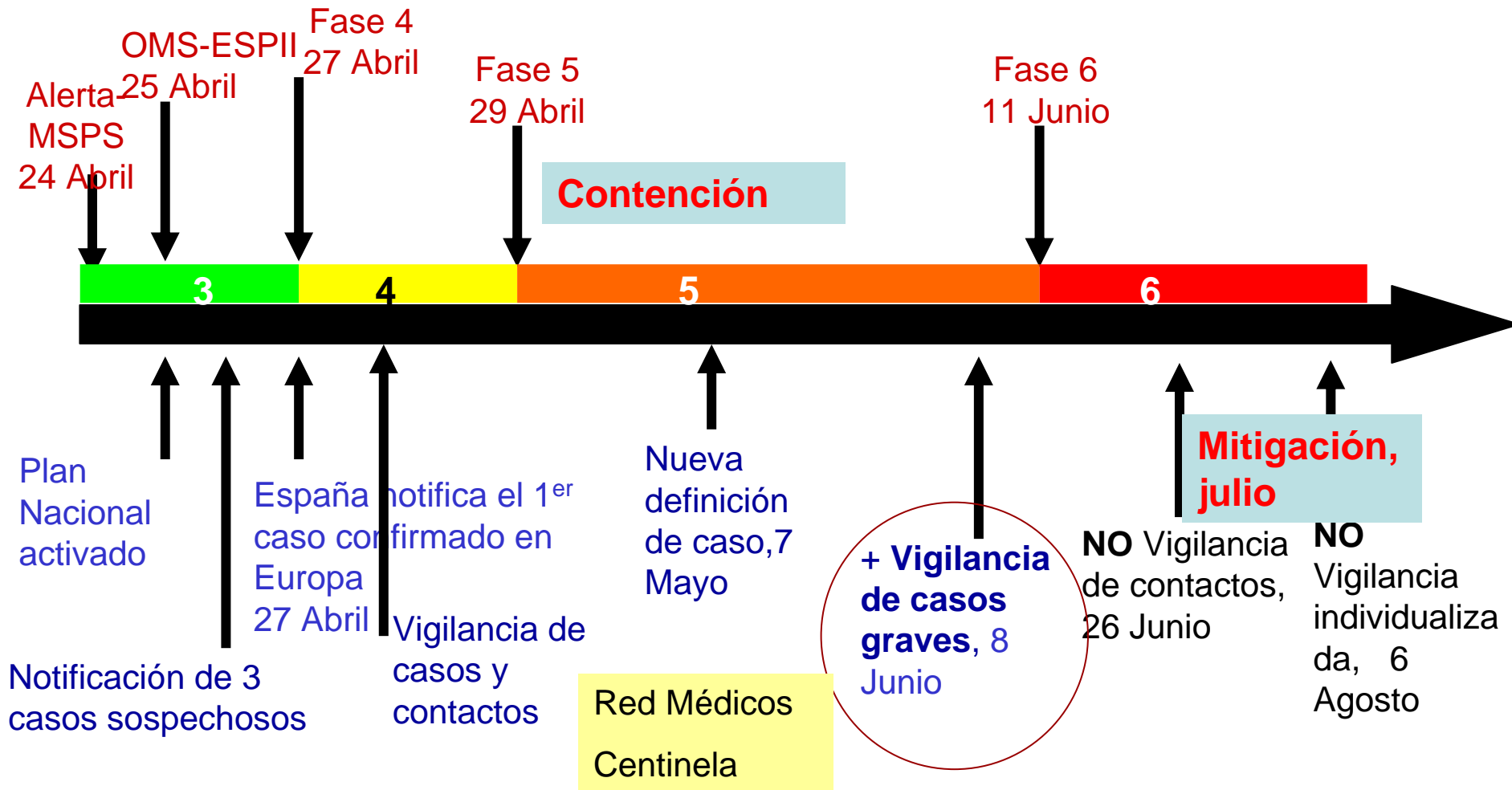


* de caso importado confirmado
 ** de caso secundario confirmado

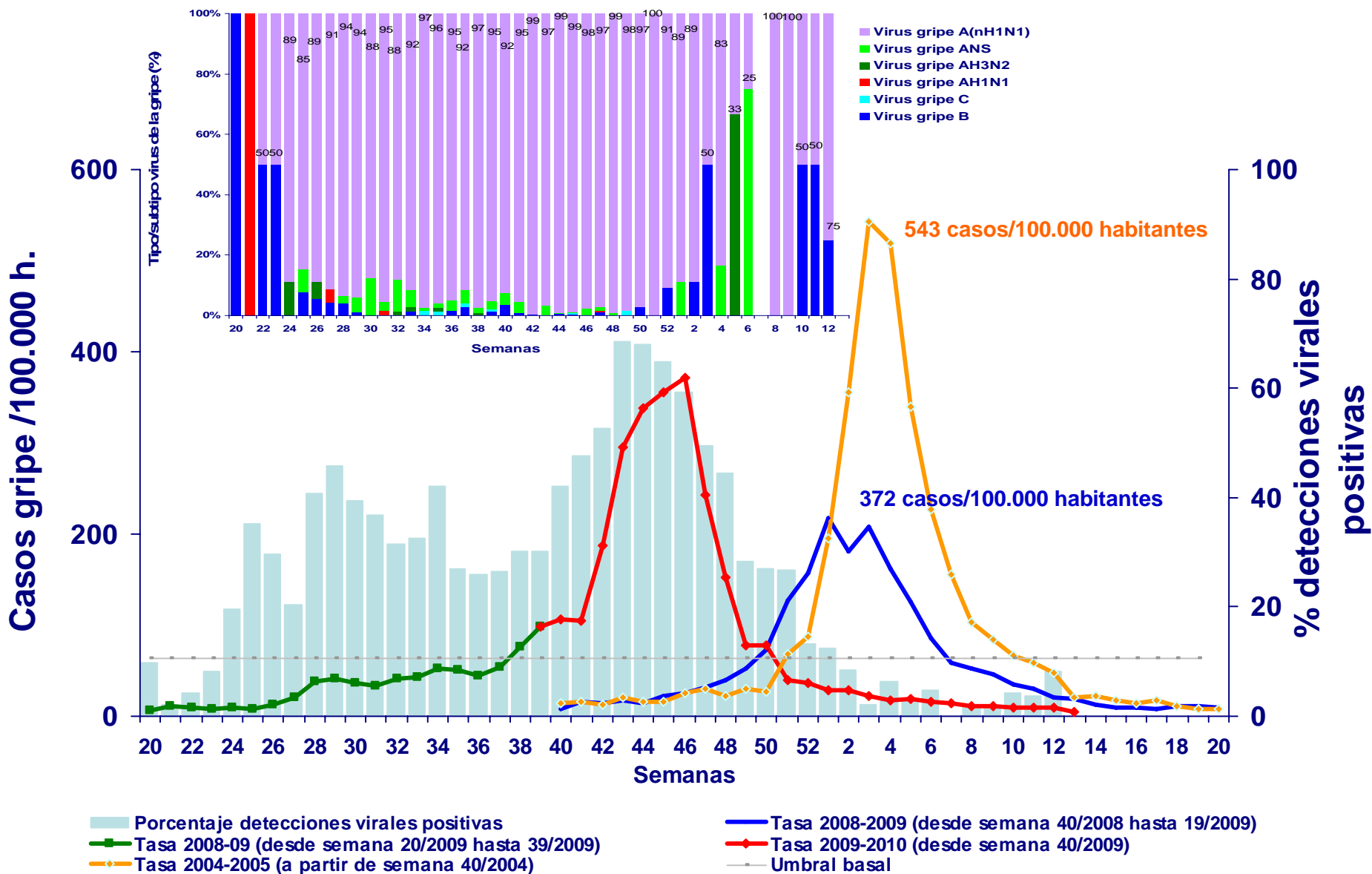
Curva epidémica de los casos confirmados en España por fecha de inicio de síntomas (22 julio 2009)



Cronograma y evolución de la vigilancia en la Pandemia (H1N1) 2009



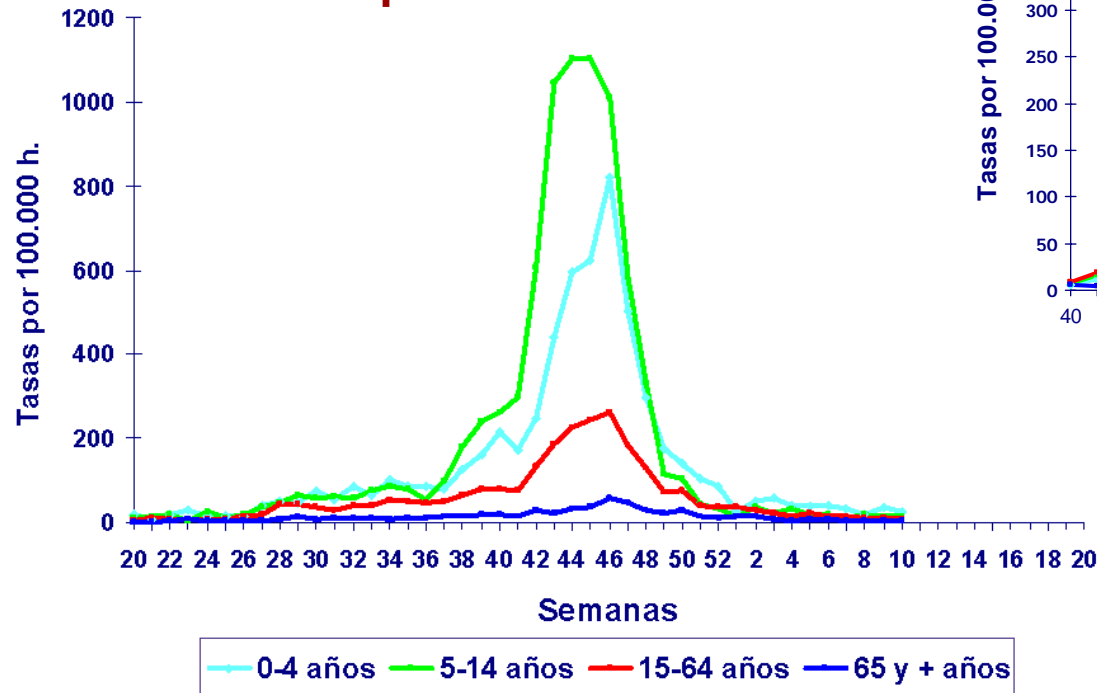
Tasa de incidencia semanal de gripe y porcentaje de aislamientos virales positivos



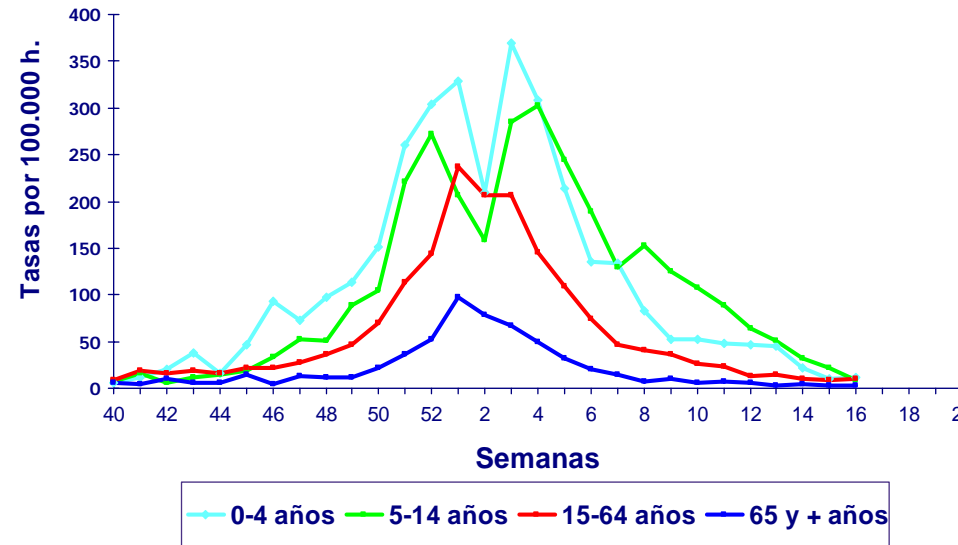
Sistemas centinela. España.

Evolución de la incidencia de la gripe por grupos de edad.

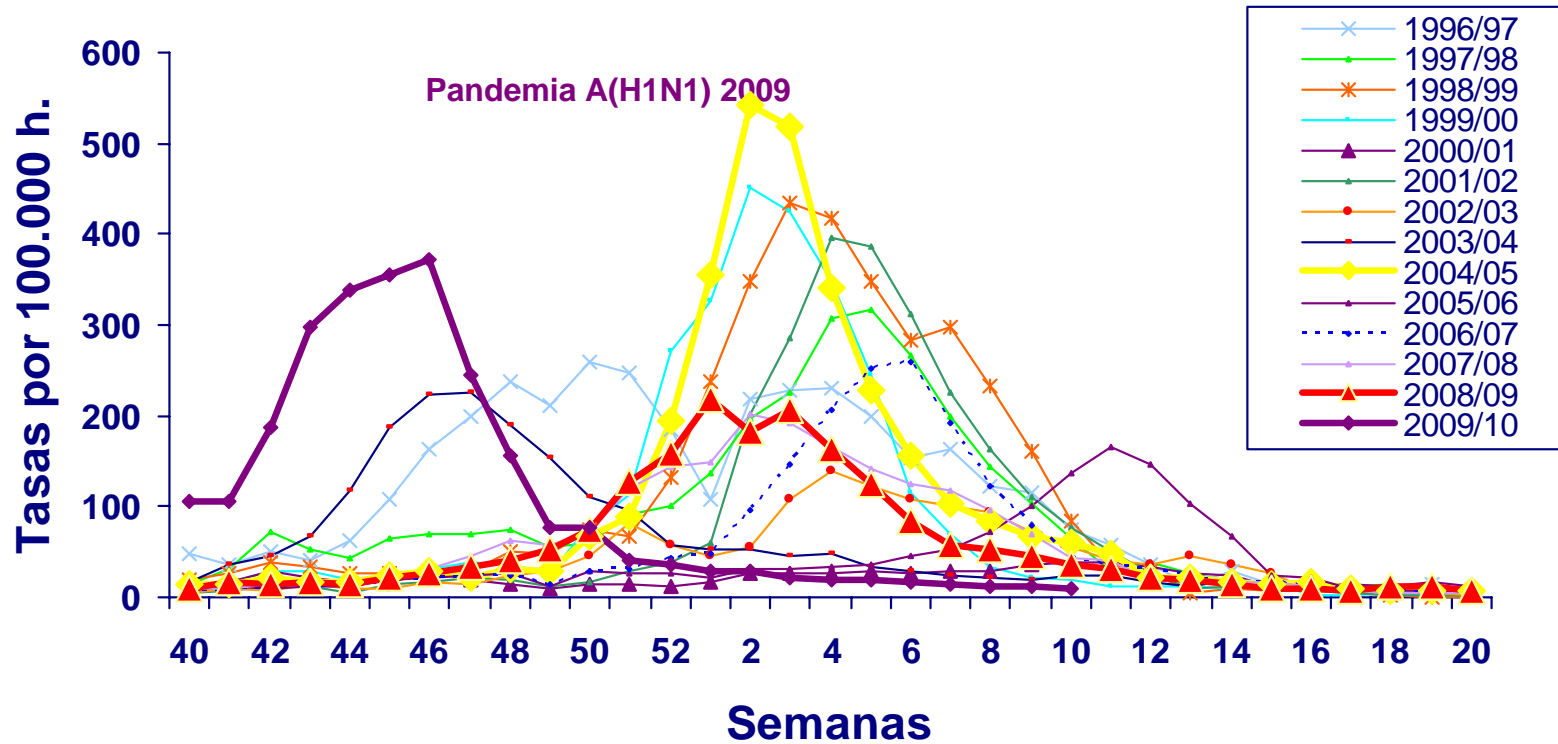
Temporada 2009/2010.



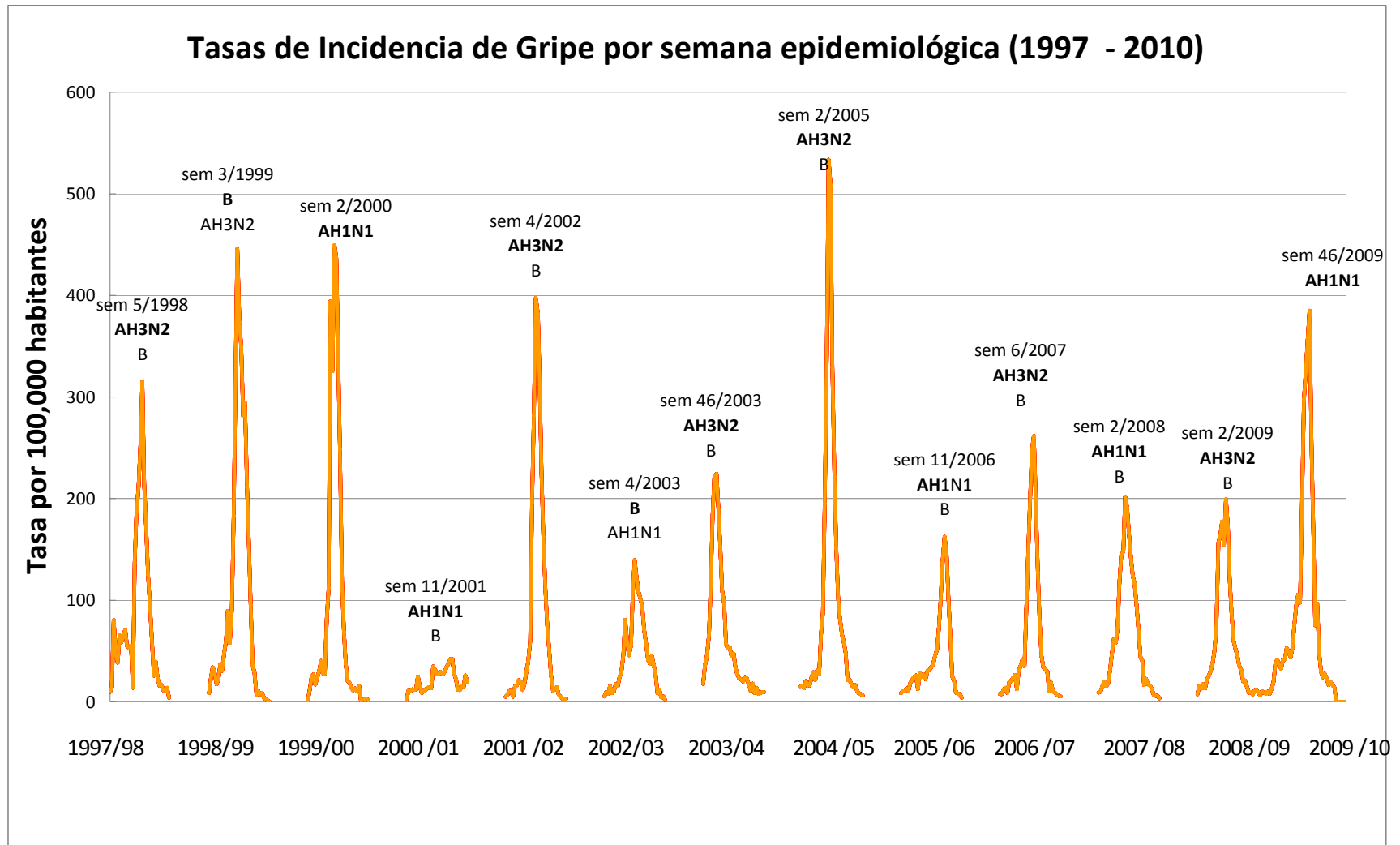
Temporada 2008/2009.



Actividad gripal en España. Sistemas centinela. Temporadas 1996/97-2009/10

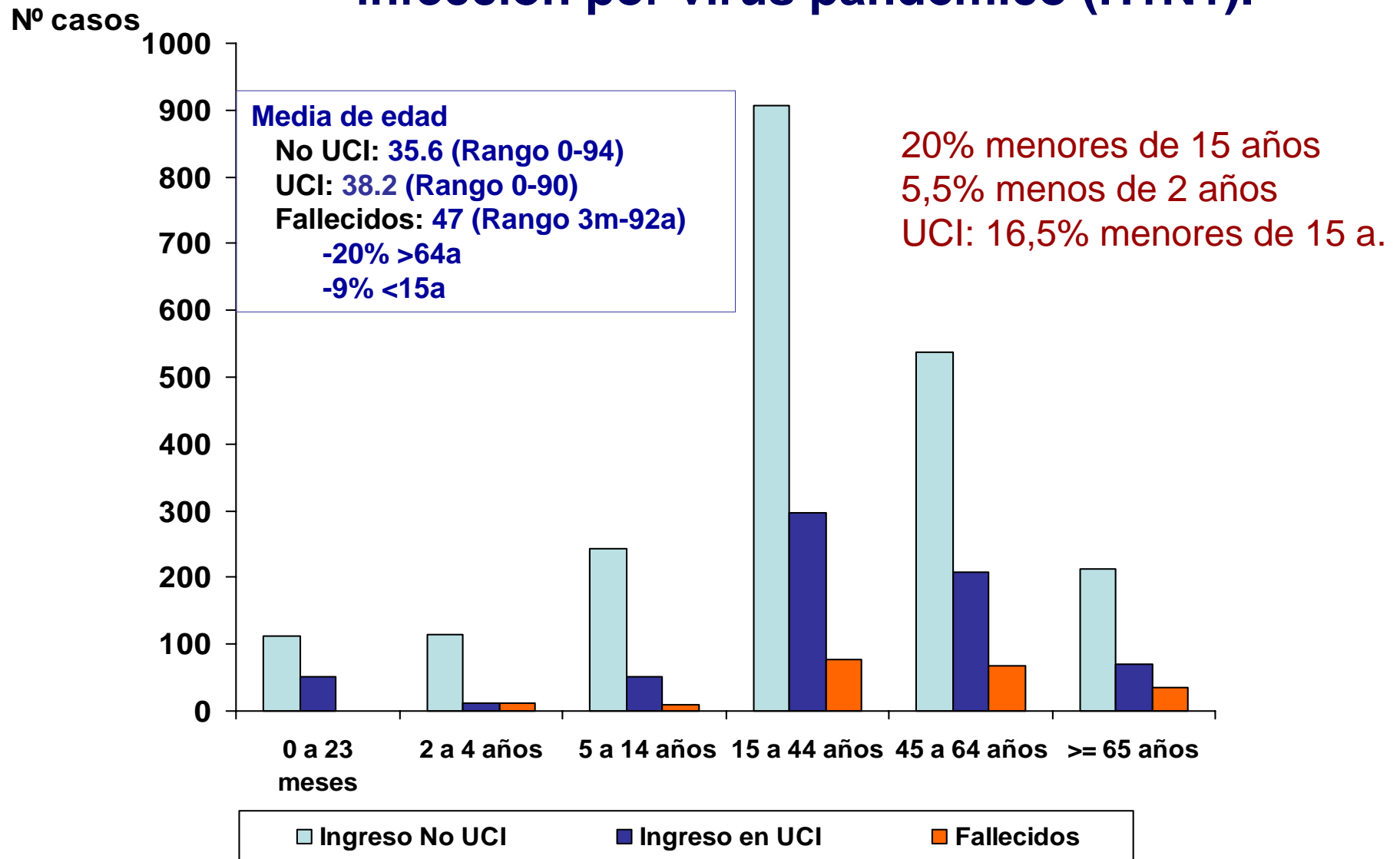


Comparación con temporadas de gripe previas. Sistemas centinela. España

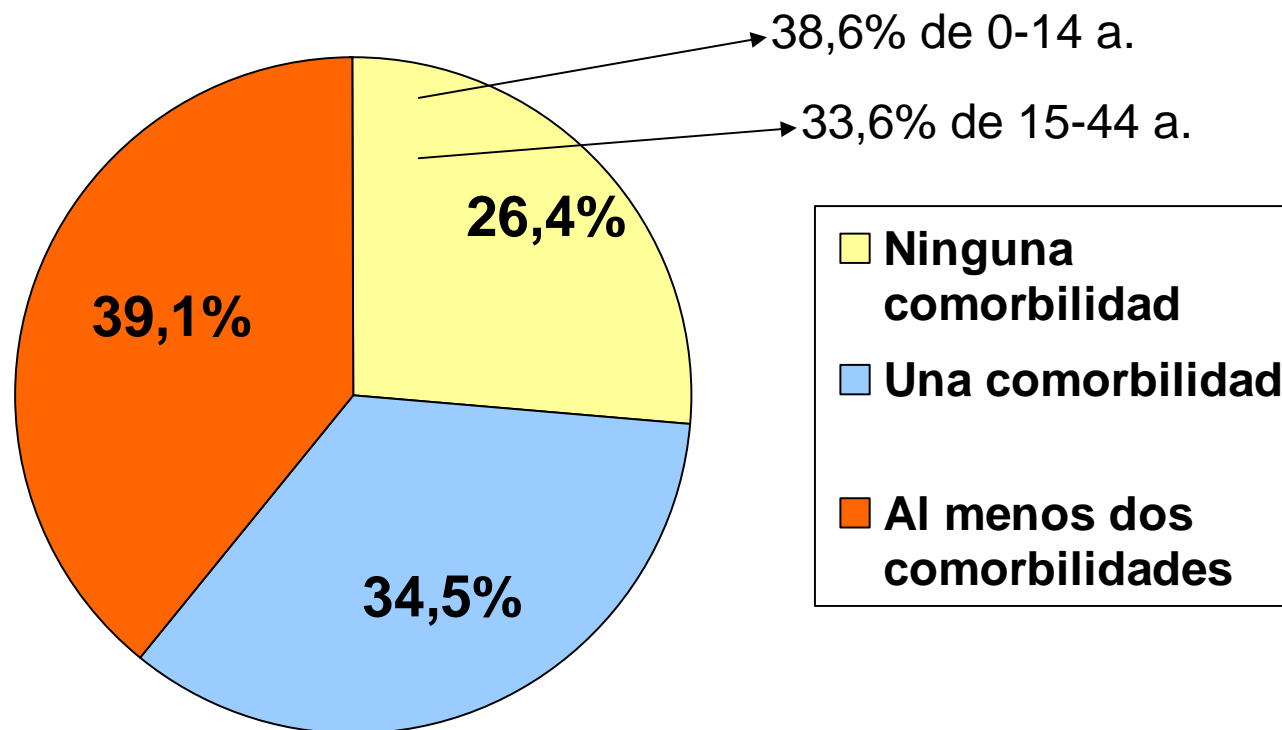


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Datos obtenidos del SVGE.

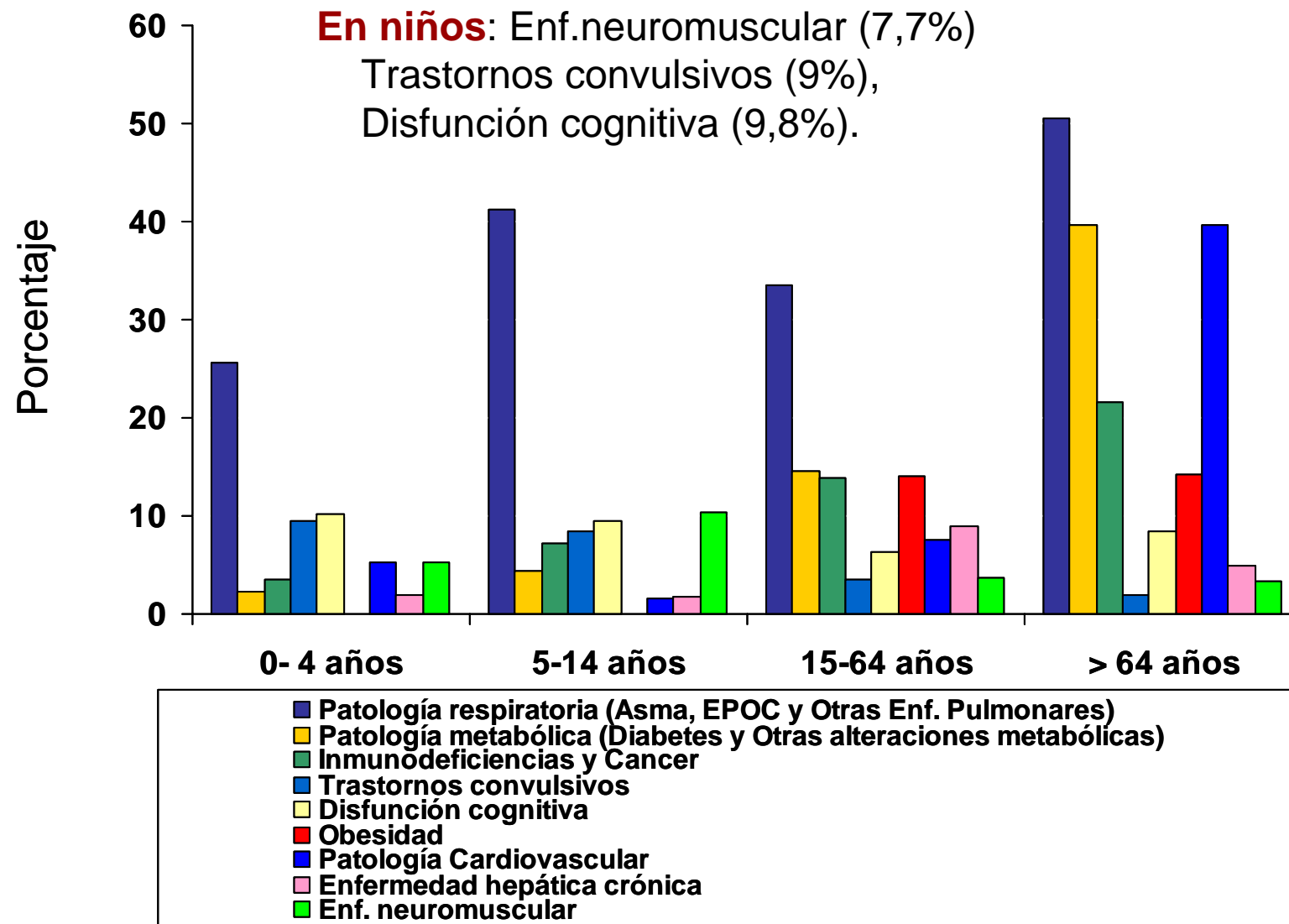
Distribución por grupos de edad de los pacientes hospitalizados en España por infección por virus pandémico (H1N1).



Presencia de patología de base en los pacientes hospitalizados en España por infección por virus pandémico (H1N1)



Comorbilidades en los casos graves por infección por (H1N1) en España por grupos de edad



Diferencias entre la gripe estacional y la gripe pandémica 2009.

	Gripe estacional 2008/9	Gripe pandémica 2009
Virus circulantes	Dos virus A (H1N1), (H3N2) y algunos virus B	Casi exclusivamente virus pandémico A (H1N1) . Algunos virus A (H3N2) y B
Resistencia antivirales	Común y transmisible al oseltamivir en A (H1N1) . Rara en A(H3N2). NO existe en B.	Rara para la cepa pandémica y muy raramente transmisible.
Lugar de transmisión	Cualquier lugar en el que se da un contacto entre personas	Las escuelas se han considerado un lugar importante, junto con los hogares.
Enfermedad severa	Aquellos en grupos de riesgo y edad avanzada	Sobretudo en grupos de riesgo, pero un 20-30% no pertenecían a ningún grupo de riesgo . Muchas personas nacidas antes de mediados de los años 50 parecen estar inmunes, pero las que presentan enfermedad: tasas más alta de enf. grave. Nuevos factores de riesgo: Obesidad
SDRA	Extremadamente raro	Poco frecuente, pero se ha dado incluso en jóvenes

Diferencias entre la gripe estacional y la gripe pandémica 2009.

	Gripe estacional 2008/9	Gripe pandémica 2009
Casos asintomáticos	No se hacen estudios, Se estima alrededor del 30%.	Los estudios de seroprevalencia apuntan a un importante porcentaje de casos asintomáticos, mayor que en la estacional.
Ro	1.2-1.3	1.4-1.6-- Diferencias geográficas
Altas tasas de transmisión	Afecta a todas las edades, pero más transmisión en jóvenes	Más altas en niños que en jóvenes adultos, poco común entre personas mayores.
Inmunidad pre-existente	Alguna inmunidad según la edad, alta en vacunados, baja en niños.	Inmunidad pre-existente en personas mayores (nacidos alrededor de 1950)
Letalidad/ Mortalidad	Se calcula por métodos indirectos.	Estimación directa: Letalidad: 0.2-0.4 por 1.000 casos Mortalidad: 0.75 por 100.000 habitantes

Lecciones aprendidas (I)

- **Estar preparados** ha marcado una diferencia importante. La existencia de un Plan de Preparación y Respuesta, con estructuras definidas de funcionamiento –subcomités- y protocolos previos elaborados permitió la organización inmediata tras la declaración de la alerta y una respuesta rápida y ordenada del sistema sanitario.

Necesidad de elaborar planes de preparación y respuesta genéricos que permitan dar una respuesta rápida, coordinada y eficaz.

- La **coordinación** con las CCAA ha conseguido que las medidas se tomaran de forma consensuada y homogénea, aunque *cuando la situación comenzó a ser desigual el consenso fue más difícil.*

Necesidad de articular mecanismos que agilicen la toma de decisiones basada en el conocimiento epidemiológico y que se pueda incorporar de forma inmediata.

Lecciones aprendidas (II)

- Los planes de respuesta deben poder adaptarse en base a diferentes situaciones o probables escenarios. **Diferentes situaciones en regiones distintas pueden implicar diferentes políticas.**
- Tener **información de calidad y oportuna** es fundamental para la toma de decisiones y establecer o adoptar las medidas de control. Desde el inicio se pudo conocer las características clínicas, epidemiológicas y virológicas de los casos y adoptar medidas para evitar la difusión (control de casos y contactos).

Fortaleza de nuestro sistema de vigilancia

- Sin embargo hubo demasiado voluntarismo en la respuesta: **Necesidad de disponer de sistemas de alerta precoz y respuesta rápida estructurados, ante cualquier evento que pueda constituir una emergencia de salud pública (RSI-2005).**

Lecciones aprendidas (III)

- La gestión de las alertas deben apoyarse en **sistemas de información avanzados**, incorporando nuevas tecnologías que permitan compartir, intercambiar y acceder de forma rápida a la información y con capacidad de análisis epidemiológico
- Estos sistemas deben tener la **capacidad de movilizar** precozmente los **recursos** necesarios que les permita intervenir en el control de la alerta.

Lecciones aprendidas (IV)

- Hay que buscar el **equilibrio entre las necesidades de vigilancia y la capacidad/saturación del sistema.**
- El enfoque multisectorial es fundamental para garantizar una respuesta adecuada (comunicación....).... **y el mensaje no siempre ha llegado de forma adecuada a los profesionales sanitarios.**
- Necesidad de **agilizar la comunicación entre los profesionales** de Salud Pública y los asistenciales, con documentos, guías e instrucciones claras, concisas **Aunque en una situación epidemiológica cambiante era necesario ir adaptando las actividades, medidas, recomendaciones, etc**

Lecciones aprendidas (V)

- Como cualquier enfermedad nueva genera **incertidumbre** acerca de la difusión, gravedad y consecuencias..... **Se debe proporcionar información clara y oportuna a la población para disminuir el temor y evitar la circulación de falsa información.**
- Informar de lo que se conoce y lo que aún no se sabe; negativo la obsesión por infundir certezas.
- Explicar a la población que la aplicación de políticas distintas no son inconsistentes, sino que pueden deberse a realidades locales distintas..... **De forma especial al inicio de la alerta había situaciones muy distintas entre países que implicaban medidas de control diferentes, lo que podía generar desconfianza.**

Lecciones aprendidas (VI)

- **Excesiva demanda de información** de responsables políticos y medios de comunicación, a veces se proporcionaba una sobreinformación, mucha información y poco análisis.
Establecer protocolos de comunicación desde el inicio.
- En algunos momentos las decisiones políticas se han “mezclado” con las técnicas.
- Papel de los **nuevos canales de comunicación** (internet, blogs, etc..), en ocasiones aportando excesiva información, a veces generando incertidumbre,pero también se puede **usar de forma positiva.**
- Deben **detectarse las debilidades** en los planes e intentar corregirlas..... **Necesidad de evaluar la respuesta.**

Lecciones aprendidas (VII)

- La **coordinación internacional** fue mas complicada de lo esperado (cierre de frontera, prohibición de exportar productos de cerdo,...), medidas sin base científica que causaron pérdidas económicas.
- Las **fases de alerta pandémica de la OMS** causó confusión: basadas en criterios de difusión geográfica y patrones de transmisión, no parecían corresponderse con la realidad del brote.
- La OMS está considerando **revisar las fases de alerta pandémica** e incluir **criterios de gravedad**.