

Médicos Sin Fronteras sigue un protocolo con una formación más amplia que la española y siempre hay una persona para controlar al paciente. Cada vez que hay un contagio realizan una investigación para averiguar qué ha ido mal

La eficacia del protocolo de MSF

INAKI ESTEBAN

Bilbao

El consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Rodríguez, insistió ayer que “para explicar a uno cómo quitarse o ponerse el traje no hace falta un máster”. En la ONG Médicos sin Fronteras (MSF) no son de la misma opinión: un máster, no, pero un curso intensivo, sí. Mientras el personal sanitario de Madrid recibió una clase de media hora sin que el traje de protección contra el ébola estuviera presente, el personal de MSF recibe un curso de dos días como mínimo, doce horas cada uno, que suele extenderse hasta las cinco jornadas. Después, los voluntarios de MSF trabajan al lado de un sanitario experimentado durante una semana más. Sólo entonces se considera que están en condiciones de acercarse con garantías a los enfermos.

En este aspecto, las diferencias saltan a la vista. ¿Quizá por ellas sólo se han producido dos contagios en el personal de MSF, que ha tratado miles de casos, y en España, con dos enfermos, ya se ha producido uno? De los voluntarios contagiados de la ONG, uno ya se ha recuperado y otro cooperante noruego está bajo tratamiento. La brecha con lo sucedido en los hospitales madrileños es abismal, aunque un portavoz de MSF se apresura a matizar a este periódico “que los protocolos que utilizamos siempre dependen del contexto”. “No es lo mismo tratar con el ébola en África que en otras partes del mundo”, insisten.

En MSF parten de los pasos consignados por la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento de fiebres hemorrágicas. “Pero los adaptamos según nuestra experiencia y nuestro aprendizaje a zonas y brotes específicos”, añaden. Aunque desde la ONG sugieren que las comparaciones, además de odiosas, puedan ser injustas, pe-



Un médico de Médico Sin Fronteras se desinfecta tras haber atendido a un paciente con ébola.

AFP

ro lo cierto es que también parecen inevitables. ¿Qué habría ocurrido si la Sanidad madrileña hubieran seguido los pasos de los voluntarios? ¿Se habría infectado Teresa Ramos?

Mariam Alía, coordinadora de la Unidad de Emergencias de MSF, explica que, para atender a un enfermo de ébola, entran en la habitación o recinto de dos en dos. “Uno realiza el trabajo clínico y el otro se encarga de vigilarle para que no cometa ningún error y recordarle todas las medidas de prevención”, incide.

Además, tienen un límite de trabajo de una hora y media, porque el traje da mucho calor y para evitar fallos debidos a la fatiga. Pasado ese tiempo, inter-

viene otro equipo. “Necesitas mucho personal y mucha rotación”, dice la especialista.

Desinfección

Cada vez que hay un contagio realizan una investigación para detectar qué ha funcionado mal, si las condiciones del centro o la forma de llevar el proceso por el personal. Sólo en caso de que un cooperante muestre síntomas se le hacen las pruebas, aunque en cada equipo hay una persona que se encarga de vigilar la salud de sus compañeros. “Si alguien se pincha o si se rompe un guante, hay que reportarlo a esa persona”.

Respecto al caso español, las

diferencias son evidentes, en cuanto a la preparación, más extensa en el MSF, y las precauciones, con una persona siempre de control para evitar o minimizar accidentes, descuidos y errores. Los procesos de desinfección de los materiales son también más estrictos en el caso de la ONG que en el protocolo seguido por la Sanidad madrileña.

No obstante, hay que tomar en cuenta lo que dicen en la propia organización, que la situación en África, con un contacto diario y abierto con los enfermos, no es comparable al de España. Aun así, el control de los contagios resulta superior en el caso de MSF que en el español y los resultados son mucho mejo-

res en el primer caso.

Los voluntarios toman todas estas medidas en una situación de extrema necesidad de personal. Los sistemas de salud de los países afectados en África son muy precarios. Tanto que, antes de que llegara la ayuda de las ONGs, en Liberia había cincuenta médicos para cinco millones de personas. Con el miedo al ébola, algunos sanitarios locales han renunciado a su trabajo. Los que quedan, más los cooperantes, se dedican prácticamente en exclusiva a esta enfermedad, con lo que el resto de las patologías tienen una atención deficitaria. “El débil sistema que había, está destruido, y se tardarán años en reconstruirlo”, explica Alía.

LA PREVENCIÓN, GRAN ALIADO

Adía de hoy no existe una vacuna o antiviral que se haya comprobado que sea eficaz contra la enfermedad del Ébola. Se sabe que una vez que se contagia un individuo o es sospechoso de haberse contagiado, existe un período de 21 días en los que no hay síntomas y las probabilidades de que esa persona pueda infectar a otro individuo son prácticamente inexistentes. En este período el único protocolo a seguir es tomar la temperatura dos veces al día a la persona sospechosa de haberse contagiado. Si en ese período se detectara fiebre es necesario realizar las pruebas necesarias para saber si la persona está infectada o no. Las pruebas diagnósticas suponen la detección de anticuerpos específicos para el Ébola y la detección del virus mediante PCR algo posible con una simple extracción de sangre.

Se han probado algunos tratamientos ex-

perimentales contra la enfermedad del Ébola y se ha comprobado su eficacia en animales, pero todavía no se han probado en estudios aleatorizados en seres humanos.

Por lo tanto la recuperación del paciente depende de su respuesta inmunitaria. La respuesta inmunitaria es clave en cualquier enfermedad infecciosa que padecemos y además de ponerse en marcha nuestro organismo con células específicas que atacan los agentes extraños secretamos anticuerpos que también son específicos para ese agente. Esos anticuerpos son secretados por un tipo de leucocitos (los glóbulos blancos llamados linfocitos B) los cuales al terminar de combatir la enfermedad se quedan preparados como auténticos centinelas a que vuelva a aparecer ese mismo agente y de una forma más rápida y eficaz vuelven a secretar esos anticuerpos específicos. Es a lo que llamamos memoria inmunológica. Los anticuerpos también se que-

ANÁLISIS

Esther San José

dan en nuestro torrente sanguíneo y después de un período bastante largo (años) se acaban degradando. En el caso de la infección por el virus del Ébola, las pocas personas que se han recuperado de la misma por lo tanto han producido anticuerpos específicos frente al virus; estos anticuerpos los protegen de la infección y suponen una fuente muy valiosa para poder tratar a otros pacientes. Este es el caso de las religiosas que han donado su suero de donde se han purificado los anticuerpos.

Actualmente disponemos de varios tratamientos que como hemos mencionado se encuentran todavía en ensayos clínicos, pero que tratándose de una si-

tuación de emergencia alguno ya se ha utilizado. Así tenemos el coctel Zmapp que contiene tres anticuerpos monoclonales desarrollados por la farmacéutica MappBio (Biopharmaceutical), por ingeniería genética. Este cóctel ha sido administrado a por lo menos siete personas de las cuales varias se han curado y varias han fallecido.

También se dispone de varios antivirales que se han probado en animales con buenos resultados como es el caso de Avigan/Favipiravir de Toyama Chemical (posiblemente a administrar a la auxiliar de enfermería infectada recientemente) y TKM-Ebola de la empresa canadiense Tekmira, administrado a un paciente estadounidense. También se dispone de otros medicamentos.

Esther San José es profesora de Virología e Inmunología de la Universidad Europea.