

Brote de salmonelosis asociado al consumo de pollo precocinado

Julia González Alonso

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública
Consejera Técnica Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo*

Durante la segunda quincena del mes de julio y primera de agosto de 2005 se produce un brote de salmonelosis asociado al consumo de pollo precocinado con un total de 2.911 casos, de los cuales 324 se presentaron como casos aislados y el resto en 802 agrupamientos, distribuidos por todo el territorio nacional (excepto Canarias y Melilla). Necesitaron hospitalización el 8,7% de los afectados, en ninguno de ellos hubo compromiso vital a excepción de un fallecimiento en un varón de 90 años.

En definitiva, una epidemia de naturaleza benigna, pero de una magnitud muy superior a las demás observadas en los últimos años en nuestro país, con origen similar.

Descripción de los hechos y medidas adoptadas

En la mañana del 28 de julio la Comunidad Valenciana comunica a la Red na-

cional de Vigilancia epidemiológica de la detección de brotes familiares de una toxiiñfección alimentaria, información que el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) transmite a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAs).

Tanto el CNE como la AESA establecen, esa misma mañana, las alertas correspondientes a sus respectivos circuitos.

Los datos existentes hacen sospechar que el alimento vehículo del brote es un pollo asado precocinado envasado al vacío y comercializado través de una amplia red de distribución. Iniciándose de inmediato las gestiones de inmovilización y retirada del mercado del alimento sospechoso, así como la inspección de la industria elaboradora.

La AESA informa de que el mismo día 28 la empresa comercializadora del alimento sospechoso había dispuesto la interrupción de la producción.

Distribuidos un total de 191.000 pollos se consiguen retirar 183.600, los

7.400 restantes están entre los consumidos y los destruidos directamente por los compradores.

El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas comienzan, ese día, una campaña informativa a través de distintos medios de comunicación, para evitar el consumo del alimento incriminado ya adquirido por los consumidores.

Nueve de los afectados habían comprado el pollo en fecha posterior a la de intervención y el 21% de los casos lo consumieron después del inicio de las campañas de información.

Diariamente el Ministerio de Sanidad y Consumo facilita un comunicado de prensa actualizando los datos de casos acumulados y hospitalizados.

Las Comunidades Autónomas emiten, a su vez, la información correspondiente a su territorio.

El 8 de agosto la Ministra de Sanidad y Consumo comparece en rueda de prensa para informar sobre el brote.

Se comunica la situación al sistema de alerta precoz y respuesta de la Unión Europea, y a la red europea de enteropatógenos, a través de los cuales se conoce la existencia de ciudadanos daneses, franceses, holandeses, del Reino Unido y Suecia afectados de un proceso compatible con el brote español, tras vacaciones en nuestro país.

Las investigaciones epidemiológicas, microbiológicas, de vigilancia, inspección y control establecidas confirman que la toxiinfección alimentaria analizada está producida por una *Salmonella* entérica serotipo Hadar, presente en el alimento sospechoso: pollo asado precocinado envasado al vacío.

La distribución temporal de los casos por fecha de los primeros síntomas de la enfermedad nos informa de que el primer caso inició los síntomas el día 13 de julio, y el último el 6 de agosto; el 95% de los casos ya se habían manifestado el primer día de este último mes. El pico epidémico coincide con el fin de semana y el día de Santiago, festivo en varias Comunidades, circunstancia que apunta al aumento de consumo de un alimento precocinado y retraso en la solicitud de asistencia sanitaria, lo que marcó la fecha de detección del brote, por lo que se puede concluir que tanto los supuestos planteados como las actuaciones realizadas fueron los adecuados en el tiempo y en la forma, si bien con respecto a esta última señalar algunas reflexiones nos ayudará a mejorar actuaciones de futuro.

Desde el punto de vista estrictamente técnico el brote no ocasionó ningún problema especial, la profesionalidad de todos los que intervinieron y la protocolización de una situación de etiología

conocida hicieron que el abordaje fuera más que adecuado, a pesar de las complicadas fechas en que se presenta (puente de Santiago, último fin de semana del mes de julio y comienzo de vacaciones de verano). Sin embargo, más allá de las actuaciones científicas, se plantearon situaciones que enturbiaron la gestión del proceso.

Puntos críticos/situaciones que plantearon problemas en la gestión del brote

1. La coincidencia del inicio de la campaña informativa con la salida de vacaciones y de fin de semana de una gran parte de la población, pudo sin duda influir en que el mensaje no llegara a toda la población hasta el comienzo de la siguiente semana (1-2 de agosto), lo que vendría a explicar el porcentaje de ciudadanos que compraron o consumieron el pollo sospechoso con posterioridad a la fecha de información.

2. La disociación entre los datos que a los medios de comunicación facilitaban el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, producto de la diferencia horaria en la captación de los mismos. El Ministerio de Sanidad y Consumo remitía su comunicado al mediodía y las Comunidades en horario

de tarde, lo que les permitía facilitar información más actualizada.

3. Falta de comprensión y errónea interpretación por parte de los medios de los datos suministrados. El cúmulo creciente de pacientes era percibido como una falta de control del brote por parte de las autoridades sanitarias, sin encontrar la diferencia entre nuevas notificaciones y casos nuevos a partir de las intervenciones realizadas.

4. El serotipo Hadar de la salmonella implicada planteó igualmente comentarios inadecuados, al ser un tipo poco frecuente, aunque no extraordinario, en nuestro país, problemática bien resuelta ante una rápida actuación a partir de la oportuna información suministrada por el Centro Nacional de Microbiología.

5. No siempre la información generada circuló con la celeridad pertinente entre todas las unidades actuantes.

6. Algunas Comunidades manifestaron su disconformidad con la coordinación establecida, fundamentalmente la referida al papel desempeñado por las distintas unidades ministeriales implicadas, intercambio de información y acciones ante la empresa comercializadora del alimento causante del brote.

7. La no presencia física de la Ministra de Sanidad y Consumo en el Ministerio, debido a las fechas en que se desarrolla

el brote, y las características del mismo, ocasionó una presión mediática muy importante, instrumentada a su vez de forma política, distorsionando la gravedad de la situación.

La presión disminuyó significativamente a partir del 8 de agosto, fecha de la rueda de prensa de la Ministra.

Algunos elementos para la reflexión

– Estamos ante un acontecimiento vinculado a un alimento de producción industrial y amplia distribución.

– El desarrollo social y económico de nuestro país hacen que la industrialización de productos alimenticios, su extensa comercialización y elevado consumo sean características cada vez con mayor arraigo en nuestra sociedad, por lo que problemas como el que nos ocupa deberán ser esperados con frecuencia y magnitud crecientes, es decir, habrán de tener la consideración de emergentes, y en estos términos los ciudadanos deberían estar informados para su imprescindible y mejor colaboración.

– En el mismo sentido, la implicación en los temas de seguridad alimentaria de la industria del propio sector deberá ser una realidad adecuadamente normalizada, en tanto que están en una situación

privilegiada al respecto, con intereses económicos elevados al ser industrias muy potentes y con gran repercusión en el mercado.

– En ningún caso habrá que olvidarse de incluir en los circuitos de control los centros de comercialización menos representativos (como venta ambulante y pequeños establecimientos familiares).

– Mayor incidencia de las enfermedades transmitidas por alimentos en época estival.

– La importante descentralización (Administración General del Estado; Comunidades Autónomas y Administración Local) y diversificación organizativa de la administración española (Dirección General de Salud Pública, AESA, Instituto de Salud Carlos III y Comunidades Autónomas, para nuestro caso concreto) hacen imprescindible el establecimiento en cada crisis de un comité de gestión *ad hoc*, que defina áreas de intervención, papel a desempeñar por cada una de ellas y que actúe como órgano de coordinación garantizando el intercambio de la información y la adecuación y articulación de las actuaciones a realizar entre las distintas administraciones.

– La utilización, lamentablemente no ocasional, de problemas del ámbito de la salud pública para ejercer control y oposición política, hacen necesario estable-

cer reglas que permitan delimitar con extrema claridad la separación entre la parte más gestora del asunto y las unidades técnicas de intervención, y así facilitar el abordaje profesional y científico adecuado

– La participación/colaboración ciudadana resultan en este tipo de brotes y en otros muchos acontecimientos imprescindibles. Implicar a los medios de comunicación, así como a la mayoría de asociaciones ciudadanas (a definir en cada caso), debe ser un objetivo básico para acercar la información al 100% de la población expuesta.

– España, como país turístico por excelencia, deberá considerar sistemáticamente la implicación en cualquier proceso de ciudadanos de otras nacionalidades, y en consecuencia deberán buscarse para cada situación las mejores formas de llegar a ellos.

– Articular una red de laboratorios de salud pública por todo el territorio del Estado permitirá un conocimiento e investigación acelerados.

La comunicación del riesgo

Siempre importante y siempre problemática, la comunicación del riesgo merece particular consideración. Los ciudadanos enfocan con especial alarma

cualquier problema vinculado a la alimentación, en tanto no suele ser discriminatorio estando sometidos al riesgo si no toda la población, sí un porcentaje elevadísimo de la misma.

La valoración del momento en que ha de realizarse la comunicación es de capital importancia pues influye en su efectividad.

La participación de los medios de comunicación es una medida de utilidad especial y necesaria para el acercamiento de los problemas desde la administración sanitaria a los ciudadanos.

La mejor relación con los medios aconseja el nombramiento de un interlocutor único y adecuado a cada situación.

Es totalmente imprescindible definir la información que se ha de facilitar (no siempre la más científica es la mejor interpretada) y el momento en que se suministrará, permitiendo con ello que las fuentes origen de la misma puedan realizar su trabajo con el sosiego pertinente.

La avidez de los medios por determinado tipo de noticias para los que la población general suele ser especialmente sensible, establece una particular presión sobre los gestores de los brotes, sin duda agravada en la época estival por la falta y calado de otro tipo de noticias. La gestión debe estar totalmente preparada al respecto, teniendo en cuenta que determina-

do problema sanitario puede convertirse en una crisis, aun cuando no lo sea, si los medios de comunicación así lo perciben.

Se precisa la utilización de distintos idiomas y diversificación de circuitos para la mayor difusión de la información.

Estas situaciones que la población vive con especial sensibilidad deben ser aprovechadas por las autoridades sanitarias para enviar los oportunos mensajes de promoción y prevención de la salud.

