

El control de la infección nosocomial (IN), un objetivo de salud innegable en la seguridad del paciente



De izquierda a derecha: Francesc Gudiol, Jerónimo Pachón, Carlos Sangregorio, Juan Antonio Marqués, José Javier Castrodeza, M.ª del Mar Vázquez, José Luis Gomez y Carlos Armendáriz

Participantes:

Carlos Sangregorio. Gerente del Hospital de Fuenlabrada (Madrid).

Françesc Gudiol. Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona).

José Javier Castrodeza. Director General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación de Castilla y León.

M.ª del Mar Vázquez Salvado. Subdirectora Operativa. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Juan Antonio Marqués Espí. Gerente. Departamento de Salud de Elche. Hospital General de Elche.

Carlos Armendáriz. Gerente. Hospital General de Guadalajara.

José Luis Gómez. Director General de Becton Dickinson. Madrid.

Moderador: Jerónimo Pachón. Director de la Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Organizan: Xavier Corbella, Elena Miravalles, Ángel J. Pérez, Diego Falcón.

Secretaría: Patricia Valls.

Transcripción: Noelia Padrazo.

Cuestiones tratadas

1. ¿Qué opinión tienen de la creación y dotación de unidades de control de IN en sus centros?
2. Es evidente que la IN comporta costes en parámetros de calidad (morbimortalidad) y económicos. ¿Cómo cuantifican el "retorno de la inversión" del presupuesto que destinan la prevención y control de la IN?
3. ¿Disponen de objetivos concretos sobre control IN en los acuerdos de gestión que tienen los centros con las administraciones?
4. El abordaje de la IN es multidisciplinario: práctica clínica, formación de los profesionales, limpieza, infraestructuras, etc., por lo que la toma de decisiones es extremadamente compleja. ¿Existen organismos específicos de asesoramiento, control y prevención de la IN en su comunidad?
5. Una de las implicaciones últimas son las legales. La responsabilidad final es de la Dirección del Centro. ¿Han detectado un incremento en las demandas judiciales referidas a este tema? ¿Cómo abordan la defensa del hospital?

J. Pachón: Vamos a hablar de la infección nosocomial. Si os parece, vamos a seguir el índice propuesto. Podemos comenzar comentando la opinión que tenemos sobre este tema, lo que sería más bien una aproximación conceptual, más que concretarlo en un centro u otro.

C. Sangregorio: Todos estamos aquí porque creemos en este tema. El matiz que haría es que, a mi, particularmente, no me gusta la palabra unidad de control, me gusta más la palabra uni-



Jerónimo Pachón

dad de vigilancia. Creo que las unidades que estamos montando en los hospitales, fundamentalmente a través de los servicios de medicina preventiva o dependientes de infección hospitalaria, deben ser más de vigilancia que de control; probablemente deben estar en un ámbito más global y mucho más extendido por el hospital que en la unidad en sí.

J. Pachón: Tengo cierta incertidumbre con lo que comentas. Pienso que la mayor parte de los sistemas de vigilancia tienen el riesgo de quedar solamente en ella. A modo de ejemplo, existen en España, globalmente o en comunidades autónomas, sistemas de vigilancia que permiten comprobar cada año que continuamos con las mismas tasas de infecciones, independientemente de que haya centros que realmente apliquen medidas de control de la infección, porque han tenido la iniciativa en ese sector concreto. Creo que la vigilancia es imprescindible, pero si no hay unidad control, no es suficiente: tiene que ser a la vez unidad de vigilancia y control o de control, pero la palabra control me parece

imprescindible. Desde el punto de vista de disminuir la infección, que es lo que le interesa a los ciudadanos, no estamos ofreciendo nada si no aplicamos control: estaríamos diciendo que hay riesgo de enfermar, pero no cómo prevenir la infección nosocomial.

C. Sangregorio: Mi criterio es que no debemos circunscribir el control a una unidad determinada, es decir, que creo que es un riesgo y que todos los que llevamos muchos años en el sistema hemos encontrado el riesgo en la infección nosocomial de que pudiera pensarse que solo afectaba a unas cuantas unidades concretas, que eran las que tenían que actuar sobre eso. Quería decir que estas unidades tienen una misión muy importante que es vigilar, decirnos qué está pasando, proponer cosas; es un tema de tanta trascendencia que tiene que pasar por las direcciones, pero también por los profesionales implicados en cuanto a control en sí.

J. Pachón: Obviamente, si hay que controlar la infección en cirugía, a modo de ejemplo, y no se implica a los cirujanos, difícilmente se logrará.

F. Gudiol: El concepto implica actualmente que existen equipos multidisciplinares que se dedican a eso; tanto distintos profesionales médicos como enfermería tienen que estar implicados en esos equipos. Personalmente, a mí me gusta que aparezca la palabra vigilancia, porque es definitoria y sirve pedagógicamente para la gente que soporta económicamente estas unidades. Sin embargo, quedarse solo en un equipo de vigilancia sería escaso, habría que añadir algo más, y vigilancia y control me parece adecuado. En Cataluña, nosotros lo llamamos vigilancia, pero trasladado a lo que ocurre en un hospital nos quedaríamos cortos. Últimamente hay una cierta tendencia a cambiar la palabra control por la pala-

bra prevención. Vigilancia es bastante indiscutible. El control es un objetivo de todo el hospital y que estas unidades tienen que ser multidisciplinarias.

C. Armendáriz: Me parece que el término vigilancia hablando de infecciones es demasiado aséptico, porque no nos tiene que dar miedo usar alguna palabra que suene un poco fuerte. Hay veces que por dulcificar las cosas, no le damos el contenido que debe tener. Vigilancia es un concepto aséptico. Un prevenciónista o un equipo multidisciplinar se encarga de saber qué gérmenes tenemos dispersos en diferentes sitios del hospital y que están produciendo infecciones nosocomiales, lo que nos genera un gasto desmedido en algunos ámbitos. Aquí no se dice nada sobre el control. Creo que tiene que haber ese equipo multidisciplinar, que tiene que estar muy implicado con la dirección y tiene que tomar medidas correctoras que modifiquen nuestro comportamiento, para que la infección nosocomial tenga una duración más baja que la que tiene.

Creo que tiene que haber ese equipo multidisciplinar, que tiene que estar muy implicado con la dirección y tiene que tomar medidas correctoras que modifiquen nuestro comportamiento, para que la infección nosocomial tenga una duración más baja que la que tiene

Carlos Armendáriz

J.L. Gómez: Vengo de la industria, así que hablaré como observador. Dentro de la parte financiera, hay una parte muy interesante que me gustaría profundizar y entender. Con respecto a este tema, la mayoría estamos de acuerdo en que es importante tener este tipo de unidades, pero mi pregunta es cómo creéis que estas unidades deben funcionar a efectos realmente de impacto en el hospital o

cómo estas unidades deben reportar a la gerencia del hospital y qué atención le presta un gerente a este tipo de unidades. Se supone que estas unidades están para asesorar o recomendar al gerente la puesta en marcha de soluciones; eso supone una inversión, pero también supone un área de asesoramiento y ejecutiva con el gerente del hospital. ¿Cómo veis esa parte? He visto muchas comisiones de control de infección que realmente dicen no tener ningún tipo de poder y tener muchas dificultades para aplicar soluciones. ¿Os parecen realmente efectivas estas unidades?

He visto muchas comisiones de control de infección que realmente dicen no tener ningún tipo de poder y tener muchas dificultades para aplicar soluciones

José Luis Gómez

J.J. Castrodeza: En estos momentos, soy el más ajeno al debate, porque soy Director General de Salud Pública de Castilla y León; procedo del ambiente hospitalario y antes era responsable de una unidad de medicina preventiva en el Hospital Clínico Universitario. Me gusta la palabra vigilancia, la palabra prevención y la palabra control: son tres ejes para mí fundamentales en las unidades, por tanto, la unidad que coordine esa responsabilidad debe vigilar, debe actuar con estrategias de prevención y debe implementar medidas de control. No son palabras que me sobren, porque estamos en un escenario en el que hay que controlar. En cuanto a la pregunta inicial, me plantea una duda. En mi opinión, ya existen unidades creadas y dotadas. Otra cuestión es que esas unidades creadas no se hayan desarrollado lo suficiente o no hayan tenido el liderazgo suficiente dentro del entorno hospitalario. En una estructura hospitalaria, soy poco partidario de crear cosas nuevas cuando no

hemos explotado al máximo lo que ya tenemos. Soy de una unidad de medicina preventiva donde desarrollamos las tareas de vigilancia, de prevención y de control, porque entiendo que el problema de la infección nosocomial no es un problema solo del ejercicio médico, sino que es una tarea que empieza en el programa de admisión de pacientes. No tenemos ningún registro de qué enfermos tienen predisposición a infecciones. Por tanto, es una función multidisciplinar, sin ser exclusiva de los servicios de medicina preventiva. Creo que los hospitales sí tienen estructuras capaces de desarrollar esta labor, pero otra cuestión es que se les dé la autoridad o la competencia suficiente para ejecutar esto. Como ejemplo, me consta que Madrid es la única comunidad que tiene una orden, publicada en 2005-2006, que habla de un programa de vigilancia y de prevención de infección nosocomial; probablemente, es lo que nos tenemos que empezar a plantear, es decir, que una norma jurídica, de obligado cumplimiento a todas las partes, sea aquello que nos permita un ejercicio de una actuación seria, para que esto no sea un ejercicio solo de medicina preventiva. Por tanto, no veo necesidad de crear nuevas unidades, sino de desarrollar las estructuras que ya tenemos.

Me gusta la palabra vigilancia, la palabra prevención y la palabra control: son tres ejes para mí fundamentales en las unidades, por tanto, la unidad que coordine esa responsabilidad debe vigilar, debe actuar con estrategias de prevención y debe implementar medidas de control

José Javier Castrodeza

J.A. Marqués: Me ha llamado la atención particularmente la pregunta de José Luis Gómez, una pregunta muy

pertinente. Creo que no hay que inventar nada, porque hay cuatro órganos fundamentales en un hospital, que tienen que funcionar, y algunos están directamente relacionados con las infecciones nosocomiales: En la comisión de infecciones, que funciona en la mayoría de hospitales, tiene que haber también implicación de una comisión de calidad; e incluso de un coordinador de calidad hospitalaria y, por supuesto, tiene que haber apoyo de la dirección médica para que esas estructuras estén convenientemente integradas y tengan los recursos necesarios. Estas estructuras tienen que estar formadas por profesionales preparados, porque no sirve cualquier enfermero o cualquier médico. El documento de consenso del año 99, que firmaron varias sociedades científicas, es muy claro: en los equipos de control de infecciones tiene que haber especialistas en microbiología, en preventiva, enfermedades infecciosas, y enfermeros formados. Si se cumplen esas premisas, en esa área se estarán haciendo las cosas probablemente bien.

J. Pachón: Con respecto a la pregunta de José Luis Gómez, hay que tener en cuenta en los hospitales a las comisiones de calidad, que dependen de la dirección médica, de manera que es una delegación de funciones. En mi opinión, el coordinador o responsable de la calidad del hospital, considerada globalmente, difícilmente va a poder ocuparse de un aspecto concreto. Me parece apropiado denominar estas actividades sanitarias como de vigilancia, prevención y control de la infección, porque los sanitarios comprenden bien que se trata de control de un problema, no de las personas. Creo que, tradicionalmente, en los centros sanitarios estamos poco estructurados. Por ello, en este tema, como en otros, hay medidas de calidad asistencial que deben ser de obligada implementación. Pienso que estos equipos tienen

que ser multidisciplinares, porque tienen muchos aspectos, desde el microbiólogo que detecta y estudia las infecciones día a día, hasta el preventivo, la enfermera de control de infecciones o los propios servicios. Estas cuestiones se tardan en poner en marcha, pero con un consenso profesional se pueden hacer. En nuestro hospital, acabamos de poner en marcha algunas actuaciones que tienen relación, aunque no son exactamente lo mismo y cuyos resultados evaluaremos en el futuro. Es un programa institucional de optimización de uso de antimicrobianos, que está aprobado por todo el hospital. En resumen, estas cuestiones tienen que ser contempladas con el máximo nivel de cumplimiento y, naturalmente, han de estar bien fundamentadas desde un punto de vista científico. Creo que los profesionales tenemos que hacer el esfuerzo de aplicar las medidas aprobadas, en aras de trabajar para lograr un descenso de la infección nosocomial.

F. Gudiol: Pienso que el consenso y la responsabilidad de todo el mundo es fundamental. Es cierto que hay que



Francesc Gudiol

darle forma a esta historia. Los mensajes son esos, pero hay que darles forma. Por tanto, optaría por perfeccionar lo que hay y, en todo caso, añadamos conocimientos y corrijamos, pero sin grandes inventos. Nosotros hemos dado mucha importancia a lo más conocido, que son las comisiones de infecciones. Se trata de un organismo que lleva muchos años, desde los años 70, y que aprendimos de los americanos. Creo que el nombre y el concepto siguen siendo vigentes. De alguna forma, la comisión de infecciones está ligada a las comisiones de calidad, que están en el ámbito de la dirección médica y son consultoras, con mayor o menor autonomía, de la dirección médica; pienso que cada vez tienen mayor autonomía. Para mí la comisión de infecciones se ocupa fundamentalmente de estos tres conceptos que hemos dicho: vigilancia, prevención y control, en un sentido amplio. Básicamente, es una comisión compuesta por distintos especialistas de distintos ámbitos, que tienen unos objetivos generales y se reúnen una vez al mes. Hay que darle mucha importancia a esa comisión, pero no quedarse solamente ahí: tenemos que reforzarla. Lo importante es que convirtamos a la comisión en algo más operativo, para que vele por estos tres conceptos. Hoy en día, no basta con una reunión mensual con una serie de propósitos, sino que tiene que haber alguien que trabaje en el día a día. Las comisiones de infecciones son distintas de unos hospitales a otros, porque tienen distintos orígenes, y eso hay que respetarlo. El que lidera la comisión, por ejemplo, puede ser un médico de preventiva, un microbiólogo o un intensivista, dependiendo del hospital. Nosotros hemos insistido mucho en identificar un equipo de control de infección, que está compuesto ya por menos personas, dependiendo de los recursos del hospital. El equipo lo componen una serie de médicos, que se dedican, casi en su

totalidad, a esa comisión, y que son generalmente preventivistas, microbiólogos e infectólogos, y una serie de enfermeras de control de infección, que están capacitadas por formación y por experiencia y se dedican a todo el tiempo a la comisión. El número de enfermeras y de facultativos dependerá de los recursos y de las necesidades y medidas del hospital. En mi hospital se ha hecho esto hace años, porque empezamos muy pronto con la comisión y nos dimos cuenta que había que hacer un equipo más resolutivo. En este sentido, quizás mi centro no es muy representativo, porque llevamos muchos años y hemos conseguido más recursos que la mayoría. Una vez que tienes gente que se dedica fundamentalmente a esto y que ejecuta los objetivos de la comisión en gran parte, la comisión tiene cada vez más peso en las decisiones de la gerencia del hospital, porque ve que afloran problemas que antes eran desconocidos y que se proponen soluciones y se logran cosas. Casi nadie discute ya que es necesaria una comisión efectiva y un equipo de control de infección.

J.J. Castrodeza: Es cierto que la comisión juega un papel importante, pero esa comisión se reúne pocas veces y tiene un debate interno, porque el abordaje del problema se ve desde distintas ópticas: farmacia lo ve de una forma, microbiología infecciosa lo ve de otro, preventiva de otra, la propia gestión de otra, etc. Por eso, yo reclamaba que ya tenemos una estructura, que puede ser la que aglutine el conjunto de relaciones y sea sobre la que el gerente del hospital haga recaer la responsabilidad de la vigilancia, la prevención y el control, porque participen todos los estamentos. Entiendo que cuando un caso de infección nosocomial va por la naturaleza del proceso, las instituciones tienen que dotar de un servicio que vaya por la vía ejecutiva. La mano derecha del gerente con

respecto al tema de la infección nosocomial tiene que ser las unidades de medicina preventiva, aunque no sean los únicos que trabajen la infección. Tiene que ser el brazo ejecutor de unas normas, el controlador de unos procesos y el verificador de que se están cumpliendo unas normas en beneficio de la organización. Creo que no es necesario crear nuevas estructuras en los hospitales, sino dotar las que tenemos de plena capacidad para que recaven toda esa información y sean los que se la reporten al gerente.

F. Gudiol: Es evidente que el gerente tiene que tener un referente. Para mí, el referente es el presidente de la comisión de infecciones. Entonces dispone no solo de una comisión multidisciplinar, sino de un equipo ejecutivo de médicos y de enfermeras. Hay que pensar que muchos hospitales no tienen servicio de medicina preventiva y, dentro de los que lo tienen, en algunos juega un papel más importante que en otros. El tema es la multidisciplinariedad y tiene tantas facetas y especificaciones que reducirlo a una especialidad sería un error.

M.M. Vázquez: Me gustaría ahondar en que los hospitales tienen, desde hace mucho tiempo, estructuras suficientes, para hacer una vigilancia, una prevención y un control de la infección nosocomial. Creo que el problema ha habitado en la variabilidad de cómo se ejercen estas funciones y en la diferente coordinación que ha habido entre servicios de medicina preventiva y comisiones de infecciones. Me gustaría añadir el tema de calidad como herramienta para mejorar y disminuir la infección. También quisiera destacar otra área que ahora está muy en boga, que es el área de control y prevención de riesgos en general, sobre todo ahora que ha salido la nueva norma ISO para gestión de riesgos y seguridad de pacientes. Obviamente, la situación de

cada hospital es diferente, por la comunidad autónoma en la que está y su tamaño. Considero que las comisiones de infección tienen un papel clave, puesto que además tienen la gran virtud de la combinación de muchos profesionales de distintas áreas y, por lo tanto, combinan puntos de vista muy diferentes. También creo que tiene que haber un órgano permanente que realice estas funciones y que pueda dar una respuesta inmediata a cualquier problema. Si surge un brote, no puedes esperar a que haya una reunión dentro de tres semanas, porque es necesario tomar medidas. Cualquier actuación en cuanto a infección nosocomial, tiene que llegar a todos y cada uno de los profesionales del área sanitaria. Normalmente las comisiones de infecciones están formadas sobre todo por personal médico y personal de enfermería, pero también juegan un papel clave en la disminución de la infección las áreas que tienen que ver con la gestión medioambiental y que implica a los servicios de limpieza, de mantenimiento, etc. Incluso habría que salir fuera de las paredes del hospital, porque creo que debería llegar también al ámbito de la atención primaria.

Normalmente las comisiones de infecciones están formadas sobre todo por personal médico y personal de enfermería, pero también juegan un papel clave en la disminución de la infección las áreas que tienen que ver con la gestión medioambiental y que implica a los servicios de limpieza, de mantenimiento, etc.

M.^a del Mar Vázquez Salvado

C. Armendáriz: También los dispositivos socio-sanitarios, porque pueden pasar también infecciones. Este verano hubo un brote que venía en dispositivos socio-sanitarios que no tenían una adecuación suficiente a la vigilancia, como ancianos con úlceras. Esto hace

que muchas veces tengas una infección que no es nosocomial, porque no es del hospital, sino que es de un dispositivo socio-sanitario.

J. Pachón: Creo que hay dos planos diferentes: uno es analizar y elaborar recomendaciones, que es lo que hace la comisión de infecciones, y otro es el trabajo cotidiano. Creo que la única manera de prevenir y controlar la infección nosocomial es asegurar que personas concretas, que forman parte de un equipo multidisciplinar, sepan que prevenir la infección nosocomial forma parte de su tarea, bien a tiempo completo, como las enfermeras de higiene hospitalaria, o bien a tiempo parcial, en razón de la distribución de funciones que haya dentro del equipo. Si no hay una serie de personas que en su tarea diaria se dedican a estas funciones, y no solo si hay un brote, el control de la infección nosocomial será imperfecto. El control permanente es necesario, tanto en la elaboración de las recomendaciones como por los que tienen que realizar estas tareas diariamente.

Creo que la única manera de prevenir y controlar la infección nosocomial es asegurar que personas concretas, que forman parte de un equipo multidisciplinar, sepan que prevenir la infección nosocomial forma parte de su tarea, bien a tiempo completo, como las enfermeras de higiene hospitalaria, o bien a tiempo parcial, en razón de la distribución de funciones que haya dentro del equipo

Jerónimo Pachón

F. Gudiol: Como bien has dicho, tiene que haber alguien que trabaje cada día en esto. Quizás puede haber ciertas discrepancias, porque unos abogamos más porque ese grupo multidisciplinar no sea excesivamente corporativo, dependiendo del centro, y otros estás

más en la línea de haya un ordenamiento superior.

J.J. Castrodeza: Eso no quiere decir que en la tarea no haya transversalidad, pero cuando nosotros hemos tenido una infección nosocomial en el hospital, el gerente ha llamado a un sitio para ver cómo resolvíamos ese brote. Tiene que haber un equipo directivo jerarquizado que asuma la responsabilidad, porque, al final, hay un jefe de servicio o de sección, un facultativo o una enfermera, que tienen que recibir órdenes. Ya que está muy transversalizado, puede ocurrir que el jefe de servicio de un sitio no tenga buena relación con otro y no se avance en la resolución.

J. Pachón: Cuando hablas de que dos jefes de servicio no se ponen de acuerdo, para mí esto es algo que no se puede comprender. Me gustaría hacer otro matiz: en Andalucía, se han constituido los servicios como unidades de gestión clínica. En nuestro hospital, es una unidad de gestión clínica compuesta por los servicios de enfermedades infecciosas, microbiología y medicina preventiva.

C. Armendáriz: Al llegar a la gestión, me ha sorprendido lo indisciplinados que somos los clínicos, y esto es un problema muy serio en cuanto a la infección nosocomial. Soy intensivista y algo de infecciones he vivido. He conocido compañeros que, cuando en el hospital se puso en marcha un programa específico sobre nutrición parental, hubo que hacerles una vigilancia exhaustiva a la hora de poner un catéter.

J. Pachón: Vayamos a la segunda cuestión a tratar en este debate. Es evidente que la IN comporta costes en parámetros de calidad (morbi-mortalidad) y económicos. ¿Cómo cuantifican el “retorno de la inversión” del presupuesto que destinan la prevención y control de



José Javier Castrodeza

la IN? En el fondo, hablamos del coste y beneficio de gastar dinero en prevención, vigilancia y control de la IN.

J.A. Marqués: Conocer el coste económico de este tipo de infecciones es difícil, seguramente porque son diversos los costes implicados: costes directos, indirectos, intangibles en muchos de los casos. Creo que en este país se le presta atención a las infecciones nosocomiales como un indicador de calidad, pero me parece que desde el punto de vista de la gestión no hay un verdadero interés en conocer los costes y trasladarlos al terreno de la gestión. Si el gerente conoce los costes y son importantes, evidentemente tendrá que tomar medidas y tendrá que establecer una relación de coste-beneficio para ver si merecen la pena tantos recursos para los resultados que se obtienen. Me parece que ahora mismo no es un problema de primer orden dentro de lo que es la gestión hospitalaria. Desde mi punto de vista, eso está en el cajón de los recursos que se invierten en mejorar la calidad del servicio y de minimizar los efectos adversos, para mejorar la salud de los

pacientes. En Estados Unidos tienen estudios estándares, donde dicen que todo lo que no sea reducir como mínimo un 6% las infecciones nosocomiales, no merece la pena, porque el retorno que se obtiene no es rentable para ellos.

Creo que en este país se le presta atención a las infecciones nosocomiales como un indicador de calidad, pero me parece que desde el punto de vista de la gestión no hay un verdadero interés en conocer los costes y trasladarlos al terreno de la gestión

Juan Antonio Marqués

M.M. Vázquez: Estoy de acuerdo contigo. Obviamente, ni con el sistema de contabilidad analítica más potente se podría llegar a calcular los costes reales de las infecciones nosocomiales. De hecho, no hay estudios nacionales de costes de infección nosocomial. En cualquier caso, sí tenemos métodos para hacer costes aproximados, pero que podrían formar parte de las herramientas de los costes de no calidad. Soy preventivo de especialidad y llevo toda la vida viendo cómo es muy difícil valorar los costes de cualquier medida de prevención. Realmente cuesta incluso venderlas en un entorno de gestión y político, porque a veces es muy difícil de demostrar que, lo que tú estás convencida de que va a ser una buena acción, tiene su peso en euros. Hay mucha gente que en relación a la infección nosocomial, no quiere problemas: no quiere salir en la prensa, no quiere el brote, no quiere una cifra alta, etc. Sin embargo, mientras esas situaciones no se dan, tampoco creo que hayamos ejercido demasiados poderes para controlar la infección, y creo que es una tarea pendiente de coordinación muy importante.



Carlos Sangregorio

C. Sangregorio: Coincido con los compañeros, me parece que es muy difícil evaluar este tipo de costes. Todos somos conscientes de que hay costes, pero realmente no tenemos ni siquiera una contabilidad suficientemente potente como para conocer algo con tantos intangibles. Tampoco conocemos muy bien cómo redundan los costes de no calidad. Creo que todos los hospitales y en todas las comunidades hemos hecho inversiones muy cuantiosas desde el punto de vista de preventiva. Nosotros mismos hemos hecho inversiones muy importantes en higiene de manos, que se ha implantado en todos los hospitales, y sabemos lo que nos ha costado, pero no lo que nos ha ahorrado. Esto es un estudio pendiente, muy interesante, pero complejo.

Todos somos conscientes de que hay costes, pero realmente no tenemos ni siquiera una contabilidad suficientemente potente como para conocer algo con tantos intangibles

Carlos Sangregorio

J.J. Castrodeza: Me gustaría hacer una pregunta a los gerentes, porque pensaba que la contabilidad analítica podría ser una herramienta que nos aproximara a estos costes en nuestro país, donde todavía no hay una inversión real para valorar qué cuestan los procesos asistidos del sistema nacional de salud. Veo que son muy poco costosas las intervenciones que se ponen en marcha para reducir la infección nosocomial, porque no consumen grandes tecnologías ni grandes moléculas. Por ejemplo, cuestan poco el lavado de manos, la enseñanza sanitaria o el compromiso de las partes. Simplemente se trata de la actitud de los profesionales, de aplicar lo que ya sabemos. Por tanto, me da la impresión de que el beneficio de retorno es importante: a poca inversión, mucho beneficio.

J. Pachón: En términos de calidad, sabemos que estas soluciones ayudan a mejorarla y, por tanto, a disminuir la morbilidad, las estancias, etc.

C. Armendáriz: Si tú haces un análisis exhaustivo de GRD's, te puedes hacer



Carlos Armendáriz

una idea de los costes que tienes. Si analizas el coste de un GRD con los costes añadidos de infección nosocomial, puedes verlo en indicadores, aunque no siempre se pone en el informe. De todas formas, se echan en falta determinados indicadores indirectos que te pueden ayudar, como el coste de determinados antibióticos en el uso de infección nosocomial. Pero sí que un análisis de GRD's te puede hacer una idea muy aproximada de lo que te puede costar económicamente la infección nosocomial.

J. Pachón: En esto se puede trabajar más o menos, como en cualquier intento de reducir costes, pero es importante en términos de calidad, morbilidad y mortalidad. En términos puramente económicos, uno incide en la farmacia del hospital en determinados capítulos y, lógicamente, hay marcadores indirectos y coincide con ellos, ya sea en términos de GRD's o en términos de duración del ingreso o de permanencia en la UCI, por ejemplo. Los esfuerzos siempre van asociados a la mejoría en la atención al paciente y a la disminución de costes.

J.L. Gómez: Este es un tema que me ha dado la oportunidad de hablar con muchos gerentes. Es verdad que hay pocos estudios de costes-eficiencia en España, pero sí hay mucha bibliografía, sobre todo en Estados Unidos. La Agencia Nacional de Calidad tiene un estudio en su página web sobre el coste medio de las diferentes infecciones y hay una tabla final en la que barema cuál es el coste de cada infección, aunque es cierto que en el sistema sanitario español es algo diferente. Es cierto que en Madrid estamos intentando, junto con los gerentes, el desarrollo de un modelo económico que se pueda utilizar en todos los hospitales. Normalmente, si sumas el uso de antibióticos, reduces los días de estancia en el hospital y eso, en teoría, supone una

reducción de costes para el hospital, porque se suele tener asignado un precio por cama. Sin embargo, si el paciente que ha sido operado se va a su casa antes, porque no coge infección, entran más pacientes y el hospital realiza más operaciones. De esta forma, estás siendo más eficiente, pero al final te gastas más dinero, porque atiendes a más gente. Los beneficios son a nivel macroeconómico, pero en el presupuesto del hospital no se disminuyen costes.

J.A. Marqués: Eso sería un coste de oportunidad. Si tienes la cama ocupada con un paciente que se ha infectado, evidentemente no puedes ingresar a otro paciente. Necesitaríamos una contabilidad analítica muy potente para ver si incurrimos en más gasto al traer nuevos pacientes e intervenirlos o con el paciente que se queda debido a las complicaciones.

Hay que habilitar que el hospital tenga estandarizada una información, a través de las comisiones, de la resistencia a organismos nosocomiales; esto te puede dar una idea de los datos con los que cuentas, año tras año, y del consumo de antibióticos estandarizados

Françesc Gudiol

F. Gudiol: Estoy de acuerdo en la dificultad de analizar costes, pero es cierto que es importante desde el punto de vista de la calidad. Esto refuerza una vez más la importancia de la vigilancia entendida en sentido amplio. El hospital tiene que tener control e información, de una forma regular, de determinadas cosas. Hay que habilitar que el hospital tenga estandarizada una información, a través de las comisiones, de la resistencia a organismos nosocomiales; esto te puede dar una idea de los datos con los que cuentas, año tras año, y del consumo de anti-

bióticos estandarizados. Si la vigilancia por objetivos está bien hecha y es fiable, eso te permite ver hacia dónde vas y compararte con otros centros. Esto también es importante en el sistema de calidad, pero para ello tienes que tener un sistema de vigilancia muy objetivo. Como herramienta de gestión, a medio y largo plazo, es importante.

J. Pachón: Pasamos al punto tercero, que es bastante más concreto. ¿Disponen de objetivos concretos sobre control IN en los acuerdos de gestión que tienen los centros con las administraciones?

J.J. Castrodeza: En nuestra comunidad disponemos de planes de gestión, fundamentales en los compromisos de las áreas gerenciales, y ahí hay indicadores específicamente unidos a la infección nosocomial. Esto tiene un peso en el contexto de la puntuación global y al final es lo que se evalúa. Probablemente, el tema que nos ocupa para algunos es insuficiente; para otros sí se le da la importancia adecuada a la infección.

F. Gudiol: Nosotros hemos añadido en los últimos años un contexto con el programa VINCA. Es un programa de vigilancia nosocomial, con unos objetivos mínimos comunes para todos los hospitales que se afilian al programa, que son prácticamente todos los de Cataluña. Tiene una serie de objetivos que se consideran fundamentales, como en cuidados intensivos, en infección de prótesis, en cirugía de colón, etc. Cada hospital participa en este programa según los indicadores que cree que puede llevar a término, algunos obligatorios y otros optativos. Cada hospital nombra a una persona para ser su representante en el plenario de este programa, que suele ser bianual. En el plenario, el representante firma, en nombre de la dirección del

centro, una hoja de compromiso, que indica lo que el centro se compromete a hacer. Nosotros, desde el centro coordinador del programa, vemos si al final del año se han cumplido los compromisos aceptados, aunque de momento no miramos resultados, sino participación. La verdad es que la mayoría cumplen sus acuerdos de compromiso.

M.M. Vázquez: En Galicia existe la misma línea de acuerdos de gestión, que recogen indicadores, pero exclusivamente de resultado, centrados en unos aspectos muy groseros por prevalencia. Luego ya las direcciones articulan los correspondientes compromisos adquiridos por los servicios y ahí hay una mayor expansión, sobre todo con los servicios de preventiva y de críticos.

J.A. Marqués: En la Comunidad Valenciana se han incluido hace relativamente poco tiempo, en el mapa estratégico de la Comunidad hay propósito claro de mejora de Seguridad en los pacientes. Hay un Plan específico de Gestión de Seguridad de pacientes de



Juan Antonio Marqués

2009-2013 y, recientemente, se ha abierto un portal sobre seguridad de pacientes. Sin embargo, lo que son objetivos concretos de las áreas o gerencias, este año se han eliminado los de infecciones nosocomiales, aunque se han mantenido otros, como los relacionados con bacteriemias en cuidados intensivos. Los objetivos sobre infecciones nosocomiales a nivel general se han suprimido, seguramente porque ya hay una conciencia, de que esos objetivos son importantes, pero a nivel más específico, implicando mucho a determinados servicios como medicina preventiva, enfermedades infecciosas o áreas quirúrgicas.

C. Armendáriz: Nosotros tenemos algo similar. Son indicadores que vigilan en el contrato de gestión y están incluidos dentro del área de calidad. Nosotros tenemos un contrato de gestión dividido en diferentes áreas: calidad, docencia, formación, asistencia, etc. En el área de calidad se incluyen indicadores de resultados, lo que para mí no es suficiente. Uno se marca objetivos particulares que están en el contexto global de la infección nosocomial, aunque se haga mayor incidencia en algunos servicios.

C. Sangregorio: En Madrid, este tipo de indicadores llevan bastante tiempo, pero en los últimos años ha habido una evolución muy positiva. Hay una especial incidencia en la consejería y en concreto en la Dirección General de Atención al paciente, que es de quién depende en programas de actuación específicos. Hay múltiples programas de actuación y figuran en los contratos de gestión de todos los centros de la comunidad. Hay un índice concreto de prevalencia de la infección nosocomial y al menos cinco más relacionados con la infección hospitalaria. Quería hacer hincapié en nuestro hospital, que es un ente público y, por tanto, el cumplimiento de objetivos va vinculado al

suelo. Dentro de los objetivos, los hay institucionales, marcados por la Comunidad, y entre ellos están este tipo de objetivos. Se trata de objetivos que van dirigidos a todo el personal, por lo que hay que transmitir al celador, al administrativo, etc., cómo podemos ayudar a conseguir este objetivo, porque si no, esto influye en el sueldo. Por este motivo, todo el mundo tiene que conocer lo que hay que hacer. Estos son objetivos de resultados en su mayor parte, pero luego, sectorialmente, en los distintos servicios implicados en los que hay una mayor incidencia, como en algún quirúrgico, no solo hay objetivos de resultados, sino también de actuaciones. Por tanto, hay muchos objetivos ligados a planes de actuación y a resultados de esos planes.

J. Pachón: En Andalucía, cada año hay contratos programas entre la administración sanitaria y los centros sanitarios públicos. En estos contratos programas están marcados todos los objetivos que están ligados a incentivos, tanto para el equipo directivo como para los servicios implicados. Dentro de estos contratos, hay un epígrafe que se denomina seguridad y salud pública y, dentro de este epígrafe, las direcciones han establecido unidades de gestión clínica con unos objetivos u otros, en función de infección nosocomial o de otros temas, como en evitar caídas, a modo de ejemplo. Al final de año, si se cumplen los objetivos, ello se refleja en incentivos económicos, por lo que tiene un peso importante.

J.L. Gómez: ¿Creéis realmente que los contratos-programa, con la ponderación que tienen en cada uno de vuestros centros, convierten la seguridad del paciente en un objetivo prioritario? Mi percepción desde fuera, con la experiencia que tengo trabajando con centros sanitarios, es que no, que el gerente no tiene como objetivo básico

la prevención de infecciones, porque no es un objetivo crítico para él.

J.J. Castrodeza: Hay que ser gerente para ponerse en la piel del gerente. Mi opinión, sin ser gerente, es que no ocupa en la ponderación un papel destacado, pero al gerente se le van a exigir al final del año dos cosas: la ejecución presupuestaria y la lista de espera. Por tanto, hay que contemplar que el gerente hace lo que puede con lo que tiene.

J.L. Gómez: Ahora casi todo el mundo está de acuerdo en que el centro de la gerencia es la seguridad del paciente, o al menos es fundamental. Sin embargo, no se articulan los mecanismos que permitan a los hospitales que eso sea una prioridad, tanto a nivel financiero, como a nivel de objetivos.

C. Armendáriz: El problema es que no dedicamos tiempo suficiente a saber lo que nos cuesta una infección nosocomial, porque si realmente supiéramos lo que nos cuesta a final de año, le daríamos más importancia. Creo que cuando lo sepamos, incidiremos con criterio, porque ahora incidimos simplemente porque a todos nos preocupa la infección nosocomial, que va ligada a una mortalidad más alta de lo que debería.

J. Pachón: En Andalucía, el peso de cumplir los objetivos de la seguridad del paciente y salud pública tiene tanto peso porcentual como la lista de espera; por tanto, es importante para la dirección de los centros. Desde otro punto de vista, es importante porque incide en la responsabilidad patrimonial, dado que la mayor parte de las reclamaciones son con respecto a este tema.

C. Sangregorio: En los sistemas de gestión por objetivos, caemos generalmente en el error de pensar en unos

pocos objetivos como prioritarios, dejando el resto algo de lado. Viéndolo así, probablemente la infección nosocomial no sea un objetivo prioritario, pero en Madrid, lo que tiene mucho peso es la calidad del paciente, que tiene un sentido mayor. La calidad del paciente engloba la seguridad del paciente, no solo en infección nosocomial, y la opinión del paciente. En la comunidad de Madrid tiene mucho peso lo que el paciente percibe y guía en gran medida la política sanitaria.

J. Pachón: Una de las implicaciones últimas son las legales. La responsabilidad final es de la Dirección del Centro. ¿Han detectado un incremento en las demandas judiciales referidas a este tema? ¿Cómo abordan la defensa del hospital?

C. Sangregorio: A nosotros no nos consta en absoluto; no es para nada la mayor causa de reclamaciones ni ha habido ningún aumento. No lo considero ahora mismo un problema.

F. Gudiol: En Cataluña, los hospitales públicos con los que trabajo me han dado la cifra de las reclamaciones por infección nosocomial y más bien habían disminuido; estaban entre diez y doce anuales en los últimos tres años, cuando antes estaba entre quince y veinte.

J. Pachón: Lo que queríamos decir no es que hayan aumentado, sino más bien que es una de las áreas en las que el equipo de facultativos, que gestiona centralmente todas las reclamaciones, ha detectado estas como las más importantes de abordar, independientemente del número de las mismas.

C. Armendáriz: He visto muy pocas denuncias de este tipo y muy concretas, pero aunque tenga datos fiables, no tengo datos para comparar, porque hace unos años de esto no se preocupaba nadie, ni siquiera el ciudadano.

J.A. Marqués: A nivel de nuestra región, no se percibe un claro incremento, aunque sí parece que hay una tendencia ligeramente creciente. Evidentemente, esto no lo atribuyo a que estemos haciendo las cosas mal o a que haya más infecciones, sino más bien a la jurisprudencia que se está sentando, porque parece que los jueces son más propensos a dar indemnizaciones a los demandantes. Sin embargo, los jueces saben que hay un porcentaje de infecciones que son irreductibles. La mejor forma de librarse del problema, es haber hecho las cosas bien antes de que aparezca la infección, y eso se puede acreditar en un informe que se le pase al juez. En nuestra Consejería, el servicio jurídico responsable del asesoramiento y de la defensa de centros y profesionales nos pide que acreditemos que se ha hecho en cada caso; en esto interviene medicina preventiva, la dirección del hospital y el servicio que ha tenido a su cargo al paciente.

J.J. Castrodeza: Desde el año 2002, en Castilla y León sí hemos tenido reclamaciones relacionadas con el tema de la infección nosocomial, aunque en la mayoría de los casos la denuncia se desestima, pero no todos. En principio, lo importante es saber si se han aplicado las medidas y cómo documentar esas medidas. En mi opinión, habría que hacer un debate sobre el poder jurídico, que tiene mucho que decir en el sector sanitario, porque estamos entrando en una "judicialización" del sistema. La verdad es que si hay más posibilidades de ganar, las demandas suben. Evidentemente, esto es un derecho, pero debería haber una especialización de los jueces en estos temas. El miedo a las demandas puede condicionar incluso el acto médico, en su coste y en su tiempo.

J. Pachón: En Andalucía, hay un gabinete específico con unos facultativos

que se encargan de gestionar las defensas corporativas, a través de un seguro de responsabilidad civil para todos los profesionales y para la institución. Creo que el aumento que pueda haber de reclamaciones está en el contexto de la evolución sociológica española: en general, las personas reclamamos más. La defensa fundamental no es la de justificar lo que motiva la reclamación, porque hay una responsabilidad patrimonial, sino que está en la línea de una buena praxis médica. Si se cumplen los protocolos y se hace bien, esto matiza la estimación o no de la reclamación y pienso que los jueces son sensibles a esto.

J.L. Gómez: Desde fuera, la impresión que tenemos es que sí están aumentando las demandas. Ahora hay jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la visión de carga de pruebas y es el hospital el que tiene que demostrar que puso todas las medidas necesarias. En general, cuando hay una infección nosocomial, si se sigue un proceso largo, hay una indemnización detrás. Creo que aquí tienen un papel importante las asociaciones de pacien-



José Luis Gómez

tes, que animan a los pacientes a ir a los juzgados, porque además hay abogados especializados que van a porcentaje. Además, ahora la jurisprudencia es positiva para ellos. Por tanto, lo normal es que las demandas vayan en aumento. La opinión de las aseguradoras de responsabilidad civil es que el riesgo va a subir. Esto también supone, por tanto, un incremento de primas en los seguros patrimoniales. En este sentido, la administración tiene un mayor motivo para controlar la infección nosocomial, porque las indemnizaciones van a hacer que los costes sean mucho mayores.

C. Armendáriz: Juzgar actos de actividad asistencial y médica siempre es complicado. En este caso concreto, normalizar seguramente protegería al sistema de salud, porque si tú cumples una norma jurídica, el juez lo ve. Así proteges al paciente, porque obligas al profesional a tener cuidado, y proteges al sistema.

J. Pachón: Comentemos, si os parece, un último aspecto en este debate. El abordaje de la IN es multidisciplinar: práctica clínica, formación de los profesionales, limpieza, infraestructuras, etc., por lo que la toma de decisiones es extremadamente compleja. ¿Existen organismos específicos de asesoramiento, control y prevención de la IN en su comunidad?

M.M. Vázquez: Hace unos años se hizo un plan de prevención de desarrollo de infección nosocomial a nivel de toda Galicia, que fue liderado desde la Dirección General de Salud Pública y realizado, ejecutado y evaluado por todos los hospitales de la comunidad. Se llamaba el plan MIZMIRA y recogía actuaciones relacionadas con la infección nosocomial y también con la normalización de muchas actividades que pueden estar incluidas, como protocolos de esterilización o de desinfección.

Lo que se pretendía era normalizar las actuaciones, no a nivel de hospital, sino a nivel de comunidad autónoma. Creo que el planteamiento general fue bueno, pero que falló un poco en la implantación, y ahora estamos en fase de recuperación, porque es una pena desaprovechar toda la documentación.

J.J. Castrodeza: Nosotros tenemos las estanterías propias a los centros hospitalarios, pero no existe un plan director de ámbito regional que dé respuesta a discrepancias que puede haber entre hospitales. Estamos trabajando en la línea que trabajó Madrid y, personalmente, creo que es una línea necesaria para establecer una estrategia. No podemos olvidar que el sistema nacional sanitario no solo está constituido por el sistema público, sino que muchas veces la sanidad privada se nutre de muchas intervenciones quirúrgicas y puede ayudar o perjudicar a la hora de controlar la infección nosocomial. Sería bueno que desde un organismo más transversal se abordara una estrategia de esta naturaleza.



M.ª del Mar Vázquez Salvado

J. Pachón: En Andalucía hay, desde hace siete u ocho años, un plan de vigilancia y control de infecciones nosocomiales que está centralizado y depende del Servicio Andaluz de Salud, aunque afecta también a otra parte del sector, que son las empresas públicas, que son cuatro o cinco hospitales medianos o pequeños. Este plan implica a todos los hospitales, por lo que todos tienen que tener una serie de objetivos dentro del plan. A modo de ejemplos, el objetivo de prevalencia global de infección nosocomial o de incidencia en unidades de cuidados intensivos. También se vigila la incidencia de microorganismos nosocomiales con problemas terapéuticos. Además, el plan evalúa la calidad de la información de la vigilancia. Este programa se complementa con las medidas de prevención y el control en cada centro sanitario.

F. Gudiol: En nuestra comunidad, desde hace años existe el consejo asesor de las infecciones nosocomiales, que depende del departamento de salud pública. En este consejo hay miembros del departamento de salud pública y de sociedades científicas de los colegios profesionales. Dentro de este consejo asesor está el programa VINCA. Los objetivos son comunes para los hospitales públicos, que no son la mayoría en Cataluña, y para los privados, que se encuentran también dentro de la red pública. Estos objetivos son cuantificables de resultados y están publicados en el plan de salud, que se revisa periódicamente. Los objetivos de infección nosocomial son muy generales. Ahora, paralelo al consejo asesor, hay otro consejo, que se llama Seguridad de los Pacientes. Sin embargo, este consejo depende de la Dirección General de Recursos Sanitarios. Hay objetivos comunes y otros que no tienen nada que ver, aunque al menos la mitad tienen que ver con infecciones nosocomiales.

J. Pachón: En el programa andaluz, también están representadas las sociedades científicas que tienen más implicación en la vigilancia, prevención y control de las IN, las cuales son microbiología, preventiva, enfermedades infecciosas y cuadros intensivos.

C. Sangregorio: En esto, la comunidad de Madrid ha dado pasos bastante importantes. En el 2004, se creó el Observatorio Regional de Riesgo Sanitario, que ya tiene una mentalidad muy clara: engloba al conjunto de la sanidad madrileña y no solo los hospitales públicos. En 2006, se crea el Sistema de Prevención y Vigilancia en materia de infecciones hospitalarias de la comunidad de Madrid, también con un consejo, en el que intervienen el colegio de médicos y otra serie de expertos. A colación del mismo, se crea el programa RIHOS, Registro Regional de Infección Hospitalaria de la Comunidad de Madrid, al que se adhieren los hospitales públicos y privados. Esto es importante, porque nos ofrece datos reales. En 2007 empezamos a conocer datos, y creo que en 2009 llega el primer informe realmente potente, que ya engloba a veintidós hospitales públicos y veinte privados, que más del setenta por ciento de hospitales de la comunidad. Diría que en esto hay cinco patas: conocer, comparar, debatir, proponer y actuar.

C. Armendáriz: El servicio de salud de Castilla La Mancha, desde algo más de dos años, creó unos órganos que se llaman OCAUSOS y tienen como finalidad la atención al usuario. Es un órgano de dirección y las competencias que tiene son la calidad asistencial, la prevención y la seguridad del paciente. Este órgano tiene responsabilidad directa sobre la infección nosocomial, porque es quien canaliza, dirige y tutela las decisiones que se toman en las comisiones de infecciones. Desde el punto de vista preventivo, ese órgano

está haciendo una labor importante, no solo en el ámbito asistencial, sino también en el formativo, que creemos que tiene peso. No tenemos todavía evaluaciones globales, pero se están haciendo cosas importantes. En nuestra comunidad, no hay un sistema centralizado de dirección o de control y vigilancia de la infección nosocomial, sino que tenemos órganos independientes en cada uno de los hospitales. Lo que sí tenemos es una respuesta asesora muy rápida de la consejería, de la Dirección General de Salud Pública, ante cualquier evento que tenga relación la dicha infección. Sí hemos propuesto hacer un órgano centralizado para toda la comunidad y se estaba trabajando en ello.

J.A. Marqués: Aparte de los programas regionales que he comentado antes, como el Plan de Gestión de Seguridad de los pacientes y alguna herramienta, como el portal que he

mencionado, en las cuestiones relacionadas con la actividad asistencial, nosotros nos apoyamos básicamente en la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente, que es el órgano que supervisa y define las líneas de actuación. Además tenemos la suerte de contar con la Escuela Valenciana de Salud Pública, donde se hace un hincapié importante en la formación relacionada con toda esta materia.

J. Pachón: En Andalucía, además del organismo que he comentado antes, hay un Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que se nutre de la notificación desde todos los centros sanitarios y que envía los datos, de manera telemática e instantánea, a las delegaciones provinciales de la Consejería de Salud y, finalmente, a la Secretaría General de Salud Pública. Este órgano interviene en asesoramiento y medidas cuando se detectan problemas de salud pública.