

¿QUIÉN ES?**MERCEDES PALOMAR**

Directora clínica del servicio de medicina intensiva del H. Arnau de Vilanova (Lleida), y miembro de SEMICYUC

TRAYECTORIA**Amplia experiencia**

Mercedes lleva más de 40 años ejerciendo la medicina intensiva. Dirige la UCI de su hospital desde hace más de tres años, y



anteriormente fue responsable de la UCI del Vall D'Hebron de Barcelona durante otros 12. Se licenció y doctoró en medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona.

INVESTIGACIÓN**Comunicaciones y docencia**

Palomar es profesora asociada de toxicología clínica en la UAB desde 1990, donde además ha dirigido 5 tesis doctorales. Por su parte, ha firmado como autora o coautora más de 120 artículos en revistas nacionales e internacionales. Asimismo, ha participado en más de 300 comunicaciones científicas en congresos.

Además, actualmente es representante española en el ECDC y anteriormente formó parte del Council de la WFSICCM (World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine).



“Con las BMR estamos viviendo situaciones comparables a los tiempos previos a la penicilina”

Mercedes Palomar Martínez, directora clínica del servicio de medicina intensiva del H. Arnau de Vilanova (Lleida)

P: En los medios y entre la ciudadanía empieza a vislumbrarse cierto miedo a las llamadas “superbacterias”, que resisten el uso de antibióticos. ¿A qué retos nos estamos enfrentando?

R: Pues a uno de los mayores retos sanitarios. El uso masivo de antibióticos, y en muchos casos inapropiado, no sólo en medicina sino también en veterinaria e incluso en agricultura, ha llevado al desarrollo masivo de resistencias. Además, en los últimos años se había limitado la investigación de nuevas moléculas, por lo que en este momento nos encontramos con situaciones comparables a los tiempos previos al descubrimiento de la penicilina. Algunas infecciones bacterianas se pueden tratar con un número limitado de antibióticos, y algunas otras no tienen ningún tratamiento antibiótico eficaz en ab-

soluto. Lo que inicialmente era un problema enmarcado dentro de la asistencia sanitaria y circunscrito a algunos países, ahora se ha extendido universalmente y abarca también a las infecciones adquiridas en la comunidad.

P: ¿Cuál es el riesgo real de que un paciente ingresado en UCI acabe desarrollando una infección?

R: La infección nosocomial (IN) es la complicación o efecto adverso más frecuente en los pacientes hospitalizados. Entre un 5 y un 10% de los pacientes hospitalizados adquieren al menos una IN. Este riesgo es más elevado en los pacientes críticos. La vigilancia de la IN permite dimensionar este problema y aplicar medidas preventivas que lo minimicen. En nuestro país tenemos un registro específico de IN en el paciente crítico, el ENVIN-HELICS, desde el año 1994, al



Mercedes Palomar, en el centro, junto a algunos de los miembros de su equipo

que se han adherido progresivamente la mayoría de UCIS del país. Hemos observado que las tasas de infección adquiridas en UCI en relación al uso de dispositivos, como catéteres venosos, sondas urinarias o ventilación mecánica, que se habían mantenido estables hasta el año 2008, se han reducido progresivamente y en el año 2015 solo el 5,05 % de los pacientes ingresados presentaron alguna infección. Esto ha sido en buena parte gracias a la aplicación de los “Programas Zero”, coordinados por la SEMICYUC y apoyados por el Ministerio de Sanidad.

P: ¿Hasta qué punto lo podemos considerar un problema de salud pública?

R: Sin duda es un problema de salud pública. El impacto de la IN es relevante tanto en términos de mortalidad como de costes. Aunque no sea sencillo su cálculo, se estima que el desarrollo de una neumonía asociada a ventilación mecánica tiene una mortalidad atribuible del 12% y alarga la estancia en la UCI en unos 18 días. En el caso de la bacteriemia relacionada con catéter venoso central la mortalidad atribuible es del 9% y el alargamiento de la estancia unos 12 días. Con las tasas previas a los programas de prevención, en España suponía más de 600 muertos anuales solo por bacteriemia, con una menor disponibilidad de camas y un aumento de los costes muy elevado. Tengamos en cuenta que una día en UCI cuesta más de 3.000 euros.

P: ¿Qué medidas o protocolos está tomando la especialidad para manejar esta cuestión? ¿Qué nivel de éxito se está consiguiendo?

R: En 2008, se implementó en España el programa Bacteriemia Zero en 192 unidades de críticos. Esta iniciativa de la SEMICYUC, financiada por la entonces llamada Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, el Instituto Armstrong de Baltimore y promovida por las CCAA, consiguió una reducción del 50% de las tasas. Con igual éxito se han reducido las tasas de neumonía por ventilación mecánica con la puesta en funcionamiento del programa Neumonía Zero a partir de 2010.

EN EL CONGRESO...

Será una de las moderadoras de varias sesiones temáticas de comunicaciones orales, acerca del uso de antibióticos, infecciones y sepsis.

¿DÓNDE?

Auditorio 2 y auditorio 3B

¿CUÁNDO?

Lunes 20 (17:20h a 18:50h) y martes 21 (de 08:30h a 10:00h y de 17:20 a 18:50h) de junio

IDEAS CLAVE

“Algunas infecciones bacterianas no tienen ningún tratamiento antibiótico eficaz en absoluto”

“Entre un 5 y un 10% de los pacientes hospitalizados adquieren una infección nosocomial”

“Una infección nosocomial puede alargar la estancia en UCI unos 18 días, y una bacteriemia, 12”

SEMICYUC y Mercedes Palomar

Mercedes lleva años siendo una miembro destacada (fundadora y coordinadora incluidos) del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infec-

ciosas y SEPSIS (GTEIS) de la SEMICYUC. Ha sido especialmente relevante su papel como una de las principales impulsoras y coordinadoras

de los proyectos “Zero” de la SEMICYUC. También ha sido coordinadora del Grupo de Trabajo de Toxicología de nuestra sociedad.