

# Por quién doblan las campanas

Francisco Soriano

Unidad de Investigación en Microbiología Médica y Quimioterapia Antimicrobiana. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

*“Nadie es una isla, completo de sí mismo; cada hombre es un pedazo de continente, una parte de la tierra; si el mar se lleva una porción de la tierra, toda Europa queda disminuida, como si fuera un promontorio, o la casa de uno de tus amigos, o la tuya propia. La muerte de cualquier hombre me disminuye porque estoy ligado a la humanidad; por consiguiente nunca hagas preguntar por quién doblan las campanas: doblan por ti. John Donne (1572-1631)”*. Recientemente la Junta Directiva de la SEIMC y el Grupo de Estudio de Gestión en Microbiología Clínica (GEGMC) de la misma Sociedad, han enviado escritos en apoyo a microbiólogos de un hospital público en donde, al parecer, están siendo considerados como “facultativos de Laboratorio Clínico” en vez de “facultativos especialistas en Microbiología y Parasitología”.

A nadie se le esconde que, en el fondo de esta cuestión, subyace el interés de determinados gestores por buscar facultativos polivalentes y disminuir los costes sanitarios. Aunque todavía no se han atrevido a crear el área de “facultativos especialistas en Medicina” y “facultativos especialistas en Cirugía”, con sus tareas compartidas, sí han empezado por lo que consideran el área más fácil: el laboratorio. El grave error es que, como he defendido en muchas ocasiones, la especialidad de Microbiología no es de laboratorio sino que *tiene* “un laboratorio”. Dicho laboratorio nos sirve para apoyar nuestro trabajo, muchas veces colaborativo, en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones. La ignorancia de una parte y, a veces, la desidia por otra ha hecho que los gestores caigan en la tentación de considerar como “Laboratorio Clínico” a un recinto en donde se reciben muestras, se “analizan” y se emiten informes. ¡Grave error de los gestores y más grave aún de los microbiólogos que tengan la misma concepción de la especialidad!

Nadie cuestiona la necesidad de contener los costes sanitarios sin renunciar a la calidad. El microbiólogo puede, sin duda, contribuir de manera importante en esa obligación colectiva que todos tenemos. En mi opinión, se debería concienciar a los gestores y autoridades sanitarias de que la vía no es “hacer mucho”, con poco personal, aunque nos ofrezcan dotar a los laboratorios de la tecnología “más avanzada” (laboratorios de última generación)<sup>1</sup>. Algunos clínicos han podido caer en la tentación de creer que un laboratorio de microbiología clínica debe disponer de un sinfín de técnicas moleculares para un diagnóstico rápido y específico. Estas tecnologías son, de momento, muy caras, exigen mucho tiempo por parte de técnicos bien cualifica-

dos y precisan de criterios fiables para su interpretación. Recientemente Baron<sup>2</sup> ha remarcado que el uso rutinario de tales técnicas está aún muy lejos, no sólo por razones presupuestarias sino por escasez de personal con cualificación suficiente que, además, es peor pagado que un profesional de la enfermería. La concentración del trabajo en laboratorios centrales, aunque puede tener algunas ventajas, no resuelve el problema de la conservación y transporte de las muestras y, desde luego, aleja al microbiólogo clínico de su origen perdiendo su trabajo como consultor<sup>3</sup>.

El microbiólogo debería tratar de hacer todo aquello que sea realmente útil clínicamente, con calidad razonable y con la tecnología posible. Hacer mucho, generalmente con escasez de personal, lleva a la ineficacia y a veces al fraude. ¿Es posible que haya laboratorios que tiren las muestras por el fregadero (lo que ha sido denominado “*sink testing*”), sin realizar el estudio solicitado y emitan un informe falso? La pregunta no debería extrañarnos. Ya, a mediados de la década de 1960, hubo denuncias en este sentido en Estados Unidos, denuncias de las que se hicieron eco numerosos medios de comunicación como el *New York Times*, *Time*, *Newsweek* y *CBS*<sup>4</sup>.

Hacer “mucho” y sin especialistas cualificados puede llevar, no sólo a una mala práctica (con el consiguiente perjuicio para los pacientes) sino, a crear sesgos en datos epidemiológicos de gran interés y trascendencia. ¿Qué ocurre si el estudio de enteropatógenos, por razones de tiempo y ahorro económico, no incluye patógenos tan relevantes como *Campylobacter*, si no se dedica tiempo suficiente para realizar una baciloscopia o realizar investigaciones parasitológicas? Y esto sólo por mencionar algunas patologías frecuentes y muy importantes desde el punto de vista clínico y epidemiológico. Cuando sólo prima la economía mal entendida y el microbiólogo no reacciona, o no puede reaccionar, de forma adecuada puede encontrarse con un laboratorio centralizado, alejado totalmente de su medio, con el riesgo de emitir informes a distancia con poca utilidad clínica. Es tremendamente chocante cómo se toman decisiones de esta índole, encerrando la microbiología clínica en el “laboratorio clínico”, a pesar de existir literatura especializada que demuestra la ineficiencia de tal proceder<sup>5,6</sup>. Por fortuna, algunos países han sabido rectificar a tiempo, entre otras razones, porque la patología “es un servicio clínico”<sup>7</sup>, muy diferente de la lavandería, limpieza o servicio de comedor.

Si no es posible hacer “mucho” y “bien” hagamos “menos” y “bien o mejor”. Un microbiólogo bien formado (por cierto ¿se actualizan las acreditaciones docentes?) y con sentido común, puede dar un servicio de valor calculable. El consejo del microbiólogo es esencial para un mejor trato del paciente y, siempre que sea posible y necesario, puede llevar el problema al laboratorio para obtener el apoyo necesario para sustentar su consejo. En ocasiones el microbiólogo puede no disponer de determinadas tecnologías,

Correspondencia: Dr. F. Soriano.  
Unidad de Investigación en Microbiología Médica y Quimioterapia Antimicrobiana. Fundación Jiménez Díaz.  
Avda. Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid. España.  
Correo electrónico: [fsoriano@fjd.es](mailto:fsoriano@fjd.es)

pero siempre podrá utilizar sus conocimientos y sentido común para asesorar al clínico que necesite de su ayuda. Además, si está justificado, podrá enviar muestras a un laboratorio de referencia.

Para disponer de tiempo y tecnología para lo “realmente más importante”, el microbiólogo debería convencer a sus colegas de la inutilidad de muchas solicitudes, con lo cual conseguirá un gran ahorro económico, “no confundir” al clínico y disponer de recursos para lo realmente importante<sup>8</sup>. Como muy bien señaló Perea<sup>3</sup>, la innovación tecnológica y la limitación de recursos son un tema crítico y dicha limitación significa elegir entre diversas alternativas y hacer un uso eficiente y adecuado de la elegida. En este sentido hay una experiencia muy interesante, desarrollada en algunos pequeños hospitales (generalmente privados), que consideran al microbiólogo clínico como un especialista necesario o, incluso, imprescindible. Es posible que no dispongan de mucho personal y recursos, pero estoy convencido de que ese especialista contribuye de forma relevante al diagnóstico y al tratamiento de los pacientes con patología infecciosa, dicta y lleva a cabo políticas de control de infección y uso de antimicrobianos, al mismo tiempo que dirige un laboratorio suficientemente dotado y económicamente rentable. Estos especialistas asesoran mucho y bien en aquello clínicamente relevante. Todos conocemos especialistas en Microbiología y Parasitología que desarrollan esta tarea de manera admirable.

Hace unos años, una prestigiosa revista publicó un artículo, con el mismo título que he utilizado en esta carta, llamando la atención sobre los peligros que en Estados Unidos, se cernían sobre la especialidad de Enfermedades Infecciosas<sup>9</sup>. Y es que, parangonando a John Donne, ninguna especialidad médica es una isla, la muerte de cualquiera de ellas nos disminuye a todos, porque estamos ligados: “por consiguiente nunca hagas preguntar por quién doblan las campanas: doblan por ti<sup>10</sup>”. Ahora pueden estar doblando las campanas por la especialidad de Microbiología y es que, si por desidia, indiferencia, afán de protagonismo o pretensión de absorber competencias, no hay

una respuesta colectiva se podrá producir un deterioro de muchas más especialidades y, muy especialmente, de la de Enfermedades Infecciosas. Sería deseable que todas las especialidades médicas se marcaran el objetivo de defender la calidad de las mismas con el apoyo de las Comisiones Nacionales de Especialidades, Colegios profesionales (Médicos y otros), Sociedades Científicas Nacionales y Sociedades regionales. Todo ello dirigido a crear un auténtico dique de contención que salvaguardara la buena práctica a la que estamos obligados a prestar al paciente.

A pesar de todo lo mencionado anteriormente soy algo optimista en cuanto al futuro de la microbiología clínica siempre que tengamos, como tenemos, buenos especialistas. Aún en las peores de las situaciones que podamos imaginar, si en el laboratorio hay microbiólogos clínicos bien formados, no debemos temer por la calidad y relevancia de nuestro trabajo. Tengo ejemplos muy significativos, cerca y lejos.

## Bibliografía

1. Soriano F, Ponte C. Pudiendo tener un “Maspachus-V” ¿por qué conformarse con menos?, o el emperador está desnudo. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1992; 10:441-4.
2. Baron EJ. Implications of new technology for infectious diseases practice. *Clin Infect Dis*. 2006;43:1318-23.
3. Perea EJ. La microbiología clínica en el siglo XXI. Un nuevo escenario. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2003;21:2-6.
4. Roethel DAH. Some historical perspectives on AACC. *Clin Chem*. 1997;43:1232-5.
5. Motyl MR. Human resources and laboratory re-engineering: can we survive it? *Clin Microb Newsletter*. 1998;20:185-6.
6. Baron EJ. Microbiology on the merge: the business of clinical practice. *ASM News*. 2001;87:191-5.
7. Huckerby D, Connolly C. Pathology needs to embrace PFI. *Medical Laboratory World*, 15 August 2000.
8. Greenwood D. *In vitro veritas?* Antimicrobial susceptibility test and their clinical relevance. *J Infect Dis*. 1981;144:380-5.
9. Ervin FR. The bell tolls for the infectious diseases clinician. *J Infect Dis*. 1986;153:183-8.
10. Donne J. *Devotions upon emergent occasions*. McGill-Queen's Univ Press. A Raspa (ed). Montreal, 1975.