

Dossier de prensa

Infecciones nosocomiales



Se reanuda el traslado al hospital de Vigo, donde hoy ya se operará

El Sergas afronta la semana en que la puesta en marcha del Álvaro Cunqueiro debe completarse. Ayer reubicó a 24 pacientes del Xeral y del Meixoeiro

[ANGEL PANIAGUA](#)VIGO / LA VOZ, 22 de septiembre de 2015.

Ayer debería haber sido 31 de agosto, pero era 21 de septiembre. El 31 de agosto era el día destinado a trasladar a los pacientes de los servicios de Otorrinolaringología, Urología, Cirugía Vascul y Cirugía Torácica ingresados en los hospitales Xeral y Meixoeiro al Álvaro Cunqueiro, para que entrase en funcionamiento el bloque quirúrgico. Pero se



reubicaron ayer. El Complejo Hospitalario Universitario de Vigo puso fin a tres semanas de incertidumbre y presión, las que han transcurrido desde que la dirección del complejo decidió paralizar la puesta en marcha del nuevo hospital, cuando solo quedaban cinco días para concluir el traslado, porque la seguridad del aire no era adecuada.

Las ambulancias empezaron a llegar al hospital de Beade en torno a las nueve y media, y estuvieron hasta las doce y media llevando enfermos. No hubo incidencias. Fueron 24: doce del Meixoeiro (cuatro de la uci) y doce del Xeral. A mediodía, la uci del Meixoeiro quedó sin actividad y, según fuentes del complejo, no se espera para toda la semana.

El gerente del área sanitaria, Félix Rubial, calcula que unas 60 personas participaron en el traslado de los pacientes, entre el personal que los acompañaba en las ambulancias, el que estaba dando salida a los vehículos y el de llegada. Sumado al personal de las plantas involucradas, serían unos 150.

Con el movimiento que comenzó ayer, el Chuvi quiere dejar atrás tres semanas en las que la incertidumbre ha ido creciendo. El traslado se paralizó a las puertas de la manifestación que estaba convocada contra el modelo de colaboración público-privada elegido por la Xunta para construir el hospital. La movilización resultó masiva y la oposición puso a la conselleira Rocío Mosquera en la diana.

El Chuvi quiere despejar el camino político y volver a una cuestión técnica, como debería ser un traslado de hospital. El proceso de movimiento de pacientes de un centro a otro no es nuevo. En la última semana de agosto el Chuvi ya reubicó a los enfermos ingresados en especialidades médicas. «Os pacientes médicos son más complejos que os cirúrxicos», dice el gerente del área sanitaria. Se refiere a que los primeros pueden encontrarse en un estado de salud más delicado, derivado de sus enfermedades. Los segundos son, sobre todo, personas que ya han sido operadas y están recuperándose en las plantas de ingreso.

Hoy el nuevo hospital empieza a operar. Ayer ya se había previsto un quirófano para posibles urgencias y una unidad de reanimación, pero el jefe de servicio de Anestesiología, Gerardo Baños,

confirmó a media tarde que no se habían usado. Por tanto, la primera cirugía será hoy. En realidad serán ocho intervenciones en los nuevos quirófanos. Cada uno de los cuatro servicios citados ha programado dos.

Son, en todos los casos, cirugías de baja complejidad. Pero es que la idea es ir poco a poco. Por eso, ayer ya se realizaron simulacros. Los equipos quirúrgicos estuvieron en los quirófanos familiarizándose con el aparataje y su disposición, confirmando cómo son los circuitos de los pacientes. Cada día se trasladan los pacientes de varios servicios y los equipos hacen pruebas en quirófano. Al día siguiente ya operan.

Así que hoy será el turno de las primeras operaciones, pero el traslado continúa con los servicios de Cirugía General y Digestiva y Cirugía Cardíaca.

El Álvaro Cunqueiro tiene 24 quirófanos y para hoy se han programado cuatro. Se irán abriendo de forma progresiva. El viernes habrá ya trece disponibles y la dirección calcula que estarán a pleno rendimiento a mediados de octubre.



El Puerta del Mar desde la Avenida / FOTO: Eulogio García (de archivo)

Alertan del “fuerte aumento” de infecciones intrahospitalarias en la UCI del Puerta del Mar

Redacción - 01/06/2015 (20:17h)

Autonomía Obrera y CGT en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz lamentan que “los recortes y la propia incapacidad gestora de la dirección sigue haciendo estragos” en el centro. Ahora le ha tocado el turno “al estallido de las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias” en la Unidad de Cuidados Intensivos. El aumento de las infecciones “ha llegado a alcanzar tal gravedad que las medidas adoptadas han resultado absolutamente extremas”, se asegura; al tiempo que se exige el “cese inmediato” del equipo directivo.

Las secciones sindicales de Autonomía Obrera y CGT en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz lamentan que “los recortes y la propia incapacidad gestora del equipo de dirección sigue haciendo estragos” en el centro “y de forma especialmente sensible en los últimos meses en la Unidad de Cuidados Intensivos”.

“Si hace poco más de un mes fue el conato de tragedia que provocó el incendio (aún inexplicado) de un cuadro eléctrico, y hace dos semanas la reaparición de úlceras en los pacientes por la escasez de colchones de aire, ahora le ha tocado el turno al estallido de las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias en nuestra UCI”, se denuncia en una nota remitida a DIARIO Bahía de Cádiz.

Las infecciones nosocomiales son aquellas que contraen los pacientes al resultar infectados por microorganismos patógenos existentes en las propias instalaciones hospitalarias, muchos de los cuales desarrollan un fuerte resistencia a los antibióticos y aumentan el riesgo de mortalidad en porcentajes muy importantes. Aunque las infecciones intrahospitalarias “han sido un problema constante en la UCI” (por la falta de aislamiento entre camas, fuerte inmunodepresión de muchos de los pacientes, técnicas invasivas, uso de respiradores, etc.), desde hace tres semanas “la situación de alarma terminó estallando ante los elevados valores que se registraban de infecciones nosocomiales en pacientes”, se insiste.

Según parece, “porque la dirección no ha facilitado información alguna sobre esta crisis”, la bacteria aislada en esta ocasión ha sido de nuevo la *Acinetobacter baumannii*, “una de las de mayor capacidad expansiva y de difícil erradicación por su resistencia a la mayoría de los antibióticos conocidos, y que fue la causante de un gravísimo brote en el año 2008 en el Hospital 12 de Octubre de Madrid al afectar a 252 pacientes, 18 de los cuales fallecieron a causa de dicha bacteria según una investigación del propio centro”, recuerdan desde CGT y Autonomía Obrera.

El aumento de las infecciones nosocomiales por esta bacteria en la UCI del Puerta del Mar, se afirma, “ha llegado a alcanzar tal gravedad que las medidas adoptadas por la dirección han resultado absolutamente extremas”. Así, se han dado instrucciones para aislar y separar completamente las cuatro áreas que configuran la UCI (Coronarias, Polivalente, Intermedio e Interpol); se han reducido al mínimo los desplazamientos del personal sanitario entre las diferentes unidades (en un principio incluso se prohibieron); para el acceso a las zonas con mayores niveles de infección es obligatorio el uso de trajes desechables; se ha asignado una trabajadora de limpieza específica para cada una de las

unidades (hasta ahora había una sola trabajadora para toda la UCI) y lo mismo ha sucedido con el personal celador; se han catalogado las unidades en zonas blancas, grises y negras según el grado de infección de cada una; y se ha cerrado durante varios días Polivalentes (la unidad con mayor presencia de bacterias) para proceder a su desinfección completa. “En definitiva, una manifiesta situación de crisis que ha transformado la unidad de UCI de nuestro centro en un verdadero campo de batalla bacteriológico”, se subraya. La pasada semana, aún permanecían cinco enfermos en aislamiento colonizados por esta peligrosa bacteria.

“FRACASO ABSOLUTO DE LAS TARDÍAS MEDIDAS DE CONTROL”

El incremento “desmesurado” de las infecciones intrahospitalarias en la UCI del Hospital gaditano “pone de manifiesto, en nuestra opinión, el fracaso absoluto de las tardías medidas de control establecidas hasta la fecha para reducir al mínimo estas infecciones, así como la total falta de previsión y la incapacidad más absoluta de una dirección que es la principal responsable, precisamente, de que este tipo de niveles de contaminación no se alcancen jamás”, consideran estos sindicatos.

Este nuevo frente de crisis en la UCI “no hace sino reflejar la grave incapacidad gestora que, a nuestro juicio, sufre el actual equipo directivo del centro y que, entendemos, requiere una sustitución urgente”. Y es que CGT y Autonomía Obrera entienden, además, “inaceptable” que, en un asunto de esta gravedad, “la dirección mantenga una actitud de absoluto secretismo, sin ofrecer a los representantes sindicales una información veraz de lo que sucede y sin convocar siquiera el Comité de Seguridad y Salud del centro”.

Por todo lo expuesto, estas secciones sindicales exigen de los responsables del Servicio Andaluz de Salud (SAS) el “cese inmediato” del equipo directivo del Puerta del Mar, así como la apertura de una urgente investigación externa que delimite “con claridad” el alcance de la infección, las consecuencias sobre los pacientes afectados, y las medidas definitivas que habría que adoptar en la Unidad de Cuidados Intensivos “para minimizar estas situaciones”.

“En multitud de ocasiones –terminan señalando estos sindicatos- hemos denunciado a dirección las graves deficiencias arquitectónicas que presenta nuestra unidad de UCI y sus implicaciones sobre las infecciones nosocomiales, sin que ninguna de las millonarias y muy cuestionadas obras realizadas en la misma haya servido, en lo más mínimo, para corregir el problema. De igual modo hemos criticado los graves efectos de la permanente movilidad de pacientes entre unidades por los graves efectos que conlleva de traslado de los microorganismos patógenos entre unidades. Y en multitud de ocasiones hemos criticado también como la falta de sustituciones y el aumento del número de pacientes por trabajador no hacían más que facilitar las posibilidades de transmisión involuntaria de este tipo infecciones”.

Sin embargo, sentencian, “ninguna de tales consideraciones han sido asumidas por los diferentes responsables, que se ha limitado a promover exclusivamente medidas de higiene y protección individual de los profesionales sin entender que (aun resultando imprescindibles) tales prácticas resultan inútiles cuando no se abordan en paralelo los cambios arquitectónicos, organizativos y de personal que están en la base del crecimiento de las cepas infecciosas en la UCI, ni se establecen medidas de prevención previas, en lugar de aumentar los recursos necesarios una vez se ha producido el brote.



<http://www.immedicohospitalario.es/noticia/6466/25000-muertes-al-ano-en-europa-estan-relacionadas-con-infecciones-nosocomiales-y-resistencias-a-los-antibioticos>

25.000 muertes al año en Europa están relacionadas con infecciones nosocomiales y resistencias a los antibióticos

11 de septiembre de 2015 14:17

La llegada de nuevas alternativas terapéuticas beneficia la reducción de la incidencia de las resistencias y especialmente a los pacientes infectados.

*“En Europa se registran cada año **25.000 muertes a causa de infecciones nosocomiales y resistencias a los antibióticos**”, según ha dado a conocer el doctor **Rafael Cantón**, jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid en el curso que se está celebrando en Santander ‘**Antibióticos y resistencias: un reto recurrente**’, organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo junto a la compañía farmacéutica MSD. Este experto asegura, además, que existen estudios que demuestran que **se “duplica y triplica el gasto por paciente cuando este sufre una infección por bacterias multirresistentes”**.*

Si se toma en consideración este problema desde una perspectiva más global, sumando a los datos europeos, los de Estados Unidos, las muertes se duplican, y otros muchos cientos de miles más se están muriendo en otras zonas del mundo, como señala el doctor **Najy Alsayed**, director del área de *Acute Care Hospital Global Medical Affairs* de MSD, que apunta que **si no se toman medidas para abordar este importante problema mundial, “se estima que las resistencias a los antibióticos podrían costarle al mundo 10 millones de vidas al año en 2050”**. En cuanto a nuestro país, el doctor **Emilio Bouza**, jefe del Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Gregorio Marañón, y coordinador del curso junto con el doctor Cantón, coincide con éste en destacar que ante este problema, **España es uno de los países que determina y sigue mejor las tasas de resistencia a meticilina en Staphylococcus aureus**.

Para el doctor **César Nombela**, rector de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, *“los antibióticos han salvado muchas vidas y hecho posible el combate eficaz frente a las infecciones que afectan al hombre y a los animales”*. *“Sin embargo, -argumenta el Dr. Nombela- su presencia en el medio ambiente en niveles elevados ha supuesto la selección de microorganismos resistentes. Muchas bacterias y otros microbios, de los que causan infecciones epidémicas en humanos, han evolucionado a formas multirresistentes que hacen difícil la selección de tratamientos eficaces”,* argumenta, y advierte: **“La extensión del problema amenaza con reducir las posibilidades de tratamiento de muchas de esas patologías”**. Por ello es tan importante, como destacan organismos nacionales e internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos del Ministerio de Sanidad, **“fomentar la innovación y la investigación y desarrollo de nuevas vacunas, pruebas diagnósticas, opciones terapéuticas para las infecciones y otros instrumentos”**.

Por su parte, el doctor Alsayed apunta como claves para el futuro: *“el desarrollo de nuevos antibióticos que cubran lagunas actuales; la **aplicación de medidas para optimizar el uso de las alternativas farmacológicas existentes** y recientemente desarrolladas; mejorar la comprensión de la situación local de las resistencias; el desarrollo de las pruebas rápidas de diagnóstico; **promover la dosificación baja**, la menor duración del tratamiento siempre que sea posible, y el alta hospitalaria temprana, son medidas clave en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos”*.

EL PAÍS

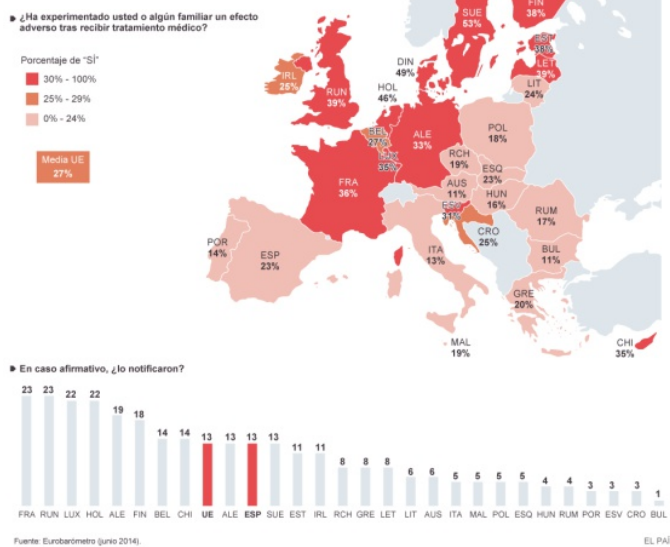
http://internacional.elpais.com/internacional/2014/12/08/actualidad/1418072210_005516.html

Enfermar en el hospital

La UE suma unas 37.000 muertes al año por infecciones contraídas en centros sanitarios

MARÍA R. SAHUQUILLO Roma 8 DIC 2014 - 22:18 CET35

ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Encuesta sobre la seguridad del paciente en la Unión Europea / EL PAÍS

Entre el 8% y el 12% de los ciudadanos de la Unión Europea aseguran haber sufrido algún efecto adverso relacionado con la atención sanitaria. Desde infecciones hospitalarias a problemas derivados de errores en la medicación. Además, unas 37.000 personas mueren cada año en la UE como consecuencia directa de infecciones contraídas en los centros sanitarios, [según varios informes del Centro Europeo de Control y Prevención de Enfermedades \(ECDC\)](#). Problemas que, además del coste humano, suponen un alto precio económico: más de 7.000 millones de euros al año, según [cálculos de la Comisión Europea](#).

La falta de formación especializada en seguridad del paciente del personal sanitario y de sistemas de notificación unificados y avanzados son las principales razones de que no se reduzcan esas cifras, según [el último informe de la comisión](#), que los expertos han analizado estos días en Roma, en la cumbre sobre seguridad del paciente a la que EL PAÍS ha acudido invitado [por la comisión](#). El estudio, por ejemplo, destaca que en países como España no es obligatorio que los médicos o los enfermeros reciban cursos específicos en esa materia; mientras en otros Estados miembros, como Dinamarca, sí lo es. El documento, además, subraya que en Irlanda, España o Eslovenia —entre otros— los “limitados recursos” [dificultan la implantación de políticas](#) de seguridad del paciente, el mantenimiento de proyectos especializados y la creación de programas de formación. Además, está retrasando el avance en sistemas de notificación punteros.

Estos problemas siguen lastrando la aplicación de [las recomendaciones europeas](#)—entre ellas, mejorar la educación y la comunicación de las incidencias— que Bruselas lanzó a los países en 2009 y en 2011. Aunque, apunta Alessandro Ghirardini, experto del Ministerio de Salud italiano, los Estados miembros han mejorado. “Sobre todo en programas que involucran a los pacientes”, dice. Su “empoderamiento” es clave, insiste, para el buen seguimiento del tratamiento. Primordialmente los pacientes crónicos, que se convierten en expertos sobre sus patologías, y que pueden ser fundamentales para abordar el tratamiento, sostiene Kaisa Immonen, del Foro Europeo de Pacientes.

El [último Eurobarómetro](#) sobre seguridad del paciente y calidad de la atención sanitaria (de junio) muestra que el 53% de los ciudadanos de la UE cree que puede sufrir algún daño durante su estancia hospitalaria. En esta macroencuesta, realizada a finales de 2013, el 27% de los europeos aseguró que ellos mismos o alguien de su familia habían sufrido algún efecto adverso relacionado con su atención sanitaria.

Dominique Monnet, experto del [ECDC](#), explica que un estudio que este organismo realizó en 2013, mostró que cada día alrededor del 6% de los europeos —en torno a 80.000 pacientes— sufren una infección asociada a su estancia en el hospital o derivada de su tratamiento en ellos. Son las llamadas infecciones nosocomiales, y aunque se han reducido paulatinamente, dice, siguen siendo un gran problema de salud pública. Las que más se notifican —aunque no todos los países tienen sistemas de monitorización completos, España sí lo tiene— son las respiratorias (como neumonía), las asociadas a la cirugía, las urinarias y las gastrointestinales.

La prevalencia de las infecciones nosocomiales, además, es más alta en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, explica el experto. [También en las estancias largas](#). Una de las razones por las que algunos expertos, como el especialista en Medicina Interna Roberto Gnesotto — que lidera el proyecto europeo [Day Safe](#) para ello—, apostaron en Roma por la cirugía menor ambulatoria.

Manuel Gallego, madrileño de 76 años, ingresó en el hospital por una fractura de cadera. Iba a estar un par de semanas en el centro, pero una infección urinaria por *Klebsiella* lo complicó. Estuvo casi un mes ingresado. Y desde entonces, asegura, ha vuelto a tener más infecciones de ese tipo.

Sin embargo, los problemas de seguridad del paciente no se quedan en las infecciones nosocomiales, los efectos adversos de las pruebas o la interacción de la medicación hospitalaria. También es importante, dicen los expertos, que el paciente siga correctamente el tratamiento cuando se va a casa. “Además, nos hemos centrado mucho en el nivel hospitalario, pero hay que impulsar la vigilancia y la prevención en los centros de salud”, alertó Ghirardini, que ha participado en la elaboración del informe europeo. Es una de las claves. Otra, dijo, es el establecimiento de sistemas para que cualquier profesional o paciente pueda notificar de forma sencilla (incluso anónima) un problema.

Hoy, aunque las cifras han mejorado, solo el 46% de los ciudadanos que ha sufrido alguna infección hospitalaria o efecto adverso relacionado con el tratamiento lo ha notificado. Son 18 puntos más que cuando se hizo el anterior Eurobarómetro, en 2009. Sin embargo, el 37% asegura que tras decirlo no ocurrió nada.

EL PAÍS

http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/04/03/andalucia/1396538913_706952.html

Siete pacientes, aislados en el Reina Sofía por la bacteria 'klebsiella'

La Fiscalía de Córdoba incoa diligencias por este brote

MANUEL J. ALBERT Córdoba 3 ABR 2014 - 17:28 CET

Un total de siete pacientes han sido aislados en el [hospital Reina Sofía](#) "ante los últimos casos" registrados por la infección de la bacteria de *la klebsiella pneumoniae*, según ha informado el Gobierno andaluz a través de una nota de prensa. Así, el hospital asegura que "se ha revisado el uso de antibióticos, retirando aquellos que eran resistentes en el tratamiento de dicha bacteria, y limitando, siempre que sea posible, las técnicas invasivas (sondas, respiración asistida), que favorecen la transmisión de infecciones nosocomiales. El control de los aislamientos es exhaustivo", agregan. La Fiscalía de Córdoba ha incoado diligencias por este brote a petición de la Asociación del Paciente que denuncia que el hecho se trata de una epidemia. Cuando la fiscalía termine sus diligencias decidirá si deriva el caso a un juzgado de instrucción o lo archiva.

En concreto, actualmente existen tres casos de pacientes infectados de *klebsiella* en UCI y cuatro aislados en planta, señala el hospital. "Hay que tener en cuenta que los pacientes que están en las Unidades de Cuidados Intensivos están en situación crítica, con enfermedades graves y deterioro del sistema inmunológico en la mayoría de los casos, lo que los hace más vulnerables a las infecciones", precisan desde el hospital a través de una nota de prensa.

La *klebsiella* es un germen que se puede encontrar presente en la flora intestinal y que, de manera muy excepcional, en pacientes en situación crítica, con estancias prolongadas o en tratamiento con antibióticos, puede cambiar y originar un patrón de resistencia al tratamiento.

Las infecciones por [gérmenes oportunistas –entre los que se incluye la klebsiella– existen en los hospitales](#) como consecuencia de la frecuente utilización de antibióticos que favorecen su resistencia; además de la manipulación intensiva (ventilación asistida, nutrición parenteral, canalización de vías centrales) en pacientes con una situación extremadamente delicada.



<http://agencias.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=1976899>

Emilio Bouza: Infecciones hospitalares suponen muerte y gastos, y son evitables

09-09-2015 / 15:31 h EFE

Las infecciones hospitalarias provocan la muerte de pacientes, suponen un gasto por episodio que oscila entre los seis mil y nueve mil euros, y además muchas son evitables, ha señalado el doctor Emilio Bouza, jefe del Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

"Poca gente sabe que una infección de catéter estudiada por un hospital español cuesta 18.000 euros de extragasto y hay unos 100 episodios por centro al año. El ahorro es increíble", ha añadido Bouza, que dirige el curso "Antibióticos y resistencias: un reto recurrente", organizado en Santander por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) y la empresa MSD.

"El 6 % de los pacientes tiene una infección que no tenía cuando entró en el hospital. De ellas, el 10 % están causadas por microorganismos que no nos resultan fáciles de tratar. Calculamos que un porcentaje significativo se pueden evitar", ha apuntado este experto.

Las infecciones más preocupantes en el hospital, según el jefe del servicio, son las urinarias, las sistémicas, las respiratorias y las provocadas por las heridas quirúrgicas después de una operación.

Aunque el doctor Bouza ha insistido en que la mayor parte de las infecciones afectan a pacientes inmunodeprimidos que tienen una grave situación clínica de base, y que hay que distinguir la infección como acontecimiento y como causa mortal, lo cierto es que "entre el 5 y el 10 % causan muerte en el hospital".

Este especialista ha asegurado que es un paso importante encontrar mecanismos para tratar "bien y pronto" las bacterias resistentes, ya que si una infección determinada se trata el primer día, su mortalidad es del 8 %, pero si se retrasa 24 horas aumenta al 30 por ciento.

El doctor Rafael Cantón, también director del curso y jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, ha calificado el fenómeno de la resistencia antimicrobiana como un "problema de salud pública" que afecta a toda la sociedad.

"Todos los avances que se han producido en la medicina, en trasplantes, en cirugía, podrían venirse al traste por no prevenir las infecciones", ha advertido.

El doctor Cantón ha adelantado que los nuevos antibióticos que saldrán en los próximos meses retoman mecanismos de acción ya conocidos, pero su novedad es la mayor potencia y cobertura sobre distintos microorganismos.

"El impacto en el desarrollo de resistencias será menor", ha determinado.

No todos los nuevos antimicrobianos se encuentran en la misma fase, unos están a la espera de un precio en España y otros de la aprobación de la Agencia Europea del Medicamento, según Cantón.

Joaquín Mateos, director médico de MSD, ha recordado que el problema de la resistencia a antibióticos "es grave y está en aumento" y que es responsable de más de 25.000 muertes anuales en Europa y 23.000 en Estados Unidos.

Por ello, MSD trabaja en la búsqueda de nuevos avances en la investigación de antibióticos con el objetivo de "mejorar la salud y la vida de las personas", ha añadido Mateos.

El científico y rector de la UIMP, César Nombela, ha hecho referencia a la "necesidad" de regular el empleo de antibióticos. "En la mano de todos está la política de aplicación de forma racional", ha subrayado.

EL PAÍS

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/08/actualidad/1410196680_614781.html

Cada día en el hospital aumenta un 1% el riesgo de infección grave

Los autores del estudio, presentado en el congreso de la Sociedad Americana de Microbiología, creen que hay que evitar alargar innecesariamente la estancia

ELENA G. SEVILLANO Madrid 8 SEP 2014 - 19:18 CEST **10**

Los médicos sospechaban que el tiempo que un paciente pasa en el hospital influye en la probabilidad de que acabe padeciendo una infección por bacterias multirresistentes —inmunes a los antibióticos más habituales—. Un estudio presentado en [el congreso de la Sociedad Americana de Microbiología](#) acaba de poner números a esa sospecha: cada día de ingreso de una persona que ha contraído una infección aumenta un 1% el riesgo de que esta sea multirresistente, es decir, que no responda al tratamiento habitual.

Los investigadores de la Universidad Médica de Carolina del Sur (EE UU) analizaron 949 historiales de infección por bacterias gram-negativas (grupo que incluye especies que provocan enfermedades respiratorias, urinarias, abdominales...) y vieron que, en los primeros días de hospitalización, el porcentaje de las multirresistentes rondaba el 20% hasta el cuarto o quinto día, pero que después aumentaba hasta llegar al 35% a los diez días. Mediante análisis estadísticos determinaron que el riesgo se incrementa un 1% por cada día de hospitalización.

“Nuestros resultados ponen el acento en uno de los riesgos que supone estar en el hospital: contraer una infección multirresistente”, asegura John Bosso, uno de los autores del estudio. “Como mínimo, nuestro trabajo sirve de argumento contra la hospitalización innecesaria y la que se alarga sin necesidad”, añade.

6% de infecciones

[Unos 80.000 pacientes, casi el 6% de los ingresados, sufren cada día al menos una infección relacionada con su estancia](#) en un centro sanitario europeo, según una [encuesta publicada en 2013 por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades](#) (ECDC en sus siglas en inglés) realizada entre 1.000 hospitales de 30 países.

La [Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica \(SEIMC\)](#) alertó recientemente del aumento de las infecciones por bacterias resistentes a casi todos los antibióticos disponibles en España debido a su uso “incontrolado e indiscriminado”. Rafael Cantón, vicepresidente de la SEIMC, explica que este problema se traduce en mayor estancia hospitalaria y mayor riesgo de mortalidad: “Estas infecciones son más difíciles de tratar y requieren más tiempo en el hospital, lo que aumenta el gasto hospitalario; además incrementan los riesgos para los pacientes”.

EL PAÍS

http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/08/24/andalucia/1377339495_962704.html

Una bebé prematura muere en el hospital Reina Sofía infectada por una bacteria

El centro de Córdoba aísla a otros nueve neonatos y pone en marcha un protocolo especial de control y seguimiento

EL PAÍS Córdoba 24 AGO 2013 - 12:18 CET16



El [hospital Reina Sofía de Córdoba](#) ha puesto en marcha un protocolo especial ante la muerte de una bebé prematura por infección con la bacteria *Klebsiella pneumoniae*, un germen que no se transmite por vía aérea. Nueve bebés se encuentran aislados en estos momentos para prevenir contagios. En todos ellos se ha detectado la presencia de la bacteria, pero sólo uno se encuentra infectado y está en tratamiento.

Según ha informado el hospital, tras la muerte de la niña, se ha procedido a la revisión del uso de antibióticos y retirado aquellos fármacos a los que es resistente la bacteria. También se han limitado la utilización de sondas o de mecanismos de respiración asistida con el fin de prevenir la transmisión de infecciones. [El hospital Carlos Haya de Málaga también sufrió](#) hace dos años un brote de infecciones con la misma bacteria.

El aislamiento de los nueve neonatos en una zona segura permite seguir con el ingreso de nuevos pacientes mientras culminan los estudios analíticos para comprobar el alcance del brote, que ha motivado el establecimiento de un sistema de vigilancia y control diario. También se ha realizado un estudio epidemiológico y microbiológico de todo el servicio.

El fallecimiento se produjo el 20 de agosto y los análisis posteriores confirmaron la infección por la *Klebsiella pneumoniae*, que se sumó un complicado cuadro clínico.

La bacteria causante de la infección es un germen que se puede encontrar presente en la flora intestinal de las personas y que, de manera muy excepcional, en pacientes en situación crítica, con estancias prolongadas o en tratamiento con antibióticos, puede cambiar y originar un patrón de resistencia al tratamiento.

EL PAÍS

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/07/23/actualidad/1374576604_690462.html

Las nuevas superbacterias se propagan por Europa

En España se pasó de unos "brotos esporádicos hospitalarios" a una "difusión regional"

Los pacientes infectados demandan una mayor inversión de los recursos sanitarios

Una de las desventajas de los médicos es que se ha detenido la innovación en antibióticos

JUAN CARLOS BOW Madrid 23 JUL 2013 - 13:56

Las superbacterias se han propagado en los últimos tres años por España y Europa, sobre todo aquellas conocidas -en el mundo medicinal- como enterobacterias, que son resistentes a los antibióticos de última generación (llamados carbapenemos), por lo que su tratamiento hospitalario requiere de mayor inversión. Un informe del [Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades \(ECDC\)](#) revela que en el ámbito nacional se ha pasado de "brotos esporádicos" a una "difusión regional".

[En el informe](#), elaborado a partir de datos proporcionados por expertos de 39 países, se afirma: "la situación epidemiológica (en Europa) se ha deteriorado". En 2010 se realizó una evaluación similar en la que solo participaron 31 naciones, de estas ["17 pasaron \(en 2013\) a una etapa superior"](#), según el documento.

Entre 2010 y 2012, España ocupó el nivel 2b, establecido para los "brotos hospitalarios esporádico", y para este año aparece en el número 3 (de una escala del 0 al 5), lo que indica que los casos ya no se limitan a hospitales específicos, sino que se ha pasado a una "difusión regional".

Rafael Cantón Moreno, experto español que participó en la evaluación, aseguró que en España se detectaron alrededor de 800 casos diseminados en todas las comunidades autónomas, por lo que no existe "una con más brotes que otra".

En Europa las superbacterias [generan unas 25.000 muertes](#) al año y unos costes sanitarios adicionales de 1.500 millones de euros. Además, estos microorganismos son las causantes de unas 400.000 infecciones anuales.

Las infecciones que producen son fundamentalmente respiratorias, ya que están más asociadas a los pacientes que requieren de cuidados intensivos. También se encuentran en infecciones urinarias e intrabdominales (personas que han sufrido cirugías). Así como las que invaden la sangre, llamadas bacteriemias.

A mayor uso de antibiótico, mayor la resistencia de las bacterias

Rafael Cantón Moreno

Una vez que se detecta un brote al paciente se le ingresa en una habitación individual, se hace un mayor control de las medidas de contacto, y clínicamente se cambia la forma de aplicar los antibióticos porque estos han perdido su utilidad. "Los utilizamos con dosis más altas, o bien con esquemas de tratamiento distintos, acortando los tiempos entre las dosis o con asociaciones de microbianos", afirmó Cantón, quien añadió: "Al necesitar un tratamiento especial pasan más tiempo ingresados y tienen más demandas de recursos sanitarios".

Para el microbiólogo España "está muy lejos" del [nivel de Italia o Grecia](#), que junto a Malta son los únicos países en situación "endémica". Sin embargo, también no es posible compararse con las naciones nórdicas, que ocupan los primeros lugares. Islandia es el único país donde no se han registrado brotes.

La diferencia con los países nórdicos reside en la utilización de los antimicrobianos. "Hay una correlación, a mayor uso de antibiótico, mayor la resistencia de las bacterias", afirmó Cantón, que es jefe del Servicio de Microbiología del [Hospital Universitario Ramón y Cajal](#) en Madrid.

España está entre los primeros diez países de Europa en consumo de antibióticos. Datos del [Ministerio de Sanidad](#) muestran que diariamente 20 personas, de cada 1.000, toman antibióticos fuera del sistema hospitalario. Los más consumidos son las penicilinas, seguidos por las quinolonas, macrólidos y cefalosporinas.

Para Cantón los médicos deben trabajar con los microbiólogos para "conocer mejor" los antibióticos y recetarlos cuándo sean necesarios, en la dosis correcta y el tiempo mínimo posible, aunque aclaró: "No quiere decir que los antibióticos se están usando mal, sino que se puede mejorar su utilización".

España está entre los primeros diez países de Europa en consumo de antimicrobianos

Las superbacterias se adquieren únicamente en los hospitales por el contacto entre los pacientes, o entre estos y los miembros del equipo sanitario o los utensilios. Los más propensos son aquellos que previamente han recibido un tratamiento con antibióticos o que tienen el sistema inmune debilitado porque están en terapias inmunosupresoras.

En la batalla contra las superbacterias una de las desventajas de los equipos médicos es que se ha detenido la innovación de antibióticos. "Hasta ahora la comunidad científica estaba tranquila, decía: 'Hay una resistencia pero hay un antimicrobiano que evita esa defensa", comentó Cantón, para quien "ahora" el proceso de invención es cada vez más complicado, largo y costoso, por lo que las compañías farmacéuticas "es muy poco probable" que retomen la inversión en ese campo.

Las superbacterias más comunes son las *Klebsiella pneumoniae* y *Escherichia coli* (causa común de infecciones urinarias y respiratorias). En el pasado las más populares fueron la Estafilococo áureo (resistente a la metilina, la llamada MRSA) o la llamada *Visa* (Estafilococo áureo) inmune a la vancomicina, que en 1999 era el antibiótico más fuerte con que constaban los médicos.

Otra desventaja del sistema sanitario es que los casos de superbacterias no son de declaración obligatoria, según el experto, por lo que se carece de una base de datos "en tiempo real", que ayude a saber la dimensión de un brote y establecer las medidas epidemiológicas más adecuadas.

Las bacterias cruzan las fronteras

Para el catedrático en Microbiología Rafael Rotger Anglada, que España haya sido catalogada como en "difusión regional" revela que se han detectado brotes epidémicos en varios hospitales, y además "sugiere que puede haber indicios de transmisión de cepas entre distintos hospitales".

Tal transmisión de microorganismos no se limita al nivel hospitalario sino que se ha dado de país a país. Rafael Cantón informó de que en estudios realizados en centros europeos de microbiología se demostró que "cepas que se encontraban en Grecia, se podían hallar en Suecia, en Alemania o Inglaterra".

Este fenómeno se debe al llamado turismo sanitario, que es cuando una persona viaja a otro país para recibir un tratamiento médico y al regresar a su lugar de origen -para continuar con su medicación- entran al sistema sanitario y propagan las bacterias resistentes. También se puede dar el caso de individuos que andando de turistas son ingresados a un hospital y al volver se convierten en dispersores de estos microorganismos, según Cantón.

EL PAÍS

http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/01/01/valencia/1388600265_834186.html

El hospital de Alzira aísla a siete pacientes por una infección bacteriana

La Asociación El Defensor del Paciente pide una investigación a la Fiscalía de Valencia

SARA VELERT Valencia 1 ENE 2014 - 20:25 CET⁴

El [hospital de La Ribera](#) (Alzira) mantiene aislados a siete pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por una infección bacteriana. Según fuentes del centro, los afectados, que fueron ingresados por diferentes patologías, están “colonizados o infectados” por una bacteria multirresistente que ha obligado a separarlos del resto de pacientes. El origen de la infección es un enfermo que entró directamente en la UCI hace unas semanas. La bacteria afecta a personas con problemas respiratorios.

La infección hospitalaria la dio a conocer este miércoles a través de un comunicado la Asociación El Defensor del Paciente, que remitió un escrito a la Fiscalía de Valencia para exigir una “investigación exhaustiva” de un “presunto brote” y que se depuren posibles responsabilidades. La asociación se hizo eco de una denuncia en la que se atribuían a la infección cuatro muertes, diez afectados en la UCI y un número indeterminado de menores contagiados. La queja, además, incidía en una presunta falta de “información veraz” a los familiares.

Tanto el hospital como la Consejería de Sanidad aseguraron que no han recibido ninguna denuncia o reclamación. Además, el centro de Alzira, público de gestión privada, desmintió en un comunicado que “ningún brote infeccioso haya causado la muerte de cuatro adultos y un número indeterminado de niños”.

El hospital, que no tiene UCI de menores, rechazó que “se haya producido ninguna muerte directamente relacionada” con la bacteria *Acinetobacter Baumanni* localizada en el servicio de intensivos. Además, “no se ha producido ningún caso en niños”, recalcó.

Controles periódicos

“Este tipo de bacterias no es infrecuente en las unidades de pacientes críticos de los hospitales”, aseguró el hospital. En estos casos, los pacientes son aislados, “se les asigna personal exclusivo, se extreman las medidas higiénicas y se realizan los controles bacteriológicos oportunos”, añadió el centro sanitario.

La Consejería de Sanidad, que también rechazó que se hubieran producido muertes en Alzira a consecuencia de la infección, destacó que periódicamente se realizan mediciones de patógenos en los quirófanos y UCI de todos los hospitales valencianos. La consejería facilitará a la Fiscalía “todos los datos que solicite” si abre una investigación.

EL PAÍS

Cerrada una planta del Meixoeiro de Vigo por aspergillus

http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/07/19/galicia/1342709213_282473.html

El hongo obliga a cambiar de piso a 16 pacientes que no fueron afectados

EL PAÍS Vigo 19 JUL 2012 - 16:46 CET



Hospital Meixoeiro de Vigo

El Servicio Galego de Saúde (Sergas) ha clausurado de forma preventiva una planta del Hospital Meixoeiro de Vigo tras aparecer en el ambiente niveles del hongo aspergillus más altos de lo debido, según informan a Europa Press fuentes del Sergas y sindicales. El Sergas informó que ya se han adoptado "medidas preventivas que garantizan la seguridad de los pacientes" ante la "aparición puntual de un hongo" en el Meixoeiro. Según la Xunta no ha habido personas afectadas y las dos muertes que se registraron en la zona clausurada no tienen relación con la aparición del hongo.

En una nota de prensa, el servicio explica que la aparición del hongo "se detectó en un control ordinario" el pasado 5 de julio y que afectó a cuatro habitaciones del séptimo piso del citado hospital. Entonces se activó el "sistema de control y prevención de enfermedades nosocomiales" del Chuvi y, desde la citada fecha, se realizan controles preventivos "dos veces por semana" en los pacientes y en el ambiente de la hospitalización.

Desde el pasado 5 de julio se formó en el Chuvi un comité de seguimiento compuesto por las direcciones médicas y de enfermería, el presidente del comité de infecciones, los hematólogos de la planta de hospitalización, el jefe de servicio de microbiología y los profesionales de los servicios de admisión y mantenimiento del Chuvi. Este comité técnico se reúne dos días a la semana y planifica permanentemente estrategias de seguimiento del proceso.

Los 16 pacientes de la planta afectada se recolocaron en el sexto piso mientras se limpian las dependencias, y se realiza un "pintado y eliminación de humedades". También se procedió al seguimiento estricto de niveles en el ambiente de forma preventiva. El Sergas reitera que "ya se tomaron, con carácter general, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad de todos los pacientes, así como las medidas de desinfección general de las unidades afectadas".

Los sindicatos confirmaron que las medidas se tomaron "con absoluta rapidez" y mantienen que no hay "ninguna alarma". Recuerdan que el aspergillus es un hongo que fluye en el ambiente y al que "todo el mundo está expuesto" aunque ataca a personas inmunodeprimidas, con pocas defensas.



<http://www.abc.es/20120419/local-castilla-leon/abci-sacyl-condenado-pagar-euros-201204191031.html>

Sacyl condenado a pagar 151.000 euros por la muerte de un paciente tras un brote infeccioso

La sentencia responsabiliza al centro por la falta de planes de prevención de dichas infecciones hospitalarias en aquella época

ABC / VALLADOLID

Día 19/04/2012 - 10.31h

El Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León ha condenado a Sacyl a indemnizar con 151.638 euros a la familia de H.C.L., que falleció a los 59 años de edad, a consecuencia de un brote infeccioso que afectó al Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre septiembre de 2006 y enero de 2007, según informaron hoy a Ical fuentes del Defensor del Paciente.

Los hechos tuvieron lugar cuando el paciente, que ingresó en septiembre de 2006, se vio afectado por el brote de klebsiella, que se sumó a una patología cardíaca que le impidió remontar la enfermedad. Murió el 5 de diciembre de 2006 por una neumonía nosocomial que desembocó en shock séptico y fracaso multiorgánico.

El brote afectó a varios servicios y plantas hospitalarias, así como a un número significativo de pacientes. De hecho, indicaron las citadas fuentes, la noticia saltó a los medios de comunicación y también hubo protestas por parte de los sindicatos por la carencia de medios básicos de protección (batas, mascarillas, guantes...).

La Sentencia declara probada la ausencia de un plan o programa profiláctico de prevención de infecciones en el ámbito hospitalario en las fechas en que se constata la infección del paciente por un brote nosocomial. Además, a raíz de que surgieron más casos, la dirección del Hospital puso en marcha los mecanismos para atajar el brote infeccioso.

La sentencia cobra mayor relevancia, si cabe, teniendo en cuenta que el criterio jurisprudencial siempre ha sido que las infecciones hospitalarias son un problema de fuerza mayor, siendo un riesgo cuyas consecuencias ha de asumir el paciente como inherente a todo ingreso hospitalario.

“Con esta sentencia, la Sala responsabiliza al Hospital por la falta de planes de prevención de dichas infecciones hospitalarias, que son conocidas por todos, pero en este caso, no aceptables, dado que por parte del Hospital no se adoptaron un mínimo de garantías para evitar en la medida de lo posible su aparición y propagación, siendo que en este caso la infección de origen nosocomial afectó a un gran número de pacientes y a diferentes servicios y áreas hospitalarias, teniendo una gran repercusión en los medios de comunicación”, concluyeron desde el Defensor del Paciente, que precisan que el caso ha sido llevado por el letrado Santiago Díez Martínez.



http://www.abc.es/hemeroteca/historico-17-04-2008/abc/Madrid/indemnizan-a-la-familia-de-una-mujer-que-murio-en-el-clinico-por-una-infeccion-hospitalaria_1641801654938.html

Indemnizan a la familia de una mujer que murió en el Clínico por una infección hospitalaria

17/04/2008 –

El Tribunal Superior de Justicia de Madrid ha condenado al Servicio de Salud Madrileño al pago de una indemnización de 50.000 euros, por no haber adoptado todas las medidas de asepsia y limpieza exigibles en la asistencia prestada a una paciente que falleció con 80 años en el Hospital Clínico de Madrid tras sufrir una infección nosocomial.

La sentencia, con fecha del 3 de abril, tiene en cuenta los informes del Servicio de Medicina Preventiva del centro que señalaban que el servicio de cuidados críticos carecía de las condiciones de infraestructura necesarias para el aislamiento individual de los pacientes afectados por un brote de staphylococcus aureus meticilín resistentes (SARM), una infección nosocomial que afectó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el primer semestre de 2002. Según la Asociación del Defensor del Paciente, este brote ocasionó no sólo el fallecimiento de Rosa B.C, sino el de otros 10 pacientes durante el mes de abril de 2002 y el de muchos otros esos meses.

«Exceso de infecciones»

La sentencia del TSJM reconoce un «evidente exceso de infecciones hospitalarias con relación a las tasas inevitables en todo hospital, que constituyó causa de alarma y adopción de medidas de prevención por los servicios del Hospital, y que la paciente no venía obligada a soportar excediendo los parámetros que determinan la corrección de la actividad de los servicios sanitarios».

Ello, a juicio del TSJM, acredita «que no se habían adoptado todas las medidas de asepsia exigibles, lo que obliga a apreciar en el presente caso la existencia de Responsabilidad Patrimonial de la Administración».

Según la Asociación, durante el tiempo que estuvo ingresada la paciente «las medidas de asepsia allí eran inexistentes: se pasaba a dicha unidad sin guantes, sin mascarilla ni bata, sin calzas para zapatos, etc. Tampoco se advertía a las visitas de la imposibilidad de tocar a los pacientes. El trasiego de gente era constante y sin control». «En total, en el mes de abril de 2002 fallecieron 11 pacientes por septicemia o infección causada por SAMR en la UCI del Hospital Clínico San Carlos de Madrid», asegura esta organización.



El TSJM condena al Sermas por la muerte por infección de un paciente en el Clínico

A. DELGADO [ADELGADOLEON](#) / MADRID

Día 18/12/2012 _

El paciente, de 58 años, murió por una infección nosocomial tras una operación; su esposa será indemnizada con 125.000 euros

El **Tribunal Superior de Justicia de Madrid** ha condenado al [Servicio Madrileño de Salud](#) (Sermas) al pago de una indemnización de **125.000 euros**, a la esposa de V.C.A. por la «deficiente asistencia sanitaria» que le fue prestada en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid con posterior fallecimiento del paciente, a los **58 años de edad**. La denuncia fue tramitada por los servicios jurídicos de el Defensor del Paciente.

El fallecido, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, era un paciente controlado y tratado por el Servicio de Neumología del [Hospital Clínico San Carlos](#). Acudió a este centro desde 2003 a 2006. Pero en septiembre de 2006, tras un «tac» de tórax, le fue descubierto un nódulo en el lóbulo superior izquierdo de 2,2 cm, diagnosticándole **adenocarcinoma de pulmón**. El 30 de octubre de 2006 se le intervino quirúrgicamente y se le practicó una **lobectomía superior izquierda**. Tras la intervención ingresó en la UCI y permaneció hasta el día 2 de noviembre. Una vez en planta, estando en la habitación sufrió una taquiarritmia y tuvo que ser trasladado nuevamente a la UCI, donde permaneció hasta el día 18 del mismo mes.

Allí comenzó a tener infecciones de diverso tipo hasta derivar en una «neumonía por infección nosocomial». Finalmente **falleció** el día 19 de noviembre por «un fracaso multiorgánico secundario a la infección respiratoria postoperatoria».

En la Sentencia se afirma, después de analizar por la Sala las **medidas de prevención y asepsia** realizadas en las instalaciones hospitalarias, que el fallecimiento de V. A. C. se debió al **proceso infeccioso** adquirido durante la estancia en el hospitalaria debido a que dichos «controles de asepsia e higiene del hospital fueron **excesivamente genéricos y parcos**».