

¿Iatrogenia pneumophila? Un debate entre salubristas

Andreu Segura Benedicto¹, José M^a Ordóñez Iriarte²

¹Expresidente de SESPAS. ²Expresidente de SESA
asegurabenedicto@gmail.com; josemaria.ordonez@salud.madrid.org

PROTECCIÓN DE LA SALUD E IATROGENIA

En muchas ocasiones, desde salud pública, y más en concreto desde la propia sanidad ambiental, se tiende a la intervención en aras de la protección de la salud valorando exclusivamente los potenciales beneficios. Sin ir más lejos, una de las intervenciones más clásicas ha sido la cloración del agua, una medida que, sin duda, ha generado grandes beneficios.

Sin embargo esta medida, la de la cloración, no es inocua y desde hace unos años se comienzan a valorar los riesgos de la ingesta de los derivados de la cloración, que surgen como consecuencia de la oxidación que provocan en la materia orgánica y que, de forma genérica se denominan subproductos de la desinfección. Entre estos compuestos encontramos los trihalometanos (THM) y los ácidos haloacéticos (HAA)¹.

En este contexto, el término *iatrogenia* aplicado a la salud pública, lleva necesariamente a reconocer no solo los beneficios que puede aportar una medida de intervención, sino también los riesgos que se derivan de ella^{2,3}.

Los autores pretenden debatir sobre los programas de prevención y control de la legionelosis que se vienen llevando a cabo en España desde hace unos años, poniendo el énfasis tanto en la protección que (presuntamente) generan, como también en los potenciales riesgos derivados de ellos.

En este debate se deberán abordar los costes tanto los que generan los brotes como los derivados de la implantación de los programas de prevención. Y un aspecto nada desdeñable: se sabe que los presuntos beneficios derivados de esta práctica de prevención, no son democráticos, no afectan a todos por igual. Potencialmente solo se verían beneficiados los más susceptibles a esa enfermedad: las personas mayores y los aquejados por algunas enfermedades concretas. Por el contrario, los riesgos derivados de la prevención, afectarían a toda la población.

Con este somero balance de beneficios (para pocos) y riesgos (para todos), procede hacer la pregunta: ¿Es esto justo? ¿Se podrían arbitrar otras medidas, para proteger solo a las personas vulnerables?

LA LEGIONELOSIS ENTRA EN LA ESCENA DE LA SALUD PÚBLICA

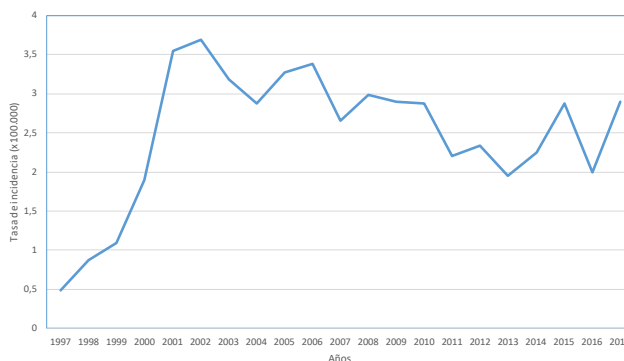
Los primeros brotes de legionelosis registrados en España fueron detectados en la década de los años 70 del siglo pasado. Uno de los primeros, tuvo lugar en el año 1973 en un hotel de Benidorm, que afectó a un grupo de turistas escoceses. Posteriormente hubo otros brotes: hospital de Badalona (Barcelona), centro militar en Castillejos (Zaragoza) y Luchente (Valencia), todos ellos en el año 1983 y también alguno más, en este caso, en comunidad abierta en Barcelona, en el 1986⁴.

Si bien el brote de Almuñécar (Granada), en un hotel, en el año 1991, con 91 afectados, tuvo un cierto eco mediático, fue el brote de Alcalá de Henares (224 afectados), en el año 1996, el que marcó un punto de inflexión en el abordaje de la prevención y el control de la legionelosis desde las estructuras de Salud Pública de las Comunidades Autónomas de nuestro país. No es casual que fuese así: el llamado Síndrome del aceite tóxico comenzó en esta ciudad, quince años atrás, lo que contribuyó a despertar una gran inquietud social⁵.

Y tras ellos, el de Murcia, año 2001, que hasta ahora tiene el dudoso honor de ser el que ha tenido más afectados (650), Mataró en 2002, Zaragoza en 2004, Alcoy (recurrente varios años), Pamplona en 2006, Madrid en 2010, Móstoles en 2012, Barcelona... y así, hasta hoy.

Actualmente, según datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, el número de casos declarados en el último año 2017 ha sido de 1363, con una tasa de 2,9 (x 100 000), habiéndose estabilizado en los últimos años, en un canal epidémico de entre 2 y 3 (x 100 000)⁶ (figura 1).

Figura 1. Tasa de incidencia de legionelosis en España: 1997-2017



Fuente: RENAVE

RESPUESTAS DESDE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

La primera referencia legislativa a la prevención de la legionelosis se recoge en la Orden de 7 de mayo de 1986, de la Consellería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Valenciana, sobre normas mínimas de tratamiento sanitario de los establecimientos y alojamientos turísticos. Sin embargo, la primera normativa que abordó con entidad esta problemática fue la Orden 1187/1998, de 11 de junio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid por la que se regulan los criterios higiénico sanitarios que deben reunir los aparatos de transferencia de masa de agua en corriente de aire y aparatos de humectación para la prevención de la legionelosis. Tras ella, vinieron las demás, tanto de las Comunidades Autónomas como las dos que ha publicado el propio Ministerio de Sanidad, la primera el Real Decreto 909/2001 y a los dos años la última de ellas, el Real Decreto 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico sanitarios para la prevención y control de la legionelosis, vigente actualmente⁷.

Complementando el marco normativo, se editaron varios documentos técnicos entre los que merece la pena reseñar dos, que fueron editados por el Ministerio de Sanidad: "Recomendaciones para la Prevención y Control de Legionelosis" y la "Guía técnica para la Prevención y Control de la Legionelosis en instalaciones". El primero de ellos recoge la experiencia vivida en la Comunidad de Madrid, para que, caso de emerger otro brote, los técnicos de sanidad ambiental de las Comunidades Autónomas tuviesen protocolos, criterios y pautas para abordar la inspección y el control en el conjunto de instalaciones de riesgo. El segundo, desarrolla con enjundia la propia normativa y dota de criterios técnicos muy amplios para poder hacer una buena prevención en las instalaciones de riesgo.

La ocasión también fue propicia para la organización de jornadas que generaron debate entre los técnicos de salud pública, las empresas del sector de prevención de legionelosis, los fabricantes, instaladores y propietarios de torres de refrigeración y similares, laboratorios de análisis y fabricantes de biocidas frente a *legionella*; en fin, todos los agentes que tenían que ver con la prevención de la legionelosis.

En estas iniciativas siempre estuvo la Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA), a quien Manuel Oñorbe, en aquel momento Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, le encargó la organización de las I Jornadas sobre prevención y control de legionelosis que tuvieron lugar los días 14 y 15 de junio de 2006. Tanto las ponencias como las conclusiones de estas Jornadas fueron publicadas en un número de Revista de Salud Ambiental⁸.

Merece la pena reseñar algunas de las conclusiones que, por otra parte, no son exclusivas de la sanidad ambiental sino más bien de la salud pública en general, como es la gestión de la comunicación ante una crisis por legionelosis. Además, entre otras, se recogen las siguientes conclusiones:

- Se debería tener en cuenta la eficacia de los biocidas registrados.
- Considerar los riesgos derivados de la emisión al ambiente (aire, agua) de los biocidas y sustancias coadyuvantes.
- Analizar la potencial exposición con los sistemas de información geográfica.
- Profundizar en el papel que juegan las amebas en la amplificación de *Legionella*.

En relación con la eficacia de los biocidas, el Ministerio promovió un estudio en el que se demostró que existían diferencias significativas entre los desinfectantes registrados. También, y dado que la gran mayoría de las empresas que hasta entonces se dedicaban al control vectorial (la llamada DDD), habían ampliado su actividad hacia el mundo de la prevención de la legionelosis, se articularon auditorías de salud pública con el objeto de conocer si realmente hacían lo que decían y si disponían de los recursos humanos y técnicos suficientes para hacer con rigor su trabajo.

El tiempo, por su parte, fue haciendo que el real decreto se quedase obsoleto. Una de las causas es que fue pensado para dar respuesta a las instalaciones que más preocupaban a principios del 2000: torres de refrigeración y similares y, en menor medida, para los sistemas de agua caliente y fría y las "piscinas" de chorros de alta velocidad o con inyección de aire.

Desde distintas asociaciones empresariales se promovieron grupos de trabajo que contaron con la colaboración de técnicos del propio Ministerio y de las Comunidades Autónomas y se logró redactar y aprobar una nueva Norma la UNE 100030:2017⁹.

Y aquí estamos, trabajando por que se apruebe un nuevo real decreto que incorpore la Norma UNE y permita una mejor prevención de la legionelosis. A fecha de hoy, soplan vientos de esperanza en el Ministerio de Sanidad.

AVANZANDO EN SALUD AMBIENTAL

En términos generales, la sanidad ambiental no puede seguir centrando su actividad en la inspección sanitaria, que sin duda es importante, pero no la más importante.

Una pregunta que muchos salubristas se hacen es ¿qué pasaría si se dejase de hacer control oficial en las instalaciones de riesgo frente a legionelosis?. Sin duda, se ahorraría un dinero que bien podría dedicarse a otros menesteres, lo que los economistas denominan, coste oportunidad, o bien como plantean los más radicales, no hacer nada como alternativa y reducir la presión inspectora, porque, aquí aflora el fatalismo, nada se puede hacer para evitar casos y brotes.

Este “no hacer nada” se podría traducir en una postura menos radical: apostar por el modelo americano. Se trataría de que cada titular de la instalación se asegure de que la misma no esté comprometida en ningún caso ni brote de legionelosis so pena de que, sobre él, caiga todo el peso de la responsabilidad civil y penal, si así ocurre y se demuestra.

Se pasaría desde el paternalismo al autocontrol, en el que la Norma UNE 100030:2017 sería el modelo a seguir y, de la inspección a la auditoría ocasional.

Por tanto, los técnicos de salud ambiental, liberados de esa carga inspectora, podrían hacer otras funciones que pueden revelarse como más efectivas.

La esencia de la sanidad ambiental es la caracterización de la exposición a riesgos ambientales físicos, químicos o biológicos, en la población. Por ello, uno de los instrumentos básicos para poder llevar a cabo esta caracterización son los Sistemas de Información Geográfica (SIG). Se trataría, en el caso que nos ocupa, no solo de analizar la información relativa a los casos de legionelosis detectados en la comunidad, sino también (y casi diría que sobre todo) de identificar potenciales lugares o zonas geográficas de alto riesgo, porque concurren instalaciones de riesgo que emiten aerosoles al exterior (alta densidad de las mismas, cercanía de edificios donde viven o acuden personas vulnerables como hospitales, residencias de personas mayores, centros de salud, hoteles, centros sociosanitarios, instalaciones que mueven gran volumen de agua, implicadas en brotes anteriores, antiguas, ...).

Y, precisamente en esas zonas, llevar a cabo auditorías rigurosas que valoren los planes de prevención y control de legionelosis que tienen implantados.

Pero también se tienen identificadas otras acciones. Son los planes que deben abordarse en los edificios donde concurren las personas vulnerables y en los que

es el agua sanitaria, la mayor causa de los casos y brotes. Se trata de redactar guías de implantación de los planes de prevención y control de legionelosis adecuados a los edificios de mayor riesgo: hospitales, hoteles, residencias de personas mayores, etc.

En ambos casos, se deben articular Comisiones de prevención en las que se encuentren implicadas los diferentes actores: titular de la instalación (o gerente), servicios de mantenimiento propios o contratados, servicios de medicina preventiva (en el caso de hospitales) e, incluso, asesorías externas que valoren la bondad de los planes implementados.

Da la sensación de que, por estos caminos comienza a transitar la prevención de la legionelosis en nuestro país.

REFERENCIAS

1. Astillero MJ, Cambra K, García R, Onaindia C, Varela J, Zaldúa I. Contaminantes procedentes del tratamiento de las aguas de consumo en la Comunidad Autónoma del País Vasco: Evaluación del riesgo y las alternativas de tratamiento. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2012. Informe n.º: Osteba D-12-01.
2. Segura A. Prevención, iatrogenia y salud pública. Gac Sanit. 2014; 28(3):181-2.
3. Grupo de trabajo SESPAS-OMC sobre iatrogenia. Iatrogenia: análisis, control y prevención. Disponible en: <https://sespas.es/2017/09/06/presentacion-del-informe-sespas-omc-sobre-iatrogenia/>.
4. Pelaz C, Martín C. Legionelosis. Datos de España, diagnóstico de laboratorio y recomendaciones para su prevención y control en instalaciones de edificios. Madrid, Instituto de Salud “Carlos III”, 1993.
5. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Informe: Brote de neumonía por Legionella de Alcalá de Henares. Número monográfico. Madrid. Consejería de Sanidad. Abril, 1997.
6. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Legionelosis. Disponible en: <http://www.isciii.es/isciii/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/legionelosis.shtml>.
7. Real Decreto de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis. Real Decreto 865/2003. BOE de 18 de julio de 2003.
8. I Jornadas sobre Prevención y Control de la legionelosis. Rev. salud ambient. 2006; 6(1-2): 1-94 (monográfico).
9. Asociación Española de Normalización. Norma UNE 100030:2017. Prevención y control de la proliferación y diseminación de *Legionella* en instalaciones. UNE, 2017.