

**SÍNDROME
URÉMICO
HEMOLÍTICO**



SUHmate: la prevención
está en tus manos

**PROYECTO PILOTO:
SALA DE SITUACIÓN EN SALUD
PARA LA PREVENCIÓN DEL
SÍNDROME URÉMICO
HEMOLÍTICO**



CONSULTAS: renapra@anmat.gov.ar

facebook/RENAPRA - Skype: renapra - TE: (011) 4340-0800 INT 3538

INTRODUCCIÓN

Una adecuada toma de decisiones en salud pública, requiere generar conocimiento respecto de la realidad en la que se interviene. El nivel local es un punto estratégico para generar conocimiento oportuno y de calidad acerca de los problemas de salud poblacionales para apoyar acciones destinadas a promover la salud y prevenir las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas con los alimentos. Este proyecto propone la creación de Salas de Situación de Salud para la prevención del Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) que permitan conocer y comprender la magnitud y la tendencia de esta enfermedad a lo largo del tiempo, así como los posibles escenarios y prácticas de riesgo sobre los cuales se podría intervenir a nivel local para disminuir la incidencia del SUH.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Promover acciones de vigilancia en salud desde las áreas bromatológicas con una perspectiva participativa y local para la prevención del SUH.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Organizar el funcionamiento de la Sala de Situación de Salud para la prevención de SUH.
- Releva información sobre la magnitud y tendencia del SUH a nivel local.
- Construir conocimiento sobre los escenarios, prácticas y factores de riesgo del SUH relacionados a los alimentos a nivel local.
- Mantener actualizados los datos a lo largo del tiempo para que sirva como insumo para la toma de decisiones de gestión en salud.

FUNDAMENTACIÓN

SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH) EN ARGENTINA

El SUH es endémico en Argentina. Es la primera causa pediátrica de Insuficiencia Renal Aguda y la segunda de Insuficiencia Renal Crónica. Causa el 20% de los trasplantes renales en niños y adolescentes. Según datos oficiales¹, en el año 2014 se notificaron 375 casos

La ocurrencia es mayor en los meses cálidos, por tanto, los meses entre octubre y abril son los de mayor riesgo. Estos meses se vuelven relevantes para adoptar medidas de prevención a nivel local ya que pueden tener mayor impacto en la disminución de la incidencia.

¹ Boletín Integrado de Vigilancia | N° 241 - SE 1 – 2015

VIGILANCIA DEL SUH EN ARGENTINA

Los datos para la vigilancia del SUH se originan mediante cuatro subsistemas: la notificación en la Planilla C2, las Unidades Centinelas, el SIVILA y la red regional PulseNet Latino América. Al originarse un caso nuevo se informa a los niveles superiores, el resultado es una investigación epidemiológica para evitar la aparición de casos secundarios.

Estos subsistemas fueron creados en los últimos 15 años. En el año 2000, por Resolución del Ministerio de Salud, se incorpora al SUH a la lista de enfermedades de notificación obligatoria. El tipo de vigilancia adoptada es de carácter pasivo, esto significa que la recolección de los datos se origina desde los hospitales donde se internan los casos. En el año 2005 se crean las Unidades Centinelas a través del Programa del Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades. Cada Unidad Centinela selecciona una unidad de atención de la salud y está integrada por tres componentes: clínico, epidemiológico y de laboratorio. Cumplen funciones específicas en relación con la recolección, el análisis y la difusión de información. El nivel central está compuesto por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y los Institutos del ANLIS-MALBRAN, como laboratorio nacional de referencia. En esa misma época, se crea el Sistema de Vigilancia desde el Laboratorio (SIVILA). Se crearon nodos en los laboratorios con la finalidad de estimular la notificación on-line en red de un evento de interés epidemiológico. En el año 2007 por Resolución del Ministerio de Salud, se cambia la periodicidad de la notificación, pasa de ser semanal a ser notificación inmediata. En el año 2009, se crea el Programa Nacional de SUH.

VIGILANCIA DE LA SALUD

La *vigilancia tradicional* concibe al objeto de salud como un proceso esencialmente individual. Este paradigma de vigilancia observa fundamentalmente los factores de riesgo de la enfermedad y sus efectos mórbidos aislados, invisibilizando los procesos de determinación integrales^{2,3}. Desde el punto de vista de la gestión, el sistema convencional de información en salud se concibe verticalmente. Esto implica una posición pasiva de los trabajadores(as) de la salud y una colaboración marginal por parte de la población.

El estudio de la situación en salud, no puede restringirse al análisis de las muertes, secuelas, enfermedades y daños. Es necesario incorporar los condicionantes y determinantes socio-ambientales de los problemas de salud⁴. Nos encontramos frente a la necesidad de replantear la

² Belardo M. Vigilancia del Síndrome Urémico Hemolítico: “atrapados” en la lógica instrumental. [CD] VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Área de Salud y Población; ago 2009; Instituto Gino Germani, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

³ Breilh J. De la vigilancia tradicional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003;8(4):937-951

⁴ Machado De Freitas C. La vigilancia de la salud para la promoción de la salud. En: Czeresinia D, Machado De Freitas C, organizadores. *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008

actualización de la concepción de vigilancia existente y la revisión crítica de los sistemas de información en salud, que funcionan muchas veces de manera fragmentada y descoordinada.

La denominada vigilancia de la salud se presenta como una alternativa. Propone contemplar las necesidades sociales y determinantes socio-ambientales de los problemas de salud, reforzando la autonomía y el protagonismo de los sujetos. De esta manera, podrá intervenir sobre situaciones y no únicamente sobre factores de riesgo⁵.

Desde esta perspectiva, el municipio es un espacio privilegiado que permite abordajes participativos y la implementación de estrategias territoriales de vigilancia que involucren a la comunidad. El componente alimentario debe estar incorporado e integrado a los sistemas de vigilancia. En este sentido, el área de Bromatología es un actor clave para llevar a terreno acciones de vigilancia para prevenir y concientizar sobre ETA y ECNT, acorde a la situación de la realidad

Desde la perspectiva de la promoción de la salud, la vigilancia de la salud, debe significar más que la búsqueda de una gran cantidad de datos e indicadores. Debe significar también el reconocimiento de la complejidad de los problemas de salud, exigiendo abordajes más cualitativos, así como estrategias participativas y territorializadas de vigilancia, procurando avanzar en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales para la vigilancia de la salud³.

Desde esta perspectiva, el municipio es un espacio privilegiado que permite abordajes participativos y la implementación de estrategias territoriales de vigilancia que involucren a la comunidad. El componente

alimentario debe estar incorporado e integrado a los sistemas de vigilancia. En este sentido, el área de Bromatología es un actor clave para llevar a terreno acciones de vigilancia para prevenir y concientizar sobre ETA y ECNT, acorde a la situación de la realidad local. Es así como las acciones de vigilancia en salud trascienden los espacios institucionalizados del sistema de salud, extendiéndose a otros sectores y órganos de acción gubernamental y no-gubernamental. Permite la apropiación de informaciones acerca del territorio-proceso, teniendo como objetivo la integralidad, la intersectorialidad, la efectividad y la equidad³.

Machado De Freitas⁴ explica cómo la propuesta de vigilancia de la salud supera los modelos asistenciales vigentes. En primer lugar, se concibe como una propuesta de acción para la redefinición de las prácticas sanitarias. En segundo lugar, incorpora nuevos sujetos involucrando a la población, lo que corresponde a una ampliación del objeto, incluyendo, además de determinaciones clínico-epidemiológicas en el ámbito individual y colectivo, las determinaciones sociales que afectan a los distintos grupos poblacionales en función de sus condiciones de vida.

Este apartado teórico sobre el concepto de vigilancia en salud, intenta orientar y servir de marco para las Salas de Situación de Salud que en el contexto de la estrategia de promoción de la salud y prevención de la contaminación de los alimentos con STEC (bacteria *Escherichia coli* productora de toxina Shiga) en el nivel local. Es importante que se consolide el esfuerzo desde los diferentes sectores para que la respuesta social sea articulada y sostenible.

⁵ Paim J. Vigilancia de la salud: de los modelos asistenciales a la promoción de la salud. En: Czeresinia D, Machado De Freitas C, organizadores. Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008

Línea de base del SUH a nivel local. ¿Qué sucede en nuestro municipio?

Para poder controlar los daños y riesgos del SUH, es necesario construir una línea de base que explique la situación local para permitirnos decidir sobre las intervenciones y ver la evolución del proceso salud-enfermedad en el tiempo. Esta caracterización situacional aumentará las capacidades de gestión a nivel local, para intervenir en aquellas situaciones que queremos transformar. Este nuevo accionar requiere, entre otras cosas; de métodos, técnicas e instrumentos, prácticos y sencillos, que permitan construir, analizar, interpretar y modificar favorablemente una situación de salud local. El instrumento, por excelencia, para lograr este cambio es la Sala de Situación de Salud⁶.

El instrumento por excelencia, para la construcción de conocimiento, selección de problemas y planificación de acciones para la promoción y prevención del SUH es la Sala de Situación

La vigilancia sirve de instrumento para el control de daños y riesgos del SUH, no restringiéndose como explicamos anteriormente, al relevamiento de los números de casos, secuelas y muertes por SUH, al incorporar las condiciones y determinantes del SUH en las poblaciones. Esto posiciona a las autoridades sanitarias de control de alimentos a nivel local en un lugar privilegiado para la producción de conocimiento que permita diseñar estrategias de prevención del SUH adecuadas a las realidades concretas. En este sentido la Sala de Situación tiene la flexibilidad para su implementación, puede ser innovadora, contribuir al proceso de decisión en salud, pero también puede llegar a volverse ineficaz si sólo se limita a la acumulación de datos, gráficos y tablas sin enfocarse en la gestión.

Creemos que esta es la oportunidad para animarse y comenzar a reflexionar sobre la participación y el protagonismo de las áreas destinadas a promover una alimentación segura y saludable, en la construcción de políticas públicas basadas en conocimiento generado a nivel local.

¿Qué es la Sala de Situación de Salud Local (SSSL)?⁷

Es un espacio físico y virtual donde el equipo de trabajo analiza la información sistematizada para caracterizar la situación de salud de una población. La información es presentada y difundida en tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos o informes estratégicos, para tomar decisiones basadas en evidencias al tiempo que genera el momento, la instancia y un espacio para la democratización de la información. De este modo, la SSSL se convierte en un instrumento para la gestión institucional, la negociación política, la identificación de necesidades, la movilización de

⁶Gustavo Bergonzoli . Sala Situacional. Instrumento para la Vigilancia de Salud Pública. [Internet] Venezuela: OPS, 2006 [Citado 23 de enero 2015]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/Biblio/Sala_situacional.G.Bergonzoli.pdf

⁷ Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables. Sala de Situación de salud Local. Guía metodológica. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012

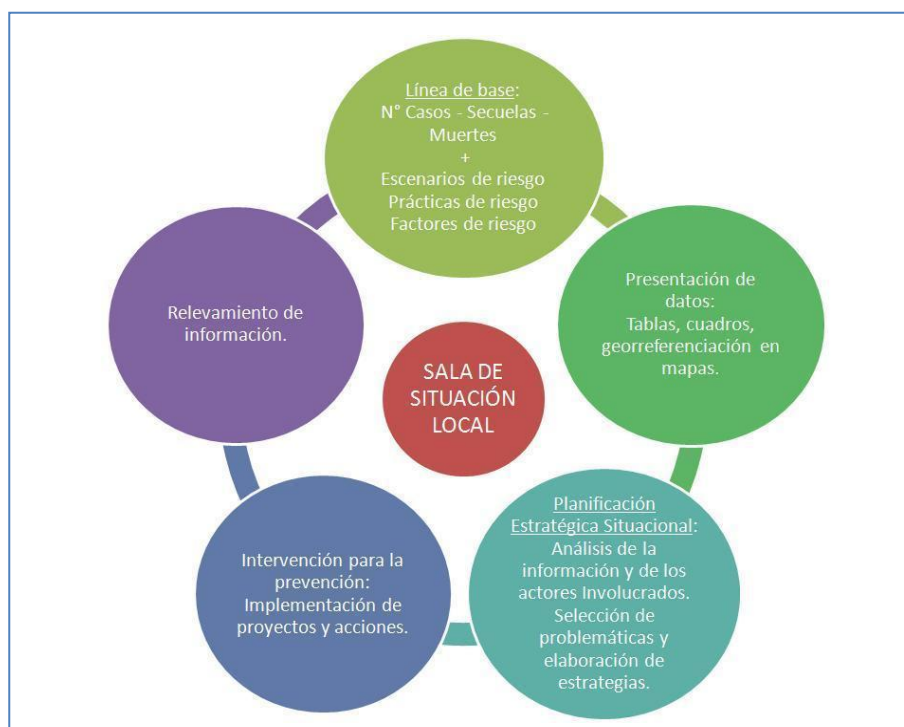
recursos, el monitoreo y evaluación de las intervenciones en gestión en salud a lo largo del tiempo. La Figura 1 muestra los diferentes momentos de trabajo del equipo de trabajo del área de alimentos para la construcción de conocimiento, selección de problemas y planificación de acciones para la promoción y prevención del SUH. Las etapas propuestas son las siguientes:

Esta forma de trabajo requiere, entre otras cosas; de métodos, técnicas e instrumentos, prácticos y sencillos, que permitan construir, analizar, interpretar y modificar favorablemente una situación de salud local.

- Construcción línea de base;
- Presentación de datos;
- Planificación estratégica;
- Intervención para la prevención;
- Relevamiento de datos;
- Evaluación del impacto de las acciones de prevención implementadas.

Recomendamos establecer un lugar físico cómodo, donde pueda reunirse el equipo de trabajo. En este espacio, sugerimos exponer los datos procesados, que será insumo para el análisis y toma de decisiones. Definir periodicidad de los encuentros y en caso de existir Salas de Situación de Salud implementadas a nivel provincial sugerimos vincularse para enriquecer y fortalecer el trabajo mutuo y promover el trabajo intersectorial.

FIGURA 1. Sala de Situación de Salud local de SUH



Fuente: Elaboración propia.

Cabe entonces preguntarse: ¿Cuáles son los condicionantes y determinantes del SUH? ¿Cuáles son los escenarios de riesgo, las prácticas de riesgo y los factores de riesgo del SUH que vamos a relevar para consolidar la línea de base?

Escenarios de riesgo

El principal agente causal de SUH es la bacteria *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC). Esta bacteria se encuentra frecuentemente en el intestino de animales bovinos sanos y otros animales de granja y llega a la superficie de las carnes por contaminación con materia fecal durante el proceso de faena o su posterior manipulación. Las carnes picadas son uno de los productos de mayor riesgo. Esto se debe a que durante el picado, la bacteria pasa de la superficie de la carne al interior del producto donde es más difícil que alcance la temperatura necesaria para eliminarla durante la cocción. Pero no solamente se puede encontrar en las carnes sino también en el agua, la leche sin pasteurizar y las verduras, que pueden contaminarse por contacto con las heces de estos animales. Otra forma muy común por la que esta bacteria llega a los alimentos es a través de la contaminación cruzada. Si bien esta enfermedad puede desarrollarse tanto en niños como en adultos, es más frecuente en niños menores de 5 años.

La principal vía de transmisión son los alimentos contaminados, aunque existen otras formas de transmisión como son la ingesta de agua contaminada, que puede deberse a la descarga de materia fecal en aguas de recreación o agua de bebida sin tratamiento previo; el contacto con materia fecal de animales, identificándose al ganado vacuno como el principal reservorio de la bacteria; y la transmisión de persona a persona a través de la ruta fecal-oral.

Teniendo en cuenta las vías de transmisión mencionadas es posible identificar determinados escenarios de riesgo que resultarán claves para establecer cómo es la situación actual en relación al SUH y en base a ello identificar las intervenciones más apropiadas para disminuir los riesgos asociados a dichos escenarios.

Entonces, los escenarios de riesgo sobre los que es necesario indagar y conocer en la comunidad son:

- Funcionamiento de la cadena agroalimentaria de la carne que involucra aspectos en su producción primaria, su faena y su comercialización,
- Acceso al agua potable y existencia de fuentes alternativas de agua a nivel local,
- Aguas de recreación,
- Sistema existente de disposición de excretas,
- Los comercios, instituciones y hogares donde se realizan prácticas de manipulación de alimento,
- Jardines maternos (cambio de pañales, uso de aguas de recreación en piletas compartidas), jardines de infantes.

La información sobre la ocurrencia de prácticas y factores de riesgo en los escenarios de riesgo mencionados no es recolectada por el sistema actual de vigilancia, será necesario, entonces, sistematizar la búsqueda y recolección de dicha información a través de los distintos actores intervinientes.

A su vez también resulta oportuno vincular esta información con aquella que indique cual es la ocurrencia de esta enfermedad en la población, es decir con aquella información que recolecta el sistema actual de vigilancia. Cabe recordar que el SUH es una enfermedad de notificación obligatoria, y por lo tanto se encuentra sistematizado el registro de casos.

La propuesta no es realizar una medición puntual, sino establecer una tendencia a lo largo del tiempo sobre la ocurrencia de estos factores y escenarios de riesgo, de forma que sea posible extraer conclusiones del impacto de las intervenciones implementadas.

Relevamiento de prácticas y factores de riesgo

Ya se han definido los escenarios de riesgo en relación a la ocurrencia de SUH. En este punto es importante definir sobre qué prácticas y factores de riesgo en relación a la inocuidad alimentaria y a la transmisión de la enfermedad se elegirá para comenzar el relevamiento.

El hecho de que la transmisión de la enfermedad sea multifactorial, hace necesario avanzar en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales para la vigilancia de la salud, la inocuidad y calidad alimentaria, en la medida en que podamos.

La construcción de la situación inicial a nivel local implica la búsqueda y el relevamiento de información. Existe información de fácil acceso y a nuestra disposición que habrá sido generada por distintos organismos o instituciones involucradas en el tema, tanto del sector estatal, como del privado, organizaciones civiles, universidades, entre otros (fuentes secundarias). Sin embargo, también existe otro tipo de información que será necesario relevar en forma directa a través de distintos instrumentos como encuestas, observaciones, mediciones, entre otros (fuentes primarias).

Se requiere entonces, de métodos, técnicas, e instrumentos, prácticos y sencillos, que permitan construir, analizar y modificar favorablemente la situación de salud local.

En el anexo que se encuentra al final del documento se encuentran las planillas de relevamiento propuestas para cada escenario. También podrás acceder haciendo click en los siguientes vínculos:

- [Comercios de alimentos listos para consumo e Instituciones con comedores](#)
- [Carnicerías](#)
- [Hábitos en hogares](#)
- [Jardines maternos](#)
- [Agua de consumo y recreacionales](#)
- [Salud-Datos epidemiológicos](#)

Procesamiento de la información

Surgen entonces las preguntas, conociendo los posibles escenarios, prácticas y factores de riesgo: ¿Qué sucede en mi municipio con respecto a estos escenarios?; ¿Cómo procesar la información relevada para construir conocimiento sobre los escenarios, prácticas y factores de riesgo a nivel local?

Cabe en este punto, resaltar la necesidad de construir conocimiento desde el enfoque peligro-riesgo, que nos permita elaborar una línea de base en relación a la contaminación de alimentos con STEC, a las prácticas de riesgo en los escenarios antes identificados y su asociación con la ocurrencia de Síndrome Urémico Hemolítico con una mirada integral.

Es necesario considerar qué tratamiento se le dará a la información recolectada de forma que su análisis resulte adecuado. La presentación de los resultados, para su fácil lectura, podrá hacerse a través de informes, tablas, cuadros, gráficos, mapas de información, entre otros.

Te sugerimos la lectura del documento **herramientas para la presentación de la información**. En el que encontrarás ejemplos y recomendaciones de uso sobre indicadores, gráficos y georreferenciación.

Establecer la frecuencia de recolección de datos para construir una tendencia a lo largo del tiempo

La propuesta no es realizar una medición puntual, sino establecer una tendencia a lo largo del tiempo sobre la ocurrencia de los eventos, factores y escenarios de riesgo relacionados a los alimentos y a la transmisión del SUH. Establecer una tendencia, nos posibilitará evaluar el impacto de las intervenciones ya implementadas. Para construirla se requiere relevar con determinada frecuencia la misma información utilizando el mismo instrumento de recolección (ej: encuestas, toma de muestras, etc) o la misma fuente de información secundaria (ej: Sistema de Vigilancia Local)

El análisis de la información a través de la Sala de Situación de Salud y la Planificación Estratégica Situacional

Una vez relevados y procesados los datos, se requiere realizar una interpretación crítica de la información para construir conocimiento sobre la magnitud y tendencia del SUH y sus determinantes a nivel local.



Algunas preguntas a las que se pretende responder al analizar la información son:

De los escenarios relevados ¿Cuáles son aquellos que representan mayor riesgo para la población?

¿Qué peligros se encuentran fuera de control?

¿Qué posibles soluciones existen? ¿Qué actores intervienen?

¿Qué variables deberían vigilarse con más frecuencia?

¿Cuáles son los principales problemas detectados y qué posibles intervenciones existen?

El conocimiento construido por el equipo de trabajo será insumo para planificar acciones de prevención, que actúen sobre los problemas locales hallados. Un momento importante, antes de planificar acciones de prevención, es seleccionar los problemas que consideramos “prioritarios” a trabajar. La selección de estos se realizará en función de la relevancia de los problemas hallados, además se tendrá en cuenta los recursos y posibilidades reales de intervenir. Es decir, también se tendrá en cuenta la viabilidad de nuestras acciones, y cuales son aquellas situaciones/problemas que podemos transformar. Aquellas situaciones diagnosticadas, que están fuera de nuestro campo de acción, pero podemos identificar un actor que tiene injerencia sobre dicho problema podemos informarle e involucrarlo en la situación.

Desde esta perspectiva se propone el abordaje de la planificación como un proceso complejo que involucra -entre otras cuestiones- el análisis de la realidad y de los actores involucrados, la selección de problemáticas y la elaboración de estrategias e intervenciones para escenarios alternativos.

La información debe recolectarse sistemáticamente luego de un periodo de tiempo para evaluar el impacto de la intervención.

Si te interesa participar de este proyecto y recibir el acompañamiento de la Coordinación Operativa de RENAPRA contactate con nosotros.

CONTACTATE CON RENAPRA



renapra@anmat.gov.ar



Usuario: renapra



facebook.com/RENAPRA



Canal: RENAPRA



[@RENAPRA_ARG](https://twitter.com/RENAPRA_ARG)