



Ministerio de Salud Pública

NOTICIAS DEL MSP



Ministerio de Salud Pública

Montevideo, jueves 5 de agosto de 2004

BACTERIA RESISTENTE ACTUALIZACION DE INFORMACIÓN

DIRECCION GENERAL DE LA SALUD – MSP
CONFERENCIA DE PRENSA

DR. DIEGO ESTOL

Como habíamos quedado comprometidos en periódicamente ir dando información de la evolución del problema este del estafilococo metizilino resistente, la idea es dar un estado de situación al día de hoy. Nosotros en el día de hoy, hemos verificado a partir de información que ha surgido en la prensa, cuál es la situación real de algunos Centros que se involucran con posibles brotes epidémicos vinculados a este tema.

Les queremos decir que aquí tenemos información del día de hoy, corroborada por la Dirección de esos Centros y además por los bacteriólogos de esos Centros, que en el caso de la Colonia Santín Carlos Rossi, de que tiene 500 personas internadas, existen 15 personas con lesiones de piel y de esas 15 personas hay una que tiene un dato confirmado de meticilino resistente comunitario y otra persona que es un portador no enfermo que tiene el germen en cuestión. También en ese Centro hay 4 funcionarios que están en estudio para ver si los casos que ellos tienen de lesiones de piel podrían estar involucrados o no.

En cuanto al Instituto Nacional de Oncología, el germen que se involucra allí, según nos informó el Comité de Infecciones de dicho Centro, es el meticilino resistente hospitalario, que no es el germen involucrado con la comunidad. Esa es la información que nos dio las autoridades de ASSE y que nos dio el Comité de Infecciones del Instituto Nacional de Oncología.

Y en el caso del Pereira Rossell hay una información que nosotros estamos analizando a partir de los datos que nos dio la Dirección del Hospital más lo bacteriólogo del Hospital, que en algunos de los casos que se plantean muertes de neonatos no está vinculado este germen sino que hay otros gérmenes involucrados y otras bacterias. En un caso puntual, podría estar este germen vinculado y en otro caso, sí hubo una muerte causada por el germen meticilino resistente comunitario. Lo que también queremos decir que en estos casos de estas muertes hay otros elementos que influyen, son niños de bajo peso con infecciones generalizadas y algunos de condiciones socioeconómicas difíciles.

Y en ese sentido son todos los otros elementos que tenemos que evaluar objetivamente, a ver que es lo que determina la muerte de estos pacientes, en el caso del Pereira Rossell. Así que esa es la situación con respecto a las Colonias.

Tenemos un informe del día de hoy de las cárceles, la incidencia en las cárceles de infecciones de piel, léase forunculosis, léase lesiones cutáneas, aproximadamente tiene incidencia el 3% y no es el 40% que se denunciaba el año pasado. Esa situación en las cárceles quiere decir que esas lesiones que tiene un contenido del 3% no quiere decir que todas esas lesiones tengan que ver con este germen que está en cuestión. Esa es toda la información oficial que todos los sectores responsables nos dieron al día de hoy. En cuanto a los temas de evolución de la situación me gustaría que la Dra. Paparamborda, responsable del área de epidemiología, nos informara de la situación al día de hoy, y luego el profesor Savio informara un poco de la situación desde el punto de vista de tratamientos, etc

Hay un dato importante: nosotros hoy invitamos formalmente al Sindicato Médico del Uruguay a enviar delegados técnicos para participar y validar la información. Esta claro. Que quiere decir eso: que los técnicos nuestros acá, que vengan técnicos de afuera, que estudien la información y empezamos a dar información convalidada por todos los sectores hacia la población.

Nosotros pasamos la invitación formal por nota en el día de hoy.

Nosotros seguimos en el entorno de los 5 casos. Estamos trabajando en la confirmación de otros casos eventuales y en esa situación estamos trabajando. Pero no queremos dar cifras que no responden porque algunos casos que fueron denunciados, en estos momentos vemos que las muertes en el caso del Pereira Rossell fueron por otras dos bacterias, casos que tenemos que analizar y tener datos bacteriológicos para confirmar.

Muertes recientes, nosotros la única que tenemos es una del 29 de julio de 2004. Esas de ahora. Estamos en la verificación.

DRA. MARIA DEL CARMEN PAPARAMBORDA

Con respecto al número de casos nosotros seguimos procesando la información de dos formas. Todavía estamos recibiendo notificaciones anteriores y estamos introduciendo las notificaciones a la fecha. Creemos que en un par de días vamos a tener la posibilidad de poder brindar la información en forma diaria dado que estamos llevando dos registros diferentes, lo que es acumulado y lo que ingresa día a día. Con respecto al punto de vista epidemiológico lo que quiero hacer más hincapié, que ya se había dicho en otras oportunidades, no es tanto el número de casos que podamos manejar sino que toda la población sepa cuáles son las medidas de prevención, que se tomen las medidas de prevención que son fundamentalmente el lavado de manos, la higiene personal, la higiene del hogar, el no compartir ropa ni toallas ni ningún elemento de uso estrictamente personal que es la forma más práctica de poder colaborar en la disminución del número de casos. Sabemos que en algunas circunstancias estas situaciones son difíciles pero que sí hay que extremarlas, que son medidas de bajo costo que las estamos recomendando a nivel poblacional.

Estamos hablando de brotes epidémicos que están apareciendo en determinados grupos de riesgo, comunidades cerradas o poblaciones en situación socioeconómica que favorecen el hacinamiento.

La epidemia es aquella epidemia explosiva que aparece en una gran cantidad de casos en todo el país como veíamos que aparecía el sarampión cuando no había vacunación.

Los brotes epidémicos son más bien en grupos cerrados, ya sea porque sea una comunidad cerrada o porque sea un grupo de población que comparten ciertos factores de riesgo.

La escuela fue visitada por técnicos dependientes de esta unidad. Si bien existen niños que tienen lesiones de piel, son lesiones no compatibles con la infección, es una escuela que tiene ciertos problemas, que está inserta en una zona carenciada y no existe ninguna situación anormal.

Juicios de valor y de evaluación no vamos a hacer. Vamos a incentivar todo lo que sea la notificación a punto de partida en los servicios de salud por parte de los médicos y del personal de salud como está dispuesto en un decreto de este Ministerio que fue aprobado en el presente año. A lo cual va a ser a través de cursos para algunos casos, motivación en otros. Por otro lado estamos reorganizando esta unidad a fin de tener un manejo de la información en forma más fluida. Eso es fundamentalmente los lineamientos en que estamos trabajando en este momento. Contamos con el personal capacitado, contamos con tecnología y en este momento estamos trabajando con un sistema de información único que permite tener acceso rápido a la información.

DR. EDUARDO SAVIO

Nuestro grupo de trabajo tuvo la oportunidad de analizar los decesos, la historia clínica, la información con los médicos tratantes, todo lo que pudimos obtener. En realidad fueron decesos tratados, los primeros empíricamente, cuando no se conoce exactamente el tratamiento, pero la gran parte de ellos fueron tratados en forma dirigida, con el antibiótico adecuado en tiempo y en dosis. Eso está demostrando que aún, con un tratamiento bien dirigido puede haber mortalidad. Y acá importa algo que es muy crítico destacar, si bien esto es importante y evidentemente alarma a la población, cosa que todos podemos entender, la letalidad es decir, la muerte directamente por este germen, ha resultado ser, de acuerdo a todo lo que estamos procesando, muy inferior a otras enfermedades transmisibles, muy inferior incluso a la enfermedad meningococcica por todos ustedes conocida. Entonces estamos ante un brote epidémico con dispersión en algunas áreas geográficas y con una letalidad que si observamos subjetivamente con el criterio que nos da la perspectiva del tiempo, resulta ser baja. Eso no quiere decir que no tomemos las medidas de control, de prevención y de tratamiento.

Los primeros casos, estos vendrían a ser un 0.48%, exactamente de acuerdo a nuestros datos, pero como todas las enfermedades emergentes, como toda patología nueva, este concepto es muy dinámico, cambiante y seguramente esta letalidad que les estamos transmitiendo hoy podrá variar en más o en menos. Esperemos de que para menos en la medida de que la gente lo conozca más de que los médicos lo tratemos en forma más precozmente en forma dirigida y que intercambiamos más información porque el concepto es importante.

Yo entiendo la lectura que ustedes le están dando a esto, pero no es tan así. Los sistemas de salud se nutren habitualmente de la información que dan los efectores de salud. Cuando uno recibe información en tiempo y forma actúa una respuesta compatible con eso. ¿Qué es lo que tenemos ahora? Ya hace como dos meses que se viene hablando más dinámicamente de esto. Se intercambió mucha más información entre los agentes tratantes y el grupo asistencial y técnico. Entonces estamos obteniendo una información mucho más precisa que permite tomar decisiones. Esto está demostrando que cuando los sistemas de salud conocen la información que viene del sector puede actuar de forma rápida y adecuada, tal como se está dando en este momento. Una información dinámica, con un gran intercambio en todos los sectores, con redacción de pautas de conducta y tratamiento, con información puesta en sitios WEB de Uruguay, en varios Centros del MSP, del SMU, de la Cátedra de Infectología. O sea que en la medida que

compartimos esa información en tiempo y forma adecuadas, nuestras respuestas son más adecuadas también.

Esta respuesta que está dando el sistema de salud es independiente del planteo del SMU. Es algo que surge de nuestro trabajo, de la objetivación de datos de una respuesta coherente con medidas sanitarias puntuales. Evidentemente las medidas coercitivas no funcionan. Entonces qué estamos haciendo. El diálogo directo con las partes involucradas. Tenemos dificultades en obtener una información, estamos llamando, tenemos dificultades en interpelar un resultado, hablamos con los médicos involucrados y a su vez se crea la retroalimentación por lo cual los médicos están muy estrechamente en contacto con nosotros, ahora telefónicamente, por mail o personalmente y estamos actuando en forma más cooperativa. Quiere decir que no es tanto por la ordenanza o por la ley sino por la necesidad de ambas partes.

El cuerpo médico de sentirse apoyado por la autoridad sanitaria, con pautas y reglas claras como las que están saliendo y la autoridad sanitaria con la información que le da ese cuerpo médico.

Hay un cambio claro en el comportamiento del cuerpo médico, con una actitud de mayor comunicación de todas las partes. Creo que el cuerpo médico ha ido entendiendo que de una comunicación fluida salen conductas más apropiadas.

Así que yo le insisto que esto no depende de una postura referida por los compañeros del SMU, esto emerge de un grupo de trabajo que está profundamente involucrado con el problema.

En ese aspecto la Dra. Paparamborda puede dar un aporte exacto al tema.

DRA. MARIA DEL CARMEN PAPARAMBORDA

Con respecto a su pregunta, la vigilancia epidemiológica existe distintas formas de hacerlo. La forma pasiva en la que recibimos las notificaciones, las modificamos y las registramos. Existe otra forma que es la búsqueda activa de casos, es muy beneficiosa cuando el número de casos de una enfermedad no es muy elevado porque tiene un alto costo. O sea, es muy difícil contar con la cantidad de los recursos necesarios cuando existen muchos casos para ir a buscar. Nosotros podemos hacer búsqueda activa de casos frente a la sospecha de meningitis, frente a la sospecha de hantavirus, o sea enfermedad que produce casos pero pocos porque tienen costos operativos mayores. Se necesitan traslados, se necesitan funcionarios capacitados y demás. Cuando nosotros en este momento ya sabemos que tenemos un brote epidémico, internamente nosotros tengamos 600 o 650 no nos varía tanto la actitud ni las acciones que vamos a hacer. Lo que nos interesa es ver como se va dando la tendencia. Si nosotros mañana salimos a hacer búsqueda activa, vamos a tener un pico pero que no está registrado, pero no nos va a cambiar el diagnóstico epidemiológico de un brote epidémico. Es distinto si yo tengo un caso de meningitis o dos y salgo a hacer una búsqueda activa y encuentro tres más, es diferente la situación. Entonces lo que nosotros estamos ahora es ingresando la información día a día, para ver la tendencia, para ver si se mantiene constante, si comienza a descender y por otro lado los bacteriólogos también están estudiando lo que es epidemiología, si se mantiene la resistencia o si la resistencia cambia.

Sabemos que no estamos frente a una enfermedad exótica que nosotros no sepamos. Es una enfermedad emergente. O sea, que ustedes saben que desde el punto de vista epidemiológico nosotros hablamos de enfermedades emergentes. Los agentes cambian su sensibilidad porque están expuestos a antibióticos porque en nuestra población existe una costumbre de la automedicación. Al estar

expuestos los agentes a distintos antibióticos, van generando resistencia. Es una patología que en sí, sin ser aquellos casos que requieren internación y demás, son enfermedades en una presentación controlable, que en algunos casos no requieren medicación sino medidas de higiene y que nos encontró a todos en un momento en que no lo esperábamos, por eso es emergente pero que en este momento se están tomando todas las medidas para tenerla en forma controlada. Esa información existe en los centros y servicios de salud que están informados y existe, como decía el Dr. Savio, una cooperación del cuerpo médico de notificar, de cumplir con las directivas y creo que la población también está dándose cuenta que el uso indiscriminado de medicamentos, hoy es un estafilo mañana puede ser un meningococo, y la situación va a ser muy grave cuando se haga resistente a los antibióticos a los cuales en este momento se necesitan. Este es uno de los mensajes fundamentales a la no automedicación.

DR. DIEGO ESTOL

Justamente hay un equipo en Uruguay trabajando en otro tema del centro de Atlanta y estamos preparando las muestras porque además la misma cepa tiene variables dentro del país, juntar las cepas esas que ya tenemos mas o menos en curso y la idea es enviarlas a Atlanta. No es fácil el transporte biológico por correo, implica una cantidad de cuidados especiales y en ese sentido estamos coordinando el envío ahora en estos días para Estados Unidos.

La resistencia bacteriana es un tema permanente, hoy en día tenemos resistencia a otros gérmenes que están ocurriendo. El tema es cuando el volumen de esa resistencia se transforma en un hecho de salud pública. Porque nosotros tenemos gérmenes en todos los hospitales de otro tipo que ya están demostrando indicadores de resistencia que capaz que el año que viene, a fin de año, van a empezar a generar formas resistentes. Y en ese sentido es importante la información, porque la única forma de cuantificar dentro del esquema de esa bacteria, cuando es que empieza a tener un nivel de resistencia que empieza a preocupar a la salud pública. Y ese es un tema que lo van a ver ahora, el año que viene y en los próximos años.

