

Gasto de la infección nosocomial o cómo mejorar la calidad: un programa dirigido a clínicos y gestores

Redacción

Entre un 5% y un 10% de los pacientes ingresados en un hospital van a sufrir una infección que no tenían cuando entraron. El coste en sufrimiento y muerte de estas infecciones es indescriptible. Además, el gasto asociado a infección nosocomial constituye una partida inmensa. Todos aceptamos que la infección nosocomial puede reducirse considerablemente con buenas prácticas clínicas y que su reducción aumenta la seguridad del paciente y permite el ahorro de enormes cantidades de dinero. Esta tarea es un trabajo multidisciplinar donde sanitarios, gestores de la sanidad y otros profesionales, necesitan hablar y trabajar juntos. De ello se ha hablado en la jornada "Gasto de la infección nosocomial o cómo mejorar la calidad: un programa dirigido a clínicos y gestores", en la que se han revisado cifras y conceptos entre grupos con distintos conocimientos.

El doctor Miquel Ferrer, de Servicio de Neumología del Hospital Clinic (Barcelona), trató de dar una visión de la neumonía adquirida por ventilación mecánica o neumonía nosocomial. Se trata, dijo, de "una infección del parénquima pulmonar causada por patógenos predominantemente presentes en el medio hospitalario, que aparece en pacientes hospitalizados más de 48 horas". Su gravedad viene dada en función del tipo de medidas y de datos. Así, señaló, algunos estudios sugieren que "un tercio de los pacientes ingresados en UCI pueden tener una infección respiratoria de origen nosocomial". La incidencia es muy variable, oscila entre un 5 y un 67%, dependiendo del tipo de paciente, así como de la medida y de los criterios diagnósticos. También es muy variable la mortalidad hospitalaria asociada: puede oscilar de un 24% hasta un 76%.

Un problema añadido es que las cifras varían mucho. Según datos del estudio ENVIN del año 2009, se puede pensar que suponen el 42% de todas las infecciones detectadas en las UCIs. Es, dijo Ferrer, "la infección más frecuente, aunque su incidencia se ha estabilizado a lo largo de la última década".

Además del problema sanitario, este tipo de infecciones tiene un grave coste. Ferrer presentó algunos datos de los costes directos derivados del ingreso. "Según datos de un estudio americano que, aunque no son extrapolables a nuestro país sí nos permiten comparar, los costes de un ingreso de un paciente sin una neumonía asociada a ventilación mecánica rondan los 21.000 dólares por episodio, mientras que en un paciente con neumonía nosocomial están alrededor de 70.000 dólares. La diferencia es importante". El gasto principal, matizó, proviene del exceso de tiempo de ingreso hospitalario: de 4 días en UCI y 13 en el hospital a 26 en UCI y 38 en el hospital.

Para paliar el problema, según el estudio ENVIN, se proponen una serie de medidas recogidas en el Proyecto Neumonía Zero, que se implementó en varias UCIs del Estado español a partir del año 2010: formación y entrenamiento apropiados en la manipulación de la vía aérea artificial del paciente; higiene estricta de las manos antes de manipular la vía aérea artificial; higiene bucal, control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento; promoción de los procedimientos que permiten disminuir de forma segura la intubación y la sudoración o evitar los cambios programados de los humidificadores y tubos traqueales, entre otras medidas. "Aunque los datos de este proyecto no están disponibles todavía –señaló– un estudio que evaluó un paquete de medidas parecido mostró una reducción de los casos en casi la mitad".

La doctora María Guembe, del Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón (Madrid), presentó nuevos datos sobre la bacteriemia relacionada con catéter. “El estudio más relevante en España, realizado en un hospital de 400 camas, muestra que el coste atribuible a la bacteriemia relacionada con catéter está en torno a los 18.000 euros”. Estamos ante un problema que hay tratar de controlar con medidas de prevención pero, ¿cómo? La doctora Guembe se refirió a tres dianas: “no sólo el catéter, sino también el personal sanitario y el propio paciente, y ello desde el mismo momento en que se inserta el catéter hasta que se retira”. En este sentido, las guías actuales de prevención de la infección relacionada con el catéter ofrecen una serie de recomendaciones, entre las cuales destacan: la educación del personal sanitario; lugar de inserción -sabemos que la vía subclavia es la de elección, seguida de la yugular y por último la femoral-; composición del catéter -poliuretano y silicona-; de la técnica de inserción -aséptica, con la preparación de la piel con clorexidina alcohólica-, así como una serie de recomendaciones acerca de los apósitos y de los sets de administración.

La implantación de estas medidas, comentó Guembe, ofrece resultados. Así, el estudio más representativo demostró -Pronovost, 2006 en 103 UVIs- que la implantación de cinco medidas -lavado higiénico de manos, buena barrera de protección estéril durante la inserción, clorexidina para desinfectar la piel, evitar la vía femoral y retirar aquellos catéteres que no eran necesarios- bastaba para reducir las tasas de bacteriemia del 7,7% al 1,4%. “En España, un estudio que se realizó en todas las UVIs españolas demostró que es posible reducir la tasa de bacteriemia por debajo de 4 aplicando estas cinco medidas”. También hay otras medidas, comentó, aunque más complejas, como pueden ser los catéteres recubiertos de antibióticos -minociclina y rifampicina-; el uso de esponjas impregnadas en clorexidina o el sellado con antisépticos.

Para finalizar, Guembe trató de dar respuesta al impacto que tendría, en términos económicos, una reducción del 20% de los episodios de bacteriemia con estas medidas. “Los datos de nuestro hospital, del 2011, muestran que se produjeron 123 episodios de bacteriemia relacionada con el catéter, confirmada microbiológicamente. Si lo redujéramos en un 20%, y teniendo en cuenta que cada episodio supone un coste de 18.000 euros, podríamos estar hablando de un ahorro potencial anual de unos 452.000 euros, sólo en nuestro hospital”.

Infecciones quirúrgicas

La infección quirúrgica también supone un reto hospitalario. Según el doctor Ángel Asensio, del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid), “una infección quirúrgica es la que se localiza en el territorio al que accede al cirujano, fijada, siguiendo criterios del Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EEUU (CDC), en 30 días después de la intervención. El periodo puede ampliarse a 12 meses cuando se dejan implantes”. El riesgo de infección quirúrgica está determinado por dos aspectos muy importantes, indicó. El primero es el procedimiento quirúrgico: “no es lo mismo hacer una cirugía limpia de una mama, que una cirugía de colon”. El otro factor son las características de riesgo del propio paciente.

En cuanto a la dimensión del problema, Asensio presentó los resultados de una encuesta de prevalencia realizada en casi todos los países europeos, incluido España, para conocer la carga producida por las infecciones hospitalarias. “En España, de cada 100 pacientes que están un día en el hospital, el 2,4 tiene una infección quirúrgica. Y de todas las infecciones que existen en un día determinado en el hospital, la mayor parte son las quirúrgicas, el 28%”. Para medirlas se emplean sistemas de vigilancia con unas definiciones estándar. “Las más utilizadas son las del CDC: la recomendación es que se haga una observación activa y prospectiva durante toda la hospitalización del paciente y que se recojan las variables asociadas a menor riesgo, con objeto de calcular las tasas por procedimiento

ajustadas al índice de riesgo. El objetivo de la vigilancia –afirmó– es poder decirle al cirujano, después de un trimestre, ‘a usted se le infectan tres de cada cien’”. El problema se planteó cuando se preguntó sobre el número de sistemas de vigilancia de infección quirúrgica que hay en España. “Casi tantos como comunidades”, respondió Asensio. “Cataluña tiene el suyo, y Madrid, el País Vasco, Andalucía... El común sería el del CDC europeo, al que España aporta datos, pero con poca representatividad”.

¿Y cuál es el coste de las infecciones quirúrgicas? “Varía mucho, dependiendo de procedimientos, de lugares y de otros aspectos”, respondió Asensio. “Hay unos costes directos, de morbilidad añadida, de mortalidad asociada a la infección y de prolongación de la estancia, incluyendo los reingresos. Se estima que puede ser alrededor de un 60 o un 80% de todos los costes de las infecciones quirúrgicas, de las pruebas diagnósticas, de imagen, microbiológicas, de exploraciones, antibióticos a veces durante semanas o meses, cirugía adicional y otros costes indirectos, que a lo mejor no les interesan tanto a corto plazo a los responsables de nuestros hospitales, pero que también lo tienen”.

Preguntado acerca del impacto económico de un posible plan para reducir un 20% las infecciones, algo factible, Asensio afirmó que “si partimos de un hospital de 500 camas, con alrededor de 25.000 pacientes ingresados al año, de los que un 25% se podrían operar, tendríamos 6.200 pacientes operados, a un promedio en conjunto de un 3,5% de infecciones quirúrgicas, hablaríamos de 219 pacientes infectados en la herida al año. Y si consideramos la estancia multiplicada por 1,7, serían 2.566 días de estancia, a 434 euros por día de cada estancia, dan 1.113.000 euros en infecciones quirúrgicas. Si pudiéramos ahorrar un 20%, estaríamos ahorrando 222.700 euros”. Pero, señaló, no hay que olvidar que son costes directos, “que a lo mejor podrían sensibilizar a nuestros directivos”, pero hay otros costes que son ya cuestión ética. “Me refiero a una mortalidad evitable, y en estos casos podríamos evitar seis muertes”.

Sepsis y shock séptico

La sepsis y el shock séptico afectan cada año a 3 de cada 1.000 personas en el mundo. Según explicó el doctor Marcio Borges Sáez, del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca), se aprecia un aumento potencial y exponencial del 2% de sepsis al año. ¿Las razones?: “envejecimiento de la población, el avance tecnológico, la utilización de tratamientos más agresivos”.

La sepsis y el shock séptico son respuestas pro o anti inflamatorias de nuestro organismo frente a una infección que puede ser fúngica, bacteriana, viral... Se dividen en tres grupos: SIRS, caracterizado por fiebre, hipotermia, taquicardias, leucocitos, etc.; sepsis severa, y shock séptico. Aunque es complejo calcular su coste, el doctor Borges hizo una aproximación. “El coste de una cama en UCI es de 1.200 euros/día y el de una cama de hospital oscila entre 200-500 euros día. En un caso de sepsis grave, se calcula que el coste es el 40-60% del total; es decir, 29.000 euros por paciente”, señaló. Por este motivo, Borges consideró fundamental optimizar las medidas de prevención para reducir los costes. La prevención en el caso de las sepsis nosocomiales, dijo, pasa por evitar la infección de herida quirúrgica, lavarse las manos, aislamiento preventivo de colonizados, etc. “El caso de la sepsis comunitaria es mucho más complicado de determinar”. Pero también, añadió, en el manejo de la sepsis es vital la “identificación precoz, el inicio del tratamiento antibiótico, disponer de protocolos homogeneizados, una monitorización, etc.”.

Otro problema importante son las infecciones urinarias asociadas a catéter. Según la doctora Belén Padilla, del Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón, son “infecciones nosocomiales urinaria relacionadas con el sondaje vesical”. La experta destacó que es una de las cuatro infecciones nosocomiales más importantes. “Es la hermana pobre, pero supone hasta el 40% de las infecciones

nosocomiales”. Su prevalencia hospitalaria es del 15 % de los pacientes sondados. Y no hay que olvidar, aseveró, su morbimortalidad. “Puede llegar a producir 13.000 muertes atribuibles a la infección urinaria asociada a sondaje vesical al año y aumenta la estancia de 2 a 4 días, cifra nada despreciable”.

Para su diagnóstico deben existir al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre mayor a 38 grados, dolor suprapúbico, dolor lumbar, otros síntomas sistémicos sin causa explicable como son hipotensión, alteración del estado mental o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Además, señaló la doctora Padilla, en la analítica deben darse uno de los siguientes criterios: “urocultivo con aislamiento de $>10^5$ ufc/ml de uno o de dos microorganismos, nunca más de dos, o sedimento de orina con esterasa leucocitaria positiva, que haya piuria o que se vean microorganismos con un urocultivo mayor o igual a 10^5 ufc/ml”.

La experta explicó que existen dos vías fundamentales por las que se puede producir la infección del tracto urinario asociada a sondaje vesical: la vía extraluminal (muy importante en las mujeres), que está relacionada con el momento de la inserción, y la vía intraluminal, ligada con la manipulación del catéter. “No hay que olvidar que el riesgo de bacteriuria en paciente sondado aumenta de 3 a 8 % por cada día de sondaje vesical”, subrayó.

En España, según los datos del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE), se sabe que el sondaje vesical abierto va en disminución. “Apenas se aplica en un 3,8% de los pacientes, mientras que el cerrado se usa en un 15,5%; es decir, casi un 20% de los pacientes en los hospitales españoles tiene puesto un sistema de sondaje vesical. Y si tenemos en cuenta que la tasa de infección urinaria total es de un 21%, se puede deducir que entre un 3-4% de los pacientes sondados va a tener una infección urinaria”.

Y esto tiene un coste. La doctora Padilla presentó datos de 2005: el coste de la infección nosocomial del tracto urinario era de 930-972 euros, aunque otros estudios más recientes lo cifran entre 1.200 y 4.700 dólares. ¿Por qué tanta disparidad?, se preguntó. Las razones puede ser varias: microorganismos multirresistentes o falta de antibióticos por vía oral. Para mitigar este impacto, la experta señaló algunas opciones: educación para médicos y para enfermería; conocer muy bien las indicaciones; hacer hincapié en la retirada del sondaje vesical, una buena vigilancia y un buen *feedback* con los servicios que usen estos sondajes, y retirar el sondaje vesical. Si con estas medidas se lograra una reducción del 20% de los episodios, por ejemplo, en “nuestro hospital”, dijo, se podría estar ahorrando “1.395 euros al día. Si lo multiplicamos por los días del año, saldría una reducción de gasto de unos 500.000 euros”.

Diarrea asociada a antibióticos

El doctor Emilio Bouza, del Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón, se centró en *Clostridium difficile*, una bacteria anaerobia, relacionada con las diarreas. “La diarrea asociada a antibióticos es una entidad benigna. Tiene que ver con la cantidad de antibióticos que se prescriben, y desaparece cuando se quitan los antibióticos y no tiene nada que ver con *Clostridium Difficile*. Se calcula que 20-30% de las diarreas que se producen en un hospital tienen que ver con *Clostridium difficile*”, señaló el doctor Bouza.

Este experto subrayó el hecho de que no es indispensable que haya un antibiótico para que exista diarrea. Es un problema, señaló; “en la última década hemos aumentado de 2 a 4 veces la incidencia”. La pregunta es: ¿miramos mejor o hay más? Los datos europeos muestran que la incidencia es de 4 casos por cada 10.000 personas, aunque con mucha disparidad entre países.

Reconoció el experto que la entidad *Clostridium difficile* pasa muy desapercibida, y aunque en España se ha avanzado mucho, “el infradiagnóstico en hospitales españoles es de un 50%. Creemos que las cifras que van a salir en Europa van a ser muy similares a las nuestras”, aseguró. El Hospital Gregorio Marañón se ha concienciado de este problema. “Hasta ahora hacíamos pruebas para *Clostridium difficile* únicamente cuando había ciertas indicaciones, pero ahora lo hacemos a todos los pacientes, de manera que buscamos la bacteria en todas las diarreas, dentro y fuera del hospital, y con factores de riesgo o sin ellos”.

¿Y el gasto? “El gasto por episodio es superior a lo que uno pensaría. Hablamos de un coste de 9.000 dólares por episodio, unas cifras astronómicas”, indicó el experto. Especialmente porque con unas medidas razonables se puede prevenir. “Habría –afirmó Bouza– que implantar un sistema de vigilancia de *Clostridium difficile* en el hospital; programas de medidas educativas, tanto para la enfermería como para los médicos; aislar a estos enfermos; higiene de manos; ropas protectoras, y una política de antibióticos racional”. Suponiendo que estas medidas lograran una reducción del 20%, “en hospitales como el mío podríamos hablar de 500.000 euros de reducción en un año”.

Se calcula que por cada 1.000 ingresos hospitalarios hay 1 caso de candidemia; es decir, señala la doctora Patricia Muñoz, del Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón, “en España habría 5 pacientes con candidemia por 100.000 de población”. Y en cuanto al *Aspergillus*, aunque no hay muchos datos, se calcula que la cifra es de 0,02 por cada 1.000 ingresos.

Las micosis invasoras son infecciones causadas por patógenos –hongos– que invaden los tejidos –superficiales o sistémicas–. El problema, señaló la doctora Muñoz, es que, “a diferencia de otras entidades, su diagnóstico es muy difícil porque no siempre vamos a lograr tener una muestra microbiológica”. Por eso se han establecido criterios para establecer si se habla de una infección probada, probable o posible. Y esto, dijo, “es relevante porque se ha visto que el gasto en antifúngicos se dirige fundamentalmente a los tratamientos empíricos o anticipados”. Y además, el hecho de que “nos retrasemos en establecer un tratamiento eficaz, incluso 6 horas, hace que el pronóstico del paciente pase de una mortalidad del 10% a otra del 30-35% en el caso de la cándida”.

En cuanto al gasto, ésta, reconoció la experta, es una “tarea muy difícil”, aunque sí sabemos que “es un problema extremadamente costoso. Un episodio de candidiasis nos costaría unos 37.000 euros e incrementaría la estancia hospitalaria entre 3 y 13 días. Y un episodio de aspergilosis o mucormicosis, entre 48.000 y 84.000 euros”. Por ello, las medidas de prevención serían esenciales aunque, como señaló, en este caso “depende mucho menos de nosotros”, porque muchas veces es un problema endógeno –obras en el hospital, por ejemplo–. Pero sí se puede trabajar sobre algunos factores de riesgo: en candidiasis, actuar en UCI, cirugía, insuficiencia renal, catéteres; en aspergillus, sobre la neutropenia, trasplante, corticosteroides, VIH; y en mucormicosis, sobre la diabetes descompensada, cáncer, viconazol.

Y son medidas coste-efectivas. Reducir, por ejemplo, 10 casos de candidiasis al año supone un ahorro de 370.000 euros, y hacerlo en 1 o 2 casos de aspergilosis al año, de 48.000 y 168.000. Aunque, reconoció, “esto es difícil de demostrar al gerente”. En este sentido, la doctora Muñoz presentó algunos datos de un proyecto multidisciplinar, “Promulga”, cuyos objetivos son reducir la incidencia de candidiasis, mejorar el diagnóstico microbiológico, reducir el tiempo de información al clínico, reducir la transmisión y poner en marcha programas educativos. “¿Y cómo nos ha ido? –se preguntó–. Hemos visto que la utilización en el 50% de cada una de las dosis de los antifúngicos era óptima, en el 25% era totalmente incorrecta y en el otro 25% podría mejorarse. Así, si hacemos que todas sean óptimas, ahorraríamos otro

medio millón de euros". Y aunque según las previsiones, "no vamos a llegar a ese medio millón de ahorro, podríamos alcanzar los 300.000 euros".

Aunque menos frecuentes, las infecciones por prótesis son significativas. "Por una infección de prótesis, un paciente puede llegar a sufrir hasta tres intervenciones quirúrgicas", señaló el doctor José Barberán, del Servicio de Enfermedades Infecciosas de HM Hospitales. "Las prótesis articulares han hecho que pacientes que estuvieran cojos hoy puedan andar de nuevo"; sin embargo, señaló, también tenemos riesgo de infecciones. Nos enfrentamos, dijo, a "infecciones agudas", si aparece el primer mes, "crónicas", si es después de ese mes, y a otro tipo, que se produce a los 5/6 años en pacientes que nunca se han infectado, "que no se considera postquirúrgica, sino que es hematógena". Todo esto, reconoció, condiciona el tratamiento.

Pero, como afirmó este experto, resulta complicado "encontrar datos, porque es poco prevalente. Afortunadamente las tasas son de 1 a 3%". Así, dijo, es un problema difícil de valorar en España. "Sí sabemos que el número de implantes de prótesis de rodilla ha pasado del 2,6 al 15 % por 10.000 habitantes". Y, en cuanto a la tasa de infección, según un estudio realizado en 5 hospitales catalanes, se estima que es del 3,2%, cifra un poco superior a la de otro trabajo realizado en Madrid.

Y en lo que se refiere al coste, sabemos, indicó, lo que "cuesta colocar una prótesis; de media sería unos 7.300 euros la cadera y 6.800 euros la rodilla. Pero no se valora la infección". Haciendo una especulación, el doctor Barberán cree que si se redujeran en un 20% las infecciones, "el ahorro sería de unos 4.000.000 euros". Para ello se debe trabajar en los factores de riesgo modificables. "No se puede", dijo, "influir sobre la edad o la enfermedad -artritis reumatoide, diabetes-, pero sí podemos hacer "profilaxis estandarizada". Hay varios estudios que reflejan que cuando se controla la profilaxis quirúrgica antibiótica, baja la tasa de infecciones.

Una mirada ajena

¿Y qué piensa los que no son médicos? El economista Carlos Rubio, Director de *Health Value*, recordó que el 56% de las infecciones nosocomiales son evitables. "Según un estudio publicado por el Ministerio en el 2012, los costes de las infecciones nosocomiales oscilan de unos 600 euros hasta 44.000 euros, dependiendo del tipo de infección. Es decir, estamos hablando de unos 1.000 millones de euros". Entonces, si podemos reducir hasta un 56%, ¿qué impacto económico tendría? "Habríamos de un ahorro de casi 500 millones de euros anuales", y si nos propusiéramos un ahorro de un 20%, más factible, "habríamos de unos 200 millones de euros".

Por su parte, el Doctor Ricardo Herranz, Director Gerente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, detalló algunos aspectos organizativos y de gestión de la infección. "Nos tenemos que referir a la Orden de la Comunidad de Madrid por la que se crea el sistema de prevención y vigilancia en materia de infecciones hospitalarias en la CAM; el artículo 2 habla de doble finalidad: vigilar y controlar la infección nosocomial y, promover las medidas de prevención y líneas de actuación necesarias para la adecuada protección de las personas hospitalizadas". En otro artículo, el 5, se habla de que estas actividades de vigilancia se encargan a los servicios de medicina preventiva de los hospitales.

Así, indicó, lo que podría ser una organización teórica que debería partir de la gerencia como responsabilidad última, contemplaría a la dirección médica y al servicio de medicina preventiva que, según la normativa legal, tiene asignadas todas las funciones del control de la infección. Pero, reconoció, "tenemos otros organismos que deben ser tenidos en cuenta": la farmacia para la gestión de los medicamentos; el servicio de microbiología, que tiene que asumir un importante liderazgo en la gestión de la infección; la dirección de enfermería, un

elemento clave a la hora de controlar la infección; la comisión de infecciones del hospital y, por último, la dirección de gestión del hospital, encargada de la gestión de los costes asociados a la infección y de conseguir llegar a final de año con el presupuesto hospitalario”.

“Además, hay una figura que me parece básica: es la de un gestor de proyectos”, señaló. “Se trata de una persona que se encargue de dinamizar permanentemente todas las acciones puestas en marcha, todas las acciones que se han creído convenientes, que se encargue de que los distintos servicios del hospital que se vean influenciados, que son muchos, estén en permanente tensión en relación con este problema. Y necesitamos a una persona que se dedique exclusivamente a ello: recordando a todo el mundo, pasando lista de los *check lists* oportunos, recordando las acciones a tomar, revisando protocolos, etc. Una persona destinada permanentemente a la gestión de los planes anti-infección nosocomial”, subrayó el Doctor Herranz.

En el Hospital Gregorio Marañón se ha implementando el Plan Prevenga, que es el plan de reducción de enfermedades infecciosas de adquisición nosocomial y de su gasto asociado. “Contiene una introducción (con un índice de contenidos), antecedentes (historia reciente de la lucha antiinfección nosocomial en el hospital) y declaración de intenciones (este año queremos reducir un 10% los parámetros principales y el coste asociado). Además – indicó– disponemos de 13 líneas de trabajo para las cuales tenemos objetivos, responsables, metodología y acciones, recursos necesarios y evaluación de resultados”.

Por último, el experto señaló que un gerente debe obtener la información que necesita para su gestión con el menor número posible de indicadores. “Necesitamos que los datos relevantes se refieran a episodios sobre ingresos, a gasto real asociado a infecciones nosocomiales y a evolución de objetivos. Y en este sentido, debo referirme a los cuatro bloques de las infecciones: infecciones urinarias, quirúrgicas, respiratorias y bacteriemias. Entre estas cuatro engloban el 80% de la totalidad de las infecciones. Ahora bien, la falta de higiene de manos es siempre uno de los factores básicos principales de la existencia de infecciones y, por lo tanto, uno de los mejores métodos para combatirla”.

¿Y cuál es el punto de vista de la farmacia hospitalaria? A esto respondió el doctor Santiago Grau, Farmacéutico del Hospital del Mar (Barcelona), que apostó por un modelo de integración clínica. “Lo primero que hay que hacer es pensar que el médico a veces se puede equivocar y no tiene tan claro lo que tiene que dar. Lo que quiere el profesional es que el enfermo no se muera, pero el hecho de tardar en administrar el antibiótico correcto se relaciona directamente con aumento en la mortalidad hospitalaria”.

Además, estamos en un momento en el que la economía “está de pena. Y cuando ocurre esto, la dirección médica reúne al equipo de infección nosocomial del hospital y nos dice que, ‘como no controléis el consumo de antibióticos, aquí van a rodar cabezas’”. Y aquí, comentó, es donde intervienen los Programas de optimización de terapia antimicrobiana (PROA). “Los médicos tienen que rellenar un formulario exhaustivo sobre la elección del antibiótico en un programa informático muy desarrollado. Al finalizar la prescripción, cuando el médico acepta y valida la prescripción, sale el coste estimado del tratamiento completo que ha puesto y, a veces, retira el tratamiento cuando ve el coste”.

El doctor Grau hizo una aportación relevante. No se trata, dijo, tanto de no gastar en antibióticos, “sino de disminuir la tasa de infección nosocomial que está íntimamente relacionada con el uso de antibiótico de amplio espectro”. Por eso se preguntó, ¿los farmacéuticos sólo podemos hacer control de antimicrobianos? “Pues no; podemos tener participación activa en las comisiones, tanto de infecciones como de antibióticos y en las reuniones semanales multidisciplinares sobre la situación de la infección hospitalaria y política antibiótica”.

Para finalizar la sesión, el doctor José Luis de la Serna, Responsable de Relaciones Internacionales y columnista del diario *El Mundo*, habló del papel de los Medios de comunicación en la información nosocomial. Y se preguntó, ¿sabe la gente lo que es la infección nosocomial? ¿Tiene la prensa general un papel educativo sobre la prevención de la infección nosocomial? ¿Puede la prensa concienciar a los profesionales de la salud sobre la trascendencia de la infección nosocomial? ¿Pueden los medios de comunicación hacer tomar conciencia a los políticos sobre el problema? Más que respuestas, planteó nuevas preguntas con difícil respuesta. “Los medios informan –dijo–. Pero ¿cuál es la frontera que divide la información de la formación? Es muy, muy débil. En todas las sociedades, tanto en el mundo desarrollado como el que está en vías de desarrollo, la parte formativa depende de la escuela en la infancia y, para un porcentaje relativamente pequeño de esa población, en la universidad. A partir de ese momento ya no existe otra manera de informarse, formarse y educarse que no sea a través de los medios de comunicación”. Pero, “¿tenemos un papel educativo?, la respuesta es sí, evidentemente. Otra cosa es cómo lo podemos hacer”.

Madrid, 15/12/2012