

Acerca de la higiene de las manos

Un día de diciembre cualquiera, acompañé a Deborah Yokoe, especialista en enfermedades infecciosas, y a Susan Marino, microbióloga, mientras realizaban un recorrido de inspección de nuestro hospital, en cuya unidad de control de infecciones trabajan ambas. Su trabajo no es glamuroso y ellas tampoco. Yokoe tiene cuarenta y cinco años, una voz dulce y hoyuelos en las mejillas. En el trabajo lleva zapatillas deportivas. Marino tiene cincuenta y tantos años y es de talante reservado. Pero ambas han lidiado con epidemias de gripe, legionela, meningitis bacteriales letales y, sólo unos meses antes, con un caso que a juzgar por los resultados de la biopsia cerebral del paciente podría haberse tratado de la enfermedad de Creutzfeld-Jakob; una pesadilla, no sólo porque es fatal e incurable, sino también porque el agente infeccioso que la provoca no puede ser destruido mediante procedimientos convencionales de esterilización por calor. Para cuando recibimos los resultados, los instrumentos de biopsia cerebral del neurocirujano podrían haber transmitido la enfermedad a otros pacientes, pero los miembros del equipo de control de infecciones los encontraron a tiempo y procedieron a esterilizarlos químicamente. Yokoe y Marino se han enfrentado al sarampión, la peste y la tuleramia (provocada por una bacteria extraordinariamente contagiosa en los laboratorios hospitalarios y muy temida como arma bioterrorista). Una vez desencadenaron una retirada del mercado nacional de todas las partidas de fresas congeladas después de seguir la pista de un brote de hepatitis A hasta un lote que se había servido en una fiesta de comienzo del curso escolar. Hace poco, según me

contaron, andaban sueltos por el hospital un rotavirus, un virus de Norwalk, varias cepas de bacteria *Pseudomonas*, una *Klebsiella* superresistente, y el ubicuo azote de los hospitales modernos: los *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus faecalis* resistentes, causa frecuente de neumonías y de infecciones de heridas y del torrente sanguíneo.

Según los Centros de Control de Enfermedades de los EE.UU., cada año dos millones de estadounidenses contraen una infección mientras están ingresados en un hospital y noventa mil mueren como consecuencia. Según Yokoe, la parte más difícil de la labor de un equipo de control de infecciones no es lidiar con la panoplia de infecciones con las que se topan o el pánico que éstas a veces desatan entre los pacientes o la plantilla. Lo más difícil es conseguir que clínicos como yo hagan lo único que impide sistemáticamente el contagio de infecciones: lavarse las manos.

Yokoe y Marino lo han intentado prácticamente todo. Mientras recorríamos las plantas quirúrgicas en las que ingresan mis pacientes, me mostraron las señales de amonestación que habían colgado, los lavabos que habían reposicionado y los nuevos que habían instalado, algunos de ellos automatizados. Compraron «carretillas de precaución» especiales, a cinco mil dólares la unidad, que contienen todo lo necesario para la limpieza, guantes y batas, en un paquete ergonómico, portátil y estéticamente agradable. Han premiado a las unidades hospitalarias más cumplidoras con entradas de cine gratuitas. Han llegado a expedir boletines de calificación con notas por higiene. Aún así, seguimos sin enmendarnos. Las estadísticas de nuestro hospital dan fe de lo que las investigaciones han demostrado en todos los demás: que los médicos y las enfermeras nos lavamos las manos entre una tercera parte y la mitad de las veces de lo que deberíamos hacerlo. Después de estrecharle la mano a un paciente que no deja de sorberse los mocos, retirar una venda pegajosa de una herida o apretar un estetoscopio contra un pecho sudoroso, la mayoría apenas hacemos más que pasarnos las manos por la bata y a otra cosa: ir a visitar al siguiente paciente, anotar algo en la gráfica o ir a comer.

Lamentablemente, no se trata de una novedad. En 1847, cuando tenía veintiocho años de edad, el tocólogo vienés Ignac Semmelweis llegó a la conclusión de que, al no lavarse las manos de forma lo bastante concienzuda o sistemática, los médicos eran los principales responsables de la fiebre puerperal, la principal causa de muerte entre

madres durante el parto en la era anterior a los antibióticos (antes de que se reconociera a los gérmenes como los agentes de las enfermedades infecciosas). Se trata de una infección bacterial –habitualmente causada por el *Streptococcus*, la misma bacteria que provoca las inflamaciones de garganta– que asciende desde la vagina hasta llegar al útero después del parto. De las tres mil madres que daban a luz cada año en el hospital donde trabajaba Semmelweis, seiscientas o más fallecían a causa de dicha enfermedad, lo que equivalía a una espantosa tasa de mortalidad materna del 20 por cien. En cambio, sólo fallecía un 1 por cien de las madres que daban a luz en casa. Semmelweis llegó a la conclusión de que eran los médicos quienes transmitían la enfermedad de una paciente a otra, y ordenó que todos los médicos y enfermeras de su sala se lavasen las manos con un cepillo de uñas y cloro después de cada consulta. La tasa de muerte puerperal se redujo inmediatamente al 1 por cien, prueba incontrovertible, al parecer, de que estaba en lo cierto. Y no obstante, en otros hospitales las prácticas médicas no cambiaron. Ciertos colegas incluso se sintieron ofendidos por sus afirmaciones, pues para ellos era inconcebible que los médicos estuviesen matando a sus pacientes. Lejos de ser aclamado, a Semmelweis acabaron despidiéndole de su puesto¹.

La historia de Semmelweis ha llegado hasta nosotros como «Prueba A» en el juicio contra la obstinación y la ceguera médicas. Sin embargo, la cosa es más compleja. El problema se debía en parte a que los médicos del siglo XIX tenían que elegir entre múltiples explicaciones de la fiebre puerperal, todas ellas en apariencia igual de convincentes. Por ejemplo, la creencia de que la causa eran los miasmas presentes en el aire de los hospitales estaba muy arraigada. Y es curioso que Semmelweis se negara tanto a publicar una explicación de la lógica en que basaba su teoría como a demostrarla mediante un experimento convincente realizado con animales. Muy al contrario, consideró las peticiones de pruebas como insultos personales y arremetió implacablemente contra sus detractores.

«Usted, *Herr Professor*, ha sido cómplice de esta masacre», le escribió a un tocólogo de la Universidad de Viena que puso en duda la vali-

¹ N del E. Para una excelente bibliografía de Semmelweis, véase Sherwin B. Nuland, *El enigma del doctor Ignác Semmelweis*, Antoni Bosch editor, Barcelona, 2006.

dez de su teoría. A un colega de Wurzburg le escribió lo siguiente: «En el caso de que usted, *Herr Hofrath*, continúe aleccionando a sus alumnos contra mi doctrina sin haberla refutado, declaro ante Dios y ante el mundo que es usted un asesino y que no sería injusto que pasara a la “Historia de la fiebre puerperal” como un Nerón de la medicina». Su propio equipo se rebeló contra él. En Pest, adonde se trasladó después de que le despojases de su plaza en Viena, permanecía junto al lavabo y reprendía a todo aquel o aquella que olvidase lavarse las manos. La gente empezó a rehuir su régimen de lavado de manos de forma deliberada, e incluso a sabotearlo en ocasiones. Semmelweis era un genio, pero también un lunático, y eso le condujo a convertirse en genio fracasado. Tuvieron que pasar otros veinte años antes de que Joseph Lister hiciese un llamamiento más claro y más persuasivo a favor de la asepsia en la revista médica británica *The Lancet*.

Ciento cuarenta años de infecciones hospitalarias más tarde, sin embargo, cabe preguntarse si lo que haría falta para acabar con ellas no sería precisamente un lunático. Piensen en lo que tienen que afrontar Yokoe y Marino. Ningún área de la piel humana se libra de las bacterias. Los cómputos de bacterias en las manos dan como resultado entre cinco mil y cinco millones de unidades colonizadoras por centímetro cuadrado. En el cabello, las axilas y la ingle se albergan concentraciones mayores. Las grietas de la piel de las manos retienen entre un diez y un veinte por cien de la flora, lo que dificulta la labor de limpieza (incluso contando con el cepillado) e imposibilita la esterilización. El peor lugar es debajo de las uñas. De ahí que las recientes directrices de los Centros para la Detección y Prevención de Enfermedades de los EE.UU. exijan que el personal hospitalario lleve las uñas cortadas a una longitud máxima de 0,6 milímetros y haya prohibido las extensiones de uñas.

En el mejor de los casos, los jabones comunes desinfectan de forma incompleta. Los detergentes que contienen desalojan la suciedad y la mugre, pero quince segundos de limpieza reducen la cantidad de bacterias en sólo aproximadamente un orden de magnitud. Semmelweis reconoció que el jabón ordinario no era suficiente y utilizó una solución de cloro como desinfectante. Los jabones antibacteriales actuales contienen productos químicos como la clorhexidina, que descomponen las membranas microbiales y las proteínas. Incluso con el jabón apropiado, una higiene correcta de las manos exige ajustar-

se a un procedimiento estricto. Primero hay que quitarse el reloj, los anillos y demás joyas (cuya capacidad para congregarse bacterias es notoria). Después hay que mojarse las manos con agua caliente, enjabonar toda la superficie incluyendo el tercio inferior de los brazos durante todo el tiempo que recomiende el fabricante (habitualmente entre quince y treinta segundos) y luego enjuagarse durante treinta segundos antes de secarse las manos completamente con una toalla desechable limpia que finalmente utilizaremos para cerrar el grifo. Hay que repetir la maniobra después de cada ocasión en la que se entra en contacto con un paciente.

Casi nadie aplica este procedimiento. Parece imposible. Durante las visitas matinales, nuestros residentes ven a veinte pacientes por hora. El número de contactos de las enfermeras de nuestras unidades de cuidados intensivos con pacientes suele ser parecido, y hay que lavarse las manos entre cada uno de ellos. Incluso si se lograra reducir todo el proceso de limpieza a un minuto por paciente, seguiría suponiendo que una tercera parte del tiempo de la plantilla se invertiría exclusivamente en higiene manual. Unos lavados tan frecuentes pueden llegar a irritar la piel y producir dermatitis, lo que a su vez puede hacer que suba el cómputo bacterial.

Los enjuagues y los geles de alcohol, menos irritantes que el jabón, vienen utilizándose en Europa desde hace casi dos décadas, pero por algún motivo sólo han empezado a popularizarse en los Estados Unidos desde hace muy poco. Su uso requiere mucho menos tiempo: apenas unos quince segundos para extender un gel sobre las manos y los dedos y dejar que se seque al aire. Es más fácil instalar dosificadores junto a las camas de los pacientes que instalar lavabos. Y cuando la concentración de alcohol es de entre un 50 y un 95 por cien, mata a los organismos con mayor efectividad. (Curiosamente, el alcohol puro no es tan efectivo: hace falta al menos un poco de agua para descomponer las proteínas microbianas.)

Aún así, a Yokoe le costó más de un año que nuestra plantilla aceptase el gel de alcohol al 60 por cien que hace poco hemos empezado a utilizar. En un principio la plantilla se opuso a su introducción porque temía que contribuyese a la nocividad ambiental (no lo hacía). Luego se planteó la duda de si, pese a las pruebas en sentido contrario, no sería más irritante para la piel, por lo que se probó un producto con aloe. Pero como la gente se quejaba del olor, el aloe se reti-

ró. Después una parte del equipo de enfermería se negó a utilizar el gel a raíz de rumores según los cuales disminuía la fertilidad. Los rumores sólo se extinguieron cuando la unidad de control de infecciones hizo circular pruebas de que el organismo no absorbe el alcohol y que un especialista en fertilidad del hospital se declarase partidario de utilizar el gel.

Cuando por fin empezó a generalizarse su uso, la tasa de cumplimiento con la debida higiene manual mejoró de forma notable: pasó de alrededor de un 40 por cien a un 70. No obstante (y ese fue el descubrimiento más inquietante) la tasa de infecciones hospitalarias no se redujo ni en un ápice. Nuestro 70 por cien de cumplimiento no era suficiente. Si la gente no se lavaba las manos un 30 por cien del tiempo, eso quería decir que seguía habiendo un amplio margen para transmitir infecciones. Es más, la tasa de infección de *Staphylococcus* y *Enterococcus* resistentes siguió aumentando. Yokoe recibe las tabulaciones a diario. Un día, hace no mucho, le pedí que me pusiera al día: sesenta y tres de nuestros setecientos pacientes presentaban colonias o estaban infectados con MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina), y otros veintidós habían contraído VRE (*Enterococcus* resistente a la vancocimina.) Por desgracia, se trata de tasas de infección muy habituales en los hospitales estadounidenses.

Las tasas de infección en alza por bacterias superresistentes se han convertido en la regla en todo el mundo. El primer brote de VRE no se produjo hasta 1988, cuando se infestó una unidad de diálisis renal en Inglaterra. Hacia 1990, la bacteria ya había llegado al extranjero y cuatro de cada mil pacientes de las unidades de cuidados intensivos estadounidenses se habían infectado. En 1997, un apabullante 23 por cien de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos se infectó. Cuando el virus del SARS (síndrome respiratorio agudo grave) apareció en China en 2003 y se contagió en cuestión de semanas a casi diez mil personas en dos docenas de países de todo el mundo (el 10 por cien de las cuales murió), el principal vector de transmisión fueron las manos de los empleados de la sanidad. ¿Qué sucederá si (o mejor dicho: cuándo) aparezca un organismo aún más peligroso, como la gripe aviar o (es un suponer) una bacteria nueva y más virulenta? «Una catástrofe», dice Yokoe.

Todo menos una obsesión a lo Semmelweis por la higiene manual empieza a parecer insuficiente. En la actualidad, Yokoe, Marino y sus

colegas recurren a inspecciones sin previo aviso en las distintas plantas. En una unidad de cuidados intensivos post-operatorios, me mostraron lo que hacen. Entran sin avisar. Se dirigen directamente a las habitaciones de los pacientes. Buscan líquidos derramados, retretes sin limpiar, grifos que gotean, dosificadores de gel vacíos, cajas atestadas de hipodérmicas y existencias insuficientes de guantes y de batas. Se aseguran de que las enfermeras llevan guantes cuando cambian los vendajes y los catéteres de los pacientes, pues estos son focos de infección en ciernes. Y por supuesto, vigilan para comprobar que todo el mundo se lave las manos antes de tocar a los pacientes. Ninguna de las dos duda en encararse con quien esté en falta, aunque intenten hacerlo con delicadeza («¿No te habrás olvidado de lavarte las manos?» es una de sus frases favoritas). Los miembros de la plantilla ya las conocen. Vi a una enfermera enguantada y con bata salir de la habitación de un paciente, recoger el gráfico (que no debe entrar en contacto con manos sucias) y pararse en seco en cuanto vio a Marino. «¡No he tocado nada en toda la habitación! ¡Estoy limpia!», le espetó.

Yokoe y Marino odian esta faceta de su trabajo. No les gusta ser la policía de las infecciones. No es nada divertido ni tampoco necesariamente eficaz. Con doce plantas y cuatro *patient pods*² distintos por planta, no pueden vigilar al modo en que lo hacía Semmelweis: quedándose, con el ceño fruncido, junto al único lavabo que había en la unidad. Pero, ¿qué otras opciones había? Hojeé números antiguos de dos de las revistas punteras en este campo, el *Journal of Hospital Infection* e *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Los artículos eran una triste letanía sobre experimentos fracasados en el intento de cambiar nuestras costumbres infecciosas. La gran solución que anhela todo el mundo sería un jabón o una loción que mantuviera la piel desinfectada durante horas y nos simplificara a todos la tarea de ser buenos. Pero no se ha descubierto ninguno. Esta situación llevó a cierto experto a proponer (sólo medio en broma) que quizá lo mejor sería renunciar a lavarse las manos y tratar de conseguir que el personal dejase de tocar a los pacientes por completo.

Siempre buscamos una solución fácil, una transformación sencilla que elimine los problemas de golpe. Pero en la vida real pocas

² Los *pod units* son unidades autopropulsadas (dotadas de GPS) en las que ingresan los pacientes que van a todas las unidades del hospital en ellos. (N. del t.)

cosas funcionan así. Al contrario, triunfar exige ir hilvanando adecuadamente un centenar de pequeños pasos, uno tras otro, sin meteduras de pata ni pifias, gracias a la aportación de todos. Estamos acostumbrados a considerar la medicina como una ocupación solitaria e intelectual. Pero conseguir que la medicina vaya bien suele tener menos que ver con hacer un diagnóstico difícil que con asegurarse de que todo el mundo se lave las manos.

Asombra pensar en la diferencia que hay entre la historia del quirófano después de Lister comparada con la historia de la sala de hospital después de Semmelweis. En el quirófano nadie pretende que ni siquiera un 90 por cien de higiene manual sea suficiente. Nos horroriza que un solo médico o enfermera se olvide de lavarse las manos antes de acudir a la mesa de operaciones y desde luego no nos sorprenderá si unos días más tarde el paciente desarrolla una infección. Desde los tiempos de Lister nuestras expectativas se han hecho aún más exigentes. Ahora nos aseguramos de utilizar guantes y batas esterilizados, mascarillas y gorros. Aplicamos antisépticos a la piel del paciente y preparamos un campo quirúrgico de incisión. Pasamos nuestro instrumental por esterilizadores de vapor o, si alguno de los instrumentos es demasiado delicado para tolerar la autoclave, por esterilizadores químicos. Hemos reinventado casi todos los detalles del quirófano en función de la asepsia. Hemos llegado al extremo de añadir un miembro extra al equipo –conocido con el nombre de enfermero circulante– cuya tarea fundamental es mantener en estado de asepsia al resto del equipo. Cada vez que se requiere un instrumento imprevisto, el equipo no puede quedarse parado mientras uno de sus miembros se aparta de la mesa, lo coge de una estantería, se lava las manos y vuelve. De manera que se creó la figura del enfermero circulante. Los enfermeros circulantes traen las esponjas y los instrumentos extra, se ocupan de las llamadas de teléfono, se encargan del papeleo y van a buscar ayuda cuando hace falta. Y cada vez que lo hacen, no sólo consiguen que la operación se lleve a cabo con menos interrupciones; además mantienen desinfectado al paciente. Su mera existencia convierte la esterilidad en prioridad en todos los casos.

Evitar que las epidemias se propaguen dentro de nuestros hospitales no es un problema de ignorancia (de carencia de conocimientos respecto de qué hacer) sino de diligencia, ya que esos conoci-

mientos no se aplican correctamente. Pero es difícil hacer que la gente obre con diligencia. El hecho de que la meticulosidad del quirófano no haya ido más allá de sus puertas sigue siendo un misterio desde hace ciento cuarenta años. Porque la gente que más cuidado pone en el entorno quirúrgico muchas veces es la misma que menos cuidado pone en las salas del hospital. Lo sé, porque me he dado cuenta de que yo soy uno de ellos. Intento ser tan escrupuloso en lo tocante a lavarme las manos dentro del quirófano como fuera. Y lo hago bastante bien, si se me permite decirlo. Pero luego la pifio. Me pasa casi todos los días. Entro en la habitación de un paciente pensando en lo que tengo que decirle a él o a su familia (que a lo mejor está presente y preocupada) en relación con la intervención prevista, o en el chiste tan gracioso que me acaba de contar uno de los residentes, y me olvido completamente de echarme un chorro de gel en las palmas de las manos; da igual cuántas señales haya colgadas en las paredes recordándomelo. A veces sí me acuerdo, pero antes de llegar al dosificador, el paciente me tiende la mano y me parece demasiado descortés no estrechársela en ese mismo instante. Otras veces hasta pienso, «Al carajo, voy mal de tiempo, tengo que darme prisa, y ¿qué más dará lo que haga sólo esta vez?»

Hace unos años, Paul O'Neill, ex secretario del Tesoro y presidente del gigante del aluminio Alcoa, aceptó ponerse al frente de una iniciativa regional de sanidad en Pittsburg, Pennsylvania. Una de sus prioridades era resolver el problema de las infecciones hospitalarias. Para demostrar que el problema podía ser resuelto, se las ingenió para que un joven ingeniero industrial, Peter Perreiah, pudiera incorporarse a una unidad quirúrgica de cuarenta camas en un hospital de veteranos de Pittsburg. Me dijo un médico que participaba en el proyecto que cuando Peter se reunió con la plantilla de la unidad, «no preguntó “¿Por qué no te lavas las manos?”, sino: “¿Qué es lo que te impide lavarte las manos?”» La respuesta más común fue: «La falta de tiempo». Así que, como ingeniero, se propuso poner coto a todo aquello que consumía el tiempo de la plantilla. Diseñó un sistema de suministros para asegurarse de que no sólo hubiera siempre guantes y batas junto a las camas, sino también gasas, esparadrapo y otras cosas necesarias, para que no hubiera que andar de un lado para otro ni salir de la habitación a buscarlos. En lugar de obligar a todo el mundo a limpiar sus estetoscopios (notorios transmisores de infecciones)

entre consulta y consulta, dispuso que en cada habitación se colgara un estetoscopio de la pared. Ayudó a introducir montones de cambios simplificadores que redujeron tanto las oportunidades para el contagio de infecciones como la dificultad de mantenerse limpio. En otras palabras, consiguió que cada habitación del hospital funcionase de forma más parecida a un quirófano. También dispuso que a todo paciente ingresado le tomaran un cultivo nasal, independientemente de que presentara indicios de infección o no. Así la plantilla sabría qué pacientes eran portadores de bacterias resistentes y, por lo tanto, podría tomar precauciones más rigurosas con ellos. El resultado fue que la tasa de infección por MRSA (la infección hospitalaria que ha causado más muertes que ninguna otra) se redujo en casi un 90 por cien, al pasar de cuatro o seis infecciones mensuales a aproximadamente el mismo número en un año entero.

Dos años más tarde, sin embargo, a pesar de las palabras de ánimo y las exhortaciones, sus ideas sólo se habían extendido a una unidad más de todo el hospital. Las demás unidades no tenían un Perreiah. Y cuando éste abandonó la unidad original para iniciar otro proyecto en otro lugar, el rendimiento de la primera unidad empezó a disminuir. Frustrado, O'Neill abandonó el proyecto. Nada fundamental había cambiado.

Sin embargo, la fe en que algo podía cambiar no se extinguió. John Lloyd, un cirujano que había ayudado a Perreiah en su proyecto, siguió cavilando en torno a qué hacer, y se topó con un artículo sobre un programa de Save the Children para combatir la desnutrición en Vietnam. A Lloyd le parecía que aquel artículo contenía una lección válida para Pittsburg. El programa para combatir el hambre (dirigido por el nutricionista de la Universidad de Tufts, Jerry Sternin y su esposa, Monique) había renunciado a importar soluciones de fuera para las aldeas con niños desnutridos. Esa estrategia había fracasado una y otra vez. Aunque los conocimientos necesarios para atajar la desnutrición –formas de cultivar alimentos más nutritivos y alimentar a los niños hambrientos de forma más efectiva– existían desde hacía mucho tiempo, la mayor parte de la gente se resistía a introducir cambios en materias tan fundamentales como lo que daba de comer a sus hijos y cuándo, sólo porque lo dijeran unos forasteros. Por tanto, los Sternin concentraron su atención en buscar soluciones suministradas por los lugareños. Pidieron a pequeños grupos de alde-

anos que identificasen a las personas cuyos hijos estaban mejor alimentados, es decir, los que habían dado muestras de lo que los Sternin denominaban «desviación positiva» en relación con la norma. Después los aldeanos visitaron los hogares de esas madres para ver qué era exactamente lo que hacían.

Por sí solo, aquello ya era revolucionario. Los aldeanos descubrieron que, a pesar de su pobreza, había niños bien nutridos entre ellos y que las madres de esos niños rompían con las costumbres establecidas de todas las formas imaginables, alimentando a sus hijos incluso cuando tenían diarrea, por ejemplo, dándoles varias raciones pequeñas al día en lugar de una o dos grandes, o agregando hojas de batata al arroz de sus hijos pese a estar considerada como una comida de pobres. Y esas ideas empezaron a circular y a arraigar. Los responsables del programa midieron los resultados y los pusieron en los tabloncillos de anuncios de las aldeas, a la vista de todo el mundo. En las aldeas visitadas por los Sternin la desnutrición descendió en dos años entre un 65 y un 85 por cien.

A Lloyd le sedujo la idea de la desviación positiva, esto es, la idea de apoyarse en conocimientos que la gente ya posee en lugar de decirle cómo ha de cambiarlos. Hacia el mes de marzo de 2005, Perreiah y él habían persuadido a la dirección del hospital de veteranos de Pittsburgh para que aplicasen el método de la desviación positiva para hacer frente a las infecciones hospitalarias. Lloyd incluso convenció a los Sternin para que participasen. Organizaron una serie de pequeños debates en grupo, de unos treinta minutos de duración, con los trabajadores del hospital a todos los niveles: empleados de catering, conserjes, enfermeros, médicos y también pacientes. El equipo daba comienzo a cada reunión diciendo, en pocas palabras: «Estamos aquí por el problema de las infecciones hospitalarias y porque queremos averiguar lo que *vosotros* sabéis acerca de cómo resolverlo». No había directivas, ni gráficas en las que figurase lo que los expertos creían que debía hacerse. «Si nos metimos en aquello obedeciendo a algún dogma», dice Jerry Sternin, «fue: “No tratarás de arreglar nada”».

Se produjo una auténtica avalancha de ideas. La gente habló de los sitios donde faltaban dosificadores de gel de manos, de cómo evitar que se agotaran las batas y los guantes y de enfermeras que siempre conseguían lavarse las manos e incluso enseñaban a los pacientes a lavarse las suyas. Muchos dijeron que era la primera vez que les

pedían su opinión sobre lo que debía hacerse. Las normas empezaron a cambiar. Cuando llegaron cuarenta dosificadores nuevos de gel de manos, los miembros de la plantilla se ocuparon de ponerlos en los lugares adecuados. Enfermeras que nunca decían esta boca es mía cuando un médico se olvidaba de lavarse las manos empezaron a llamarles la atención tras enterarse de que otras lo habían hecho. Ocho terapeutas que pensaban que ponerse guantes con los pacientes era una tontería fueron persuadidos por dos de sus colegas de que no era para tanto. No se trataba de una novedad radical. «Después del octavo grupo, empezamos a oír lo mismo una y otra vez», dice Sternin. «Pero seguimos adelante pese a que ya íbamos por el grupo número treinta y tres, porque era la primera vez que a esa gente se le escuchaba y se le permitía innovar por su cuenta.»

El equipo se encargó de publicitar las ideas y las pequeñas victorias en boletines informativos y en la página Web del hospital. También llevó a cabo una vigilancia detallada, obteniendo cultivos nasales de todos los pacientes del hospital en cuanto ingresaban y cuando les daban de alta. Registraban los resultados mensuales unidad por unidad. A un año de iniciado el experimento (y después de años sin hacer ningún progreso de consideración) el hospital entero pudo comprobar que la tasa de infección por MRSA se había reducido a cero.

Hace no mucho, la Fundación Robert Wood Johnson y la Jewish Healthcare Foundation lanzaron una iniciativa multimillonaria para aplicar este método en otros diez hospitales de todo el país. Lloyd advierte que aún está por verse que los resultados de Pittsburg sean duraderos. También está por verse que pueda repetirse semejante éxito a escala nacional. Pero nada más ha dado resultado y sigue siendo la idea más fascinante que nadie haya tenido para resolver el problema en todo un siglo.

En determinado momento de mi ronda en compañía de Yokoe y Marino, pasamos por una unidad hospitalaria normal. Y por fin empecé a ver la sala de la forma en que la ven ellas. De las habitaciones de los pacientes entraban y salían fisioterapeutas, cuidadores, enfermeras, nutricionistas, residentes y estudiantes. Algunos eran diligentes en materia de limpieza. Otros no. Yokoe me indicó que en tres de las ocho habitaciones habían puesto carteles de aviso en amarillo fosforito porque dentro estaban alojados pacientes con MRSA o VRE.

Sólo entonces me di cuenta de que estábamos en la planta de uno de mis propios pacientes y que uno de aquellos carteles estaba colgado en la puerta de su habitación.

Tenía sesenta y dos años y llevaba casi tres semanas ingresado. Había llegado en estado de shock desde otro hospital, después de que se torciera una intervención quirúrgica. Le realicé una esplenectomía de urgencia; después, y debido a que la hemorragia no se detuvo, tuvimos que volver al quirófano. Tenía una herida abdominal abierta y no podía comer, por lo que tenía que alimentarse de forma intravenosa. Pero se estaba recuperando. Salió de la unidad de cuidados intensivos tres días después de su ingreso. Las muestras iniciales de cultivos dieron resultados completamente negativos en lo que a organismos resistentes se refiere, pero unas nuevas muestras de cultivos, obtenidas diez días después de su ingreso, dieron positivo tanto para MRSA como para VRE. Unos días después llegó a tener fiebres de treinta y nueve grados. Empezó a bajarle la tensión arterial y a aumentarle el ritmo cardíaco. Tenía una infección. Su catéter venoso central –su tabla de salvación nutricia– se había infectado y tuvimos que sacárselo.

Hasta ese instante, en que me quedé mirando el cartel colocado en su puerta, no se me había pasado por la cabeza que la infección podría habérsela transmitido yo. Pero lo cierto es que no se podía descartar esa posibilidad. Desde luego, fue uno de nosotros.