

CUIDADOS INTENSIVOS PRESENTACIÓN DEL INFORME 'ENVIN-HELICS', DE LA SEMICYUC

# El 'benchmarking' es vital para continuar la vigilancia en UCI

→ Lo importante no es llegar a lo más alto sino mantenerse, y una montaña no se ha conquistado hasta que se vuelve al campo base... La

■ David Rodríguez Carenas

Dieciocho años después de su inicio, el estudio *Envin-Helics* de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc) "se puede considerar una imagen exacta de las UCI españolas, debido al número de participantes", afirma Mercedes Palomar, perteneciente al grupo coordinador del estudio y jefa de sección de UCI del Hospital Valle de Hebrón, de Barcelona.

"Puede parecer algo normal, pero muchos países no tienen un estudio como éste. Suecia, sede del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades", añade Palomar con motivo de la presentación del informe 2011 de *Envin-Helics*. "Está claro que sin datos no se pueden establecer mecanismos de intervención. Los intensivistas están entrenados para aportar esos datos e identificar las líneas rojas de la propia unidad. Ahora sabemos qué muertes se pueden evitar".

En 2011 han participado en el estudio 167 unidades, con una mayor proporción de las pertenecientes a hospitales de 500 camas -el 47,2 por ciento del total, por el 38,7 por ciento de 2010-. La tasa de infecciones adquiri-

das en UCI pasó de 12,48 a 11,26 episodios por mil días de estancia en dichas unidades.

Además, se han incrementado los patógenos resistentes y se ha contabilizado que "un 60 por ciento de los pacientes ingresados en la UCI usaron uno o más antimicrobianos, una tendencia a la baja debido a las mejores cifras en nosocomiales de estas unidades en los últimos años", según Francisco Álvarez, jefe de sección de UCI del Hospital del Mar, en Barcelona, también del grupo coordinador del estudio. Sin embargo, el consumo no se ha reducido en las infecciones comunitarias.

Este aspecto -nosocomiales fuera de las UCI- es otro caballo de batalla para la Semicyuc: "Cada vez hay más unidades multidisciplinarias; lo importante es intervenir pronto", apunta Palomar. Que esto ocurra puede ser responsabilidad de los profesionales o algo protocolario. José Cuñat, presidente de la Semicyuc, cree que depende del hospital: "Ya hay experiencias en este sentido", como la UCI sin paredes del Hospital del Henares, en Coslada (ver *DM del 3-I-2011*).

"Durante los primeros años de *Envin-Helics* se man-

consecución de metas como las logradas por la Semicyuc con proyectos como *Bacteriemia Zero* no bastan si no tienen una continuación.

tuvieron las tasas de enfermedades nosocomiales. Pero llegó un momento en el que nos planteamos dar el salto de la vigilancia a la intervención", constatado en los proyectos *Bacteriemia Zero* y *Neumonía Zero*, cuyos directores técnicos son Palomar y Álvarez, respectivamente.

**Intervención**

Con sus conclusiones presentadas hace medio año, *Bacteriemia Zero* (ver *DM del 28-X-2011*) "mantiene unas tasas incluso algo inferiores

a las de entonces pese a la inclusión de más unidades. Teníamos miedo de que el ritmo decayera, pero tres años después la tasa de bacteriemias por catéter sigue en sus niveles más bajos pese a las circunstancias económicas actuales, que reducen recursos, no nos engañemos", valora Palomar.

La responsable de *Bacteriemia Zero* afirma que para no decaer es importante mantener reuniones para ver lo que hace cada comunidad autónoma: "El benchmarking es vital para esa

## MEDIDAS CONCRETAS

Entre las medidas para reducir las infecciones nosocomiales las hay comunes a *Bacteriemia Zero* y *Neumonía Zero*:

- Higiene de manos.
- Uso de clorhexidina.
- Manejo higiénico de la vía aérea.
- En cuanto a las más típicas de *Bacteriemia Zero*:
  - Uso del *checklist* para no saltarse pasos básicos.
  - Uso de antibióticos.

Entre las que se están poniendo en marcha en *Neumonía Zero*:

- Comprobación de la presión del balón intratraqueal para neotropañamiento.
- Evitar la posición de decúbito supino del paciente.

continuidad. El éxito radica en escoger los puntos de mejora con más impacto y evidencia (ver *apoyo*).

Por su parte, *Neumonía Zero* está en proceso de recoger datos. Aún no tiene resultados, pero "con *Envin-Helics* ya hemos visto que las tasas de neumonía, mortalidad y estancias están disminuyendo", apunta Álvarez.

Este tipo de proyectos han demostrado reducir costes, y así lo recuerda Cuñat: "No

todo es recortes, hay otras vías de ahorro para salvar vidas con calidad". En este sentido, el informe *Envin-Helics* cuenta con apoyo económico de la compañía farmacéutica Pfizer, destinado a mantener registros o a hacer análisis. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que hizo una aportación para *Bacteriemia Zero*, se ha mostrado interesado en apoyar estos programas, aunque aún no sabe cómo.

DIAGNÓSTICO DOCUMENTO DE CONSENSO

## 'Arrays-CGH', más precisos y rentables que el cariotipo

■ Redacción

El Grupo de Consenso para la Implementación de los CGH y SNP-Arrays en Genética Clínica (Iagec) ha presentado un documento de consenso sobre el uso de estas técnicas en diagnóstico prenatal y de investigación clínica en síndromes postnatales. La razón, según Alberto Plaja, responsable de Citogenética Molecular del Hospital Universitario Valle de Hebrón, de Barcelona, es que "los arrays están comenzando a sustituir a la técnica por excelencia durante más de 40 años, el estudio citogenético o cariotipo, triplicando el número de

casos en los que se llega a un diagnóstico". En su opinión, "los arrays de CGH (hibridación genómica comparada) son, con diferencia, nuestra arma diagnóstica más potente en el campo del retraso mental".

Además, "aunque el coste bruto de un array-CGH es superior al de la técnica convencional, la aplicación de arrays como primera opción diagnóstica es claramente rentable debido a que evita el uso de un número significativo de otras técnicas diagnósticas, y esta clara ventaja económica se une a un rendimiento diagnóstico sin precedentes".

ORGANIZA



PATROCINA



▷ CURSO ON-LINE

### Abordaje del Síndrome de Piernas Inquietas en atención primaria

Del 23 de Abril al 16 de Julio 2012

**Módulo 1**

- 1.- Introducción. Un poco de historia.
- 2.- Qué es y qué no es un SPI.
- 3.- Epidemiología clínica del SPI.
- 4.- Etiología: ¿SPI idiopático o SPI secundario?.

**Módulo 2**

- 1.- ¿Por qué se produce? Fisiopatología.
- 2.- Cuadro clínico y sintomatología.
- 3.- Diagnóstico clínico.

**Módulo 3**

- 1.- Pautas de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- 2.- Abordaje terapéutico del paciente con SPI.

**Casos clínicos interactivos**

CURSO GRATUITO

Inscríbete antes del 1 de Mayo de 2012

**Autor temario:**  
Dr. Juan José Poza.  
Neurólogo.  
Hospital Universitario de Donostia

**Autor casos:**  
Dr. Fernando Gonçalves Estella.  
Coordinador del Grupo de Habilidades Salud Mental SEMG

Curso avalado por:




Solicitada acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

Información y matriculas en: 902 99 67 77 y en [www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)

