

Resposta davant de l'epidèmia de malaltia pel virus Ebola a l'Àfrica Occidental (2014-2015): llicons apreses en el nostre entorn

Introducció

Uns mesos després d'iniciada l'alerta internacional que va emetre l'OMS sobre l'epidèmia de malaltia per virus Ebola (MVE) a l'Àfrica Occidental, a l'octubre de 2014 el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va considerar que era convenient comptar amb l'opinió d'experts de distintes disciplines relacionades amb les epidèmies i el seu control i va crear el Comitè Científic Assessor de la Malaltia per virus Ebola (CCAMVE), amb l'objectiu fonamental de considerar les seves valoracions, en quant aplega experts en diferents aspectes relacionats amb la prevenció i el control de malalties infeccioses i salut internacional, sobre quines actuacions podrien ser les més apropiades per fer front de la manera més segura i pràctica possible a les diverses situacions que la MVE podia representar per a Catalunya.

Abans de que la memòria de l'epidèmia desaparegui del llistat de preocupacions i dels professionals sanitaris i dels responsables de l'administració sanitària, el CCAMVE ha considerat necessari i convenient reflexionar sobre les actuacions realitzades, tant a nivell general com en el nostre entorn específic.

El propòsit d'aquest informe és fer una valoració dels aspectes més destacats de la gestió de l'epidèmia en el nostre entorn i poder fer unes recomanacions orientades a millorar la resposta en situacions futures.

L'informe s'organitza en tres apartats: un primer apartat en el s'aborda el marc general, un segon apartat en que es valora la resposta en el nostre entorn i finalment un tercer apartat de conclusions i recomanacions.

Les **epidèmies** han ocasionat **danys molt importants** a la humanitat al llarg de la **història**. En els últims 100 anys, la pandèmia de grip de 1918 i la sida han causat la mort de prop de 100 milions de persones en tot el món¹. A més de les **vides humanes**, els **costos socials i econòmics** que se'n deriven són de gran magnitud.

La disponibilitat de tècniques diagnòstiques ràpides apropiades (amb elevada sensibilitat i elevada especificitat), així com la utilització d'equips de protecció personal adequats, tractaments eficaços i vacunes (quan es disposa d'elles) són sense dubte elements **crucials** per fer front a les epidèmies de malalties emergents.

Les **tècniques diagnòstiques ràpides** resulten de gran utilitat per decidir de manera adequada les mesures de control que s'han d'adoptar a qui i quan són realment necessàries, diferenciant si es possible les persones que tenen la malaltia de les que no la pateixen. Malauradament no sempre es disposa de criteris suficientment vàlids per poder fer aquesta distinció. La definició de cas de l'OMS² que s'ha utilitzat per a la MVE té un sensibilitat inferior al 80% i una especificitat de poc més del 30%^{3,4}, la qual cosa comporta que no es poden identificar degudament un 20% de persones que tenen la malaltia i que per tant no s'adopten les mesures de prevenció i control que s'haurien d'adoptar i, d'altra banda, que s'adopten mesures en relació a persones presumptament malaltes i els seus contactes en prop del 70% de situacions en que no caldrien aquestes mesures.

Aquestes **limitacions**, que són inherents al coneixement que tenim de la malaltia, i l'elevada taxa de letalitat de la MVE, amb el risc de contagi entre el personal sanitari que atén als pacients sospitosos, van contribuir de manera important a l'anomenada **"epidèmia de la por"** creada al voltant de la MVE, que es va estendre tant en professionals sanitaris com en la població general.

Els estudis derivats d'aquesta epidèmia de MVE han permès conèixer que hi pot haver **persistència crònica** del virus en pacients supervivents de la malaltia i que es poden produir episodis de recurrència i fins i tot noves infeccions en persones que ja havien patit la malaltia, amb les conseqüències clíniques i epidemiològiques conseqüents⁵. No es pot deixar de tenir en compte també que l'estigmatització de les persones que han emmalaltit i els seus contactes tindran conseqüències econòmiques i socials molt importants, que encara resulten difícils de predir^{6,7}.

Tot això ha portat al fet de reconèixer, per part dels organismes internacionals que vetllen per la salut pública, que, a més de canvis en la orientació sobre com i quan s'ha d'intervenir per **fer front a crisis de salut pública**, és imprescindible poder comptar amb **pressupostos adequats** no només per a actuacions internacionals conjuntes⁸, sinó també perquè a nivell nacional i local es puguin preparar i gestionar de manera adequada les alertes derivades de **situacions epidèmiques emergents**⁹.

En aquest context, les **valoracions** que el CCAMVE fa en relació a la gestió de l'epidèmia de MVE a nivell general són aquestes:

- **La resposta internacional a l'epidèmia de MVE a l'Àfrica Occidental ha estat lenta i amb importants dèficits de coordinació, posant de manifest que el món és molt més vulnerable a les epidèmies globals de malalties infeccioses del que ens podíem imaginar abans de que es produís aquesta situació.** La comunitat internacional no està preparada per abordar ràpida i efectivament crisis de salut pública, especialment quan afecten principalment a països de renda baixa
- **El grau de preparació de la resposta davant possibles emergències de salut pública a Espanya i a Catalunya ha anat millorant arran dels episodis globals dels darrers anys** i la coordinació de la resposta entorn al SARS (any 2003), la grip aviària (2005), la pandèmia gripal per virus A(H1N1) (2009) i la infecció per MERS (2012), en són exemples.

- **Part d'aquestes millores de la nostre resposta ho han estat en el marc de processos de formació i de control de qualitat internacionals**, alguns propiciats per la UE i la OMS, amb recomanacions per a la millora de les capacitats nacionals i locals de resposta a les emergències de salut pública.
- **Malgrat això, en els períodes entre episodis, la reducció de la percepció de risc per part de la població i les nombroses demandes del dia a dia dels sistemes de salut en matèria assistencial fan que, de manera general, “s’abaixi la guàrdia”** i es relaxin la capacitat de resposta i l’entrenament periòdic, prioritzant-se els recursos humans i econòmics cap a altres objectius. Tot i que pugui no tenir una relació directa, el context de greu crisi financera que hem patit molts països europeus en els darrers 5-6 anys, i en conseqüència, els corresponents sistemes de salut, no ha propiciat que es reforcessin els aspectes susceptibles de millora identificats en epidèmies prèvies.

La resposta en el nostre entorn

- **El retard en la decisió i mobilització de les respostes per part de l’OMS, en tant que organisme responsable supranacional de la resposta institucional i tècnica davant les epidèmies mundials, no és gaire diferent del retard en la resposta que s’ha observat en la majoria de països desenvolupats.** No és fins a l’aparició dels primers casos importats (als Estats Units i a Europa, a on Espanya va tenir un paper destacat) que es mobilitzen diferents governs de manera consistent i ampla. Com a qualsevol país occidental, a Espanya s’hagués hagut d’abordar el problema a l’Àfrica en els seus inicis, el gener de 2014 i haver donat suport “sobre el terreny” als països afectats, els sistemes sanitaris dels quals eren i son molt febles.

- **A Espanya, els dos casos de MVE importats, que corresponen a dos religiosos de l’ordre de Sant Joan de Déu, i molt especialment el cas de transmissió autòctona de la auxiliar sanitària a Madrid, van disparar un allau de reaccions a tots els nivells, posant de manifest que el model de resposta estava sent feble i inconsistent.** De manera resumida, en les actuacions realitzades per l’estat espanyol (que té competències en matèria de salut internacional i de coordinació de la resposta a emergències), destaquen els següents aspectes principals:

- El **cas inicial** es va atendre en l’**Hospital Carlos III**, un centre de la Comunitat Autònoma de Madrid (CAM), malgrat que no disposava de **cap acreditació** per atendre aquest tipus de pacients. Això és incongruent amb l’existència a Espanya, en el moment de la repatriació dels pacients, de **dos centres de referència** del Sistema Nacional de Salut convenientment acreditats pel *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Centros, Servicios y Unidades de Referencia, CSUR)* per a l’atenció a les malalties importades (incloent les febres hemorràgiques com la MVE): l’**Hospital Ramón y Cajal a Madrid i l’Hospital Clínic – Hospital de Sant Joan de Deu a Barcelona**, a més d’un hospital militar (Hospital Gómez Ulla) equipat per a atendre determinades emergències col·lectives.
- La **gestió política i comunicativa** de l’esmentat episodi es va fer a nivell de la CAM, a través d’uns responsables manifestament no preparats tècnicament per a la situació, contribuint a la confusió i la desconfiança generalitzades.
- Els **errors en la comunicació** es van produir tant des de l’administració com des dels mitjans de comunicació, amb especial impacte en les xarxes socials. La comunicació durant les primeres 24 hores després de la confirmació del cas de transmissió autòctona va ser especialment desastrosa (una roda de premsa amb evidents errors de comunicació, absència d’accions de comunicació a xarxes, etc.). Al llarg dels dies posteriors l’evident tensió entre periodistes i autoritats es va incrementar. Donada l’absència d’informació oficial fluida, els mitjans van buscar informació i imatges a qualsevol tipus de font, incorrent moltes vegades en conductes irresponsables i fins i tot de possible mala praxi professional. La comu-

nicació no va millorar fins passades unes setmanes. Com a conseqüència d' aquests dos aspectes esmentats, en els primers dies, el nivell de visibilitat de la resposta estatal va ser molt reduït i limitat, destacant una falta de model comunicatiu.

- No va ser fins passats uns dies que el Govern d'Espanya va activar una **estructura de resposta i coordinació institucional de caire inter-ministerial** (Comité Especial para la Gestión del Ébola), posant al capdavant un responsable de alt perfil polític (Vicepresidenta del Govern d' Espanya), així com un Comitè Científic associat, compostat per diversos experts de Madrid. Un cop activats aquests mecanismes, la situació d'alarma social i de falta de resposta institucional va poder ser progressivament reconduïda. El fet de que no apareguessin nous casos a Espanya i que el cas autòcton es va recuperar clínicament van afavorir aquest procés.
 - Pel que fa a la **relació entre les autoritats estatals i les de les CCAA** per a la coordinació de la resposta, es van generar i actualitzar protocols d'actuació seguint les directrius europees en el marc del *Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)*. Del suport tècnic i econòmic prestat pel *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* a les CCAA s'ha de destacar la **formació** que es va realitzar a l'Institut Carlos III de Madrid a 34 professionals catalans, la formació rebuda a l'octubre de 2015 per l'Hospital de referència (Hospital Clínic-Hospital de sant Joan de Deu) així com el subministrament al mateix hospital d'alguns **materials** per a la protecció personal que lamentablement no van incloure en el moment necessari els equips de protecció autònoms necessaris per a prestar l' assistència sanitària als casos en condicions de màxima seguretat. També cal destacar la complexitat i el retard en la resposta derivat de la **tramesa obligatòria de les mostres biològiques** per fer el diagnòstic al Instituto de Salud Carlos III (Madrid), un aspecte que és clarament millorable en el moment en que es disposi de proves més ràpides de diagnòstic, que s'han de fer necessàriament en els centres assistencials de referència on es deriven els casos per la seva atenció.
- **En el cas de Catalunya, la resposta es va caracteritzar per:**
 - La **ràpida** posada en marxa per part de l'**Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT)** d'un **Comitè d'Anàlisi i Seguiment de la Malaltia d'Ebola**, centrat en la coordinació de la resposta del sistema sanitari. Això va permetre desplegar de forma àgil el circuit establert per la Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública amb la participació de les Unitats de Vigilància Epidemiològica i del Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (SUVEC) de manera coordinada amb la xarxa assistencial. S' ha de destacar com a molt positiva la participació directe de tots els actors implicats i la generació de sinèrgies entra la xarxa de vigilància, la xarxa assistencial i l'Hospital Clínic – Hospital de Sant Joan de Deu com a hospital de referència.
 - Les **actuacions intenses** realitzades per l'**Hospital Clínic – Hospital de Sant Joan de Deu com a centre de referència**, que han estat claus per: a) donar suport a les tasques d'investigació epidemiològica; b) facilitar la gestió de mostres pel diagnòstic de laboratori; i c) gestionar de manera adequada l'atenció als possibles casos en investigació i contactes en condicions de màxima seguretat, mitjançant una formació exhaustiva, d'alt nivell, a un grup de més de 70 professionals voluntaris, multidisciplinar, que constitueixen l'equip d'intervenció immediata.
 - L'aplicació d'un **únic protocol d'actuació** per la detecció i l'atenció inicial dels casos sospitosos i dels casos en investigació, que es va enviar per part de l' Agència de Salut Pública de Catalunya a tota la xarxa assistencial el març del 2014 i que s'ha anat actualitzant de manera ininterrompuda.
 - La **creació** del **CCAMVE** l'octubre del 2014 com a element de suport a les actuacions del Departament de Salut i dels professionals sanitaris de Catalunya.
 - Les activitats de **formació i informació** a més de 9.000 professionals de centres proveïdors, realitzada en un temps rècord de tres setmanes, va comportar una disminució considerable de trucades i consultes al SUVEC. S' ha de destacar

la important contribució de **Metges Sense Fronteres (MSF)** a l'adaptació dels protocols teòrics a partir de l'experiència pràctica acumulada sobre el terreny en els països afectats i el seu suport a l'Hospital de Referència.

- La **reconducció de l'alarma social** generada a l'inici de l'epidèmia (comentada anteriorment) mitjançant la comunicació de risc, tant a la població com als professionals sanitaris, que es va mantenir de forma transparent i continuada, amb la col·laboració dels mitjans de comunicació. En aquest sentit, s'ha de destacar positivament l'enviament de la nota informativa setmanal a la xarxa assistencial
- Les **actuacions de vigilància i de resposta** a qualsevol tipus d'incidència realitzades als cooperants d'organitzacions no governamentals procedents de països amb transmissió de MVE des de setembre 2014.
- L'adopció d'**un model de comunicació** basat àmpliament en declaracions per part dels experts i professionals assistencials, amb una mesurada visibilitat de les autoritats sanitàries. El Col·legi de Periodistes de Catalunya va difondre entre els seus membres la necessitat d'actuar amb responsabilitat i, conjuntament amb el CCAMVE i el Centre d'Estudis de Ciència, Comunicació i Societat de la UPF, van endegar accions per promoure una millor comunicació pensant en aquest i en futurs brots epidèmics.
- L'impuls d'**un acord marc propiciat des d'ISGlobal**, entre el Departament de Salut, les entitats sanitàries proveïdores i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya amb l'objectiu de facilitar la disponibilitat dels professionals sanitaris per desplaçar-se a països amb emergències sanitàries, garantint la cobertura per part de les institucions contractants i sense que repercuteixi negativament en les seves careres professionals.

Conclusions i recomanacions

1. **Malgrat les lliçons apreses d'anteriors epidèmies, la qualitat de la resposta per part de les administracions responsables, i especialment de l'administració central de l'Estat, es considera clarament millorable, especialment pel que fa al lideratge, a la governança i a la coordinació.**
2. **Els futurs reptes passen per l'abordatge integral del fenomen de la globalització que està provocant canvis en l'epidemiologia de les malalties també a casa nostra. És fonamental el manteniment d'una vigilància basal continuada per poder-nos anticipar i detectar precoçment qualsevol amenaça de salut pública.**
3. **Tot i la importància de la preparació, un cop més s'ha posat de manifest la manca d'entrenament i de disponibilitat ràpida de professionals i d'estructures assistencials preparats per donar les respostes adequades des del primer moment.**
4. **A Catalunya, la gestió de l'epidèmia per part dels serveis de salut pública ha estat raonablement àgil i tècnicament informada, incloent la posada en marxa dels mecanismes de governança, coordinació i assessorament científic.**
5. **Malgrat la complexitat de la comunicació en aquestes circumstàncies, tant adreçada a professionals com a la població general, en el cas de Catalunya les mesures adoptades van aconseguir reconduir la situació i generar de manera progressiva la confiança i serenitat desitjades.**
6. **Cal tenir en compte, però, que la contenció de la situació va ser possible en bona part a l'absència de nous casos. Caldria assegurar que, en una situació en la que es pugui presentar un nombre més gran de nous casos en un temps breu, i especialment de transmissió autòctona, la resposta a tots els nivells hauria d'estar molt reforçada, tant pel que fa a la disponibilitat d'infraestructures assistencials i equips adequats, com també amb la formació continuada dels professionals de diverses tipologies que puguin estar implicats.**

- 7.** Tot i que el manteniment del CCAMVE podria considerar-se menys rellevant un cop estigui extingida l'epidèmia de MVE, seria desitjable que aquest Comitè es reorientés com un Consell Assessor sobre Riscos Epidèmics Emergents, encarregat de fer el seguiment de l'evidència científica disponible al voltant dels riscos d'infeccions emergents per a la salut, assessorant al Departament de Salut/ASPCAT i a les estructures assistencials amb anticipació, contribuint a enfortir la gestió de qualitat i resolutiva de les possibles situacions epidèmiques que es puguin presentar en el futur. La composició d'aquest Consell hauria de ser necessàriament multi-disciplinària com ha estat la del CCAMVE, i preveure la possibilitat de comptar amb experts addicionals en funció del tipus de malaltia o amenaça a la que s'hagi de fer front.
- 8.** En la mateixa línia del que s'ha posat de manifest a l'apartat anterior, seria recomanable que les estructures ja establertes a través del Comitè per a l'Anàlisi i Seguiment de la MVE a Catalunya es reorientessin per poder fer el seguiment dels nous riscos epidèmics emergents que apareguin (com el recentment identificat de la malaltia pel virus Zika, per exemple).
- 9.** Es necessari que la inversió (recursos i instal·lacions) ja realitzada pel Departament de Salut en el Centre de Referència (Hospital Clínic – Hospital de Sant Joan de Deu) es mantingui, de tal manera que permeti realitzar a l'equip de professionals voluntaris les activitats necessàries de formació i els simulacres que garanteixin el màxim nivell de resposta i seguretat en la mateixa en qualsevol circumstància. Seria desitjable també que el Govern de Catalunya aconseguís que el Laboratori del Centre de Referència disposi del pressupost necessari per poder oferir de forma ràpida i segura els resultats de les diferents proves que permeten confirmar o descartar possibles casos de malalties transmissibles.
- 10.** Des del Departament de Salut s'hauria d'assegurar que tots els professionals sanitaris sàpiguen i reforcin anualment quines són i quan i com cal aplicar les precaucions estàndard, ja que la seva aplicació constitueix una primera barrera essencial per fer front a qualsevol risc epidèmic.
- 11.** D'acord amb les reflexions anteriors, seria recomanable que el Departament/ASPCAT disposés d'un pressupost anual específic que permetés garantir que les accions proposades es poden realitzar regularment i de manera anticipada per així aconseguir controlar de manera efectiva i eficient les futures situacions epidèmiques que es puguin presentar.
- 12.** Caldria estimular, tant pels professionals sanitaris com per la població general, la percepció de que els riscos per a la salut estan globalitzats i que la millor protecció davant aquests riscos és contribuir a la seva detecció i control de manera precoç en els països d'origen, que sovint són de renda baixa o mitjana. Per això, les autoritats sanitàries han de reforçar els mecanismes de suport als professionals sanitaris cooperants, com també les campanyes d'informació i sensibilització de la població general. En aquest sentit, és especialment important que les accions dirigides als mitjans de comunicació es preparin de forma responsable, utilitzant tots els canals de comunicació disponibles i evitant al màxim la improvisació.

Comitè Científic Assessor de la Malaltia per Virus Ebola de Catalunya:

- Albert Bosch (Virus Entèrics, Universitat de Barcelona)
- Àngela Domínguez, Secretària (Departament de Salut Pública - Universitat de Barcelona. CIBERESP)
- Luis Encinas (Metges Sense Fronteres)
- Vicky Fumadó (Unitat de Malalties Infeccioses i Importades. Servei de Pediatria. Hospital St. Joan de Déu. Universitat de Barcelona)
- Mireia Jané (Subdirecció de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. ASPCAT)
- Josep Maria Jansà (European Center for Disease Prevention and Control)
- Mikel Martínez (Servei de Microbiologia Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. ISGlobal)
- José Muñoz (Servei de Salut Internacional - Hospital Clínic. Universitat de Barcelona- ISGlobal)
- Teresa Pi Sunyer (EpiEch Consulting)
- Antoni Plasència (ISGlobal. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona)
- Gemma Revuelta (Universitat Pompeu Fabra)
- Antoni Trilla (President) (Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia - Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. ISGlobal)

Agraïments

Agraïm a ISGlobal (Hospital Clínic-Universitat de Barcelona) el suport a la gestió de la informació científica facilitat per la **Dra. Adelaida Sarukhan**, així com el suport logístic per la celebració de les reunions del CCAMVE.

Conflicte d'interessos

Tots els membres del Comitè Científic Assessor de la Malaltia per Virus Ebola de Catalunya declaren no tenir cap conflicte d'interès que pugui afectar el procés i contingut de l'informe.

Referències

- 1.** Sand P, Mundaca-Shah C, Dzau VJ. The neglected dimension of global security-A framework for countering infectious-disease crises. *N Engl J Med* 2016. Doi:10.1056/NEJMSr1600236
- 2.** World Health Organization. Case definition recommendations for Ebola or Marburg virus disease. August 2014. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/146397/1/WHO_EVD_CaseDef_14.1_eng.pdf?ua=1&ua=1
- 3.** Zachariah R, Harries AD. The WHO clinical case definition for suspected cases of Ebola virus disease arriving at Ebola holding : reason to worry? *Lancet* 2015; 15: 989-90.
- 4.** Lado M, Walker MF, Baker P, et al. Clinical features of patients isolated for suspected Ebola virus disease at Connaught Hospital, Freetown, Sierra Leone: a retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis* 2015; 15: 1024-33.
- 5.** McIntyre CR, Chughtau AA. Recurrence and reinfection- a new paradigm for the management of Ebola virus disease. *Int J Infect Dis* 2015; 43: 58-61.
- 6.** Pellecchia U, Crestani R, Decroo T, van den Berg R, Al-Kourdi Y. Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *Plos One* 2015; doi 10.1371
- 7.** Hayden EC. Spread of Ebola ends: 7 lessons from a devastating epidemic. *Nature news*
- 8.** 2016. doi: 10.1038/nature.2016.19138.
- 9.** Chan M. Learning from Ebola: readiness for outbreaks and emergencies. *Bull WHO* 2015;93:818-818A.