



GESTIÓN Las infecciones nosocomiales en intensivos alcanzan su mínimo histórico

El registro *Envin*, que monitoriza la presencia de nosocomiales en UCI, puso ayer de manifiesto registros mínimos históricos (10,24 por ciento). Las complicaciones por neumonía, infección urinaria y bacteriemia afectan sólo al 6,16 de pacientes. **P. 4**



La tasa de infección nosocomial en intensivos, al mínimo histórico

Los datos del 'Envin' reflejan que el trabajo con los efectos adversos está dando resultado

'Bacteriemia y Neumonía Zero', también trabajos de la Semicyuc, contribuyen al logro

BARCELONA
JAVIER GRANDA
 dmredaccion@diariomedico.com

El grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc) presentó ayer en Barcelona la edición de 2012 del registro *Envin* (Estudio Nacional de Vigilancia de infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva), que ha obtenido las tasas de infección más bajas desde el inicio del registro. El trabajo, que comenzó hace diecinueve años, reúne los datos de 173 unidades con casi 20.000 pacientes incluidos en los tres meses de vigilancia oficial.

"El registro *Envin* es la base de dos proyectos intervencionistas realizados a nivel nacional -*Bacteriemia Zero* (ver DM del 28-X-2011) y *Neumonía Zero* (ver DM del 30-XI-2012)-, lo que ha contribuido a que la participación se haya incrementado hasta alcanzar las cuotas que hemos alcanzado, que suponen el 80 por ciento de las unidades de cuidados intensivos del país", ha explicado Francisco Álvarez Lerma, jefe de sección del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital del Mar, de Barcelona, y coordinador del registro junto a Mercedes Palomar, del Hospital Arnau de Vilanova, de Lérida.

INTERVENCIÓN

En los últimos cuatro años, y con el inicio de los proyectos de intervención ya citados, se ha observado una clara disminución de las infecciones: "En los primeros quince años del registro nos limitábamos a observar lo que pasaba durante la estancia de los enfermos en UCI. En 2009 pasamos de la vigilancia a la intervención, y para ello contamos con la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y con la Organización Mundial de la Salud, lo que ayudó a extender conceptos básicos como la necesidad de



JAVIER GRANDA

Pedro Olaechea, del Hospital de Galdácano-Usánsolo; Ricardo Gimeno, de La Fe, de Valencia; Francisco Álvarez Lerma, del Hospital del Mar, de Barcelona; Jose Cuñat, presidente de la Semicyuc; Mercedes Palomar, del Arnau de Vilanova, de Lérida; Xavier Nubials, del Arnau de Vilanova, de Lérida; M^a Pilar García, del Hospital del Mar; Mercedes Catalán, del 12 Octubre, de Madrid, en la presentación, ayer, de los datos de *Envin* 2012.

La participación en el registro se ha incrementado hasta alcanzar el 80 por ciento de las unidades de cuidados intensivos de España

"Al aceptar que una infección nosocomial es un efecto adverso, hemos seguido los motivos por los que se pueden producir", dice Álvarez Lerma

implantar las medidas efectivas y conocidas, pero que no se cumplen por diferentes motivos, ha recordado Álvarez Lerma.

Los pacientes que han adquirido alguna infección en la UCI han descendido pau-

latinamente desde el 15,51 por ciento de 2009 hasta el 11,30 por ciento de 2010, el 10,98 por ciento de 2011 y el 10,24 por ciento de 2012. Tan sólo el 6,16 por ciento de pacientes ingresados en 2012 sufrieron una compli-

cación debida a neumonía, infección urinaria y bacteriemia, las infecciones asociadas a dispositivos controladas por *Envin*.

Otro dato destacado es la reducción de la tasa de neumonía asociada a ventila-

ción mecánica, con 7,27 episodios por 1.000 días de ventilación mecánica. También se mantuvieron a la baja las tasas de bacteriemia relacionada con catéter, dos años después de acabar oficialmente el proyecto *Bacteriemia Zero*. Además, las tasas de bacteriemia secundaria a otros focos, que aumentaron durante el proyecto, han iniciado un declive, acercándose a las cifras basales de 2008.

"El concepto de seguridad del paciente en el hospital es clave: hay una serie de conductas, estrategias y herramientas que se pueden aplicar para aumentarla. Al aceptar que una infección nosocomial es un efecto adverso, hemos seguido los motivos por los que se pueden producir, con sesiones de aprendizaje para identificar errores, con objetivos de mejora y rondas de seguridad para comprobar si hay elementos que fallan al aplicar algunas medidas a los enfermos. Todos estos aspectos han ido calando en el personal sanitario".

Aumentan algunas resistencias

El estudio *Envin*, auspiciado por Pfizer, subraya la progresión de la resistencia de algunos microorganismos: las enterobacterias se han situado como los microorganismos resistentes más frecuentes tanto antes del ingreso como durante la estancia en la UCI. *Klebsiella pneumoniae* ha adelantado en número a *Acinetobacter baumannii* en las infecciones adquiridas en la UCI, y es resistente a cefalosporinas de tercera generación en un 43 por ciento y a carbapenémicos en un 9 por ciento, ambos datos considerados como muy preocupantes. También *Pseudomonas aeruginosa* ha empeorado en su sensibilidad, y hasta un 6 por ciento muestra resistencia a colistina. Respecto a la bacterias

grampositivas, *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina se mantiene en las tasas de los últimos años, pero *Enterococcus faecium* sigue incrementando su presencia. "Hemos observado un incremento en los últimos años de las tasas de resistencia de metalo-betalactamasas, con niveles preocupantes que nos limitan en el uso a muy pocos antibióticos: si el proceso de resistencia continúa, nos quedaremos con muy pocas armas para utilizar en el tratamiento de nuestros enfermos. Afortunadamente, no hemos llegado a esa situación límite, pero deben aparecer nuevos antibióticos que sean efectivos contra estos patógenos multirresistentes", según Francisco Álvarez Lerma, del Hospital del Mar, de Barcelona.