

El nuevo reto. Infecciones relacionadas con la atención médica: tasa 0%

Hilda G. Hernández Orozco

Médica adscrita al servicio de Infectología,
Instituto Nacional de Pediatría, México.

Es probable que no se imaginara que llegaría el día que se buscara la tasa de 0% en las infecciones relacionadas a la atención médica. En el mundo se han establecido a través de los años, diversos programas de prevención y control de infecciones nosocomiales, lo que funciona de forma positiva en la mayor parte de los países que reporta una disminución de la incidencia de estos padecimientos. El uso de diferentes tipos de tratamientos y cirugías ambulatorias y la atención en consulta externa, donde también ocurren infecciones por los procedimientos realizados, requirió ampliar la definición de infección nosocomial o intrahospitalaria. Por esta razón, en la actualidad se les conoce como infecciones relacionadas con la atención médica, e incluyen las infecciones anteriormente llamadas intrahospitalarias, pero se agregaron las infecciones relacionadas con cualquier medida o procedimiento durante la atención médica en pacientes no hospitalizados, como el caso consulta externa.^{1,2}

Este tema adquirió relevancia desde la publicación llamada “Error es humano; construyendo un sistema de salud seguro” donde se destaca que 58% de los eventos adversos que le ocurrieron a los pacientes fueron causados por errores prevenibles en la atención médica y la muerte de 44 mil a 98 mil pacientes hospitalizados también eran resultado de estos errores.³

Las infecciones intrahospitalarias son un problema antiguo y no resuelto. En el decenio de los años noventa se estimó que 30% de las infecciones relacionadas con la atención médica eran prevenibles, pero esa estimación es muy conservadora y las metas de reducción de infecciones

ahora son más ambiciosas.¹ Para esto, se visualiza como escenario ideal que la norma sea cero por ciento de infecciones relacionadas con la atención médica. Para alcanzar esto es necesario que todos adoptemos la idea de que este cambio significativo puede ocurrir y aceptar que las infecciones relacionadas con la atención médica pueden ser prevenidas.⁴

La realidad actual considera algunos retos en la prevención de infecciones: los programas de control de infecciones no deben aislarse sino integrarse al sistema hospitalario, es conveniente que el control de infecciones no sea visto como un “mal necesario” que no produce beneficios. Se requiere vencer las dificultades para obtener recursos suficientes para iniciar un programa efectivo e incluir el compromiso de las autoridades y del personal del hospital, de tal forma que los funcionarios administrativos perciban que un programa de control de infecciones no sólo salva vidas, también reduce los costos y permite ahorrar dinero. Uno de los orígenes del problema para iniciar un programa de prevención de infecciones relacionadas a la atención médica es en los sistemas educativos tradicionales de los profesionales de la salud, de enfermeras y médicos, porque no se le da su lugar a la prevención y se considera a la terapéutica como su meta.

Muchos programas de control de infecciones se quedaron en el paso de recolección de la información y no se perciben como intervenciones generadoras de cambios, puesto que carecen de la autoridad necesaria e indispensable para realizar acciones. La falta de apoyo y autoridad tiene como consecuencia que no haya respuesta a los planes de

trabajo, por lo que no hay resultados a los programas de control; esto se debe a que el personal de salud no integra a sus funciones la prevención de infecciones.

El objetivo de alcanzar cero infecciones hospitalarias no debe acompañarse del temor a represalias si no se logra, porque no todas las infecciones se pueden prevenir. Se debe cambiar la idea de que las infecciones relacionadas a la atención médica es una búsqueda de culpables, también hay que eliminar las barreras culturales y el miedo a las acciones punitivas, ya que no permiten la apertura a la retroalimentación del personal de salud. Un comité de infecciones debe ser visto como un colaborador que tiene funciones de entrenador o consultor. Esto obliga a cambiar el enfoque sobre el incumplimiento de las medidas de prevención y ampliar la sistematización del programa con un cambio en las prácticas no seguras, mediante procesos bien establecidos.

Un sistema funcional incluye recursos, estructura y un ambiente adecuado, que permita realizar el proceso y ejecutar las acciones de atención médica de acuerdo a lo normado y como punto final, la evaluación de la calidad de la atención médica proporcionada. Esto es, realizar nuestras actividades como se debe. Sin embargo, se carece de una visión compartida del proceso de prevención de infecciones. La pregunta clave es ¿la prevención de infecciones puede incorporarse en la atención médica como algo propio o seguirá siendo visto como una interrupción de los cuidados al paciente y las tareas rutinarias de atención?⁴

En los países en vías de desarrollo es más difícil alcanzar el nuevo reto de 0% infecciones, ya que los programas de control de infecciones aún no logran una vigilancia sistemática, pero no es imposible. Se estima que más de 1.4 millones de pacientes en el mundo resultan afectados por infecciones relacionadas con la atención médica. En países industrializados, de 5 a 10% de los pacientes hospitalizados adquieren una infección relacionada a la atención médica; este riesgo es de 2 a 20 veces mayor en países en vías de desarrollo, donde las tasas son de 6 a 27%.^{5,6} En unidades de cuidados intensivos neonatales las tasas son de 40 a 60 por 1,000 días-paciente⁷⁻¹⁰ y diversos estudios internacionales reportan una mortalidad asociada a infecciones relacionadas a la atención médica de 18 a 22% para infección del torrente circulatorio asociada a catéter y neumonía asociada a ventilador. La tasa de

estas infecciones en unidades de cuidados intensivos para adultos es de 12 a 28%.^{7,11,12} Los reportes de infecciones asociadas a métodos invasivos en estos países son mayores a los que documenta el Sistema de Vigilancia Nacional de Infecciones Nosocomiales de Estados Unidos.^{7,11-13}

Las infecciones relacionadas a la atención médica implican una estancia hospitalaria y una incapacidad prolongada, aumento en la resistencia a los antimicrobianos, costos elevados para el paciente o la familia y en algunos casos, la muerte. En esto radica la trascendencia de su prevención. Como se observa, el riesgo de adquirir una infección relacionada a la atención médica es una realidad universal.⁶

El aumento cotidiano de infecciones se relaciona con el uso cada vez más frecuente de métodos invasivos, la severidad de los padecimientos y su tratamiento y los nuevos paradigmas, como la resistencia a los antimicrobianos.¹⁴⁻¹⁷

El nuevo reto para lograr la tasa de 0% de infecciones puede alcanzarse en los países donde los programas de control de infecciones han madurado y lograron una vigilancia sistemática para alcanzar el objetivo en la reducción de infecciones. En países donde se continúa la exploración de un adecuado sistema de vigilancia activa que permita la disminución de la subnotificación, la tasa de 0% es un reto mayor a alcanzar, ya que primero se debe establecer un programa adecuado de prevención y control de infecciones.

Roma no se construyó en un día, así que no es tarde, aún hay tiempo para recapitular y dar los pasos que permitan incrementar los programas de control de infecciones para unirse al reto mundial de tasa de infección de 0%.

REFERENCIAS

1. Kings Fund. Healthcare associated infections. Briefing 2008. p 1-26.
2. Gallagher B, Cen L, and Hannan EL., Readmissions for Selected Infections Due to Medical Care: Expanding the Definition of a Patient Safety Indicator, 2005, *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. AHRQ. p 39-50.
3. Kohn L, ed, Corrigan J, ed, Donaldson M, ed. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press;1999. p 26-48.
4. Murphy D, Carrico R, Wayre K. Building the infection prevention system of tomorrow: Proceedings of the system of tomorrow: Proceedings of the 2007 APIC futures summit. *Am J Infect Control* 2008;36:232-240.

5. Morris K. Global control of health-care associated infections. *Lancet* 2008;372:1941-1942.
6. Pittet D, Allegranzi B, Storr J, et al. Infection control as a major world health organization priority for developing countries. *J Hosp Infect* 2008;68:285-292.
7. Aygun C, Sobreyra Oropeza M, Rosenthal VD, et al: Extra mortality of nosocomial infections in neonatal ICUs at eight hospitals of Argentina, Colombia, Mexico, Peru and Turkey. Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). *Am J Infect Control* 2006;34:E135.
8. Zaidi AKM, Huskins WC, Thaver D, Bhutta ZA, Abbas Z. Hospital-acquired neonatal infections in developing countries. *Lancet* 2005;365:1175-1188.
9. El-Nawawy AA, Abd El-Fattah MM, Metwally HA, Barakat SS, Hassan IA. One year study of bacterial and fungal nosocomial infections among patients in PICU in Alexandria. *J Trop Pediatr* 2005;52:185-191.
10. Abramczyk ML, Carvalho WB, Carvalho ES, Medeiros EA. Nosocomial infection in a pediatric intensive care unit in a developing country. *Braz J Infect Dis* 2003;7:375-380.
11. Rosenthal VD, Udwardia FE, Muñoz HJ, et al. Time-dependent analysis of extra length of stay and mortality due to ventilator associated pneumonia in intensive-care units of ten limited resources countries: findings of the international nosocomial infection control consortium (INICC). *Epidemiol Infect* 2011;1-7.
12. Rosenthal VD, Maki DG, Salomao R, et al. Device-associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. *Ann Intern Med* 2006;145:582-591.
13. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. *Am J Infect Control* 2004;32:470-485.
14. Pittet D, Harbarth S, Ruef Ch, et al. Prevalence and Risk Factors for Nosocomial Infections in Four University Hospitals in Switzerland. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;20(1):37-42.
15. Mekontso-Dessap A, Kirsch M, Vermes E. Nosocomial Infections Occurring during Receipt of Circulatory Support with the Paracorporeal Ventricular Assist System. *Clin Infect Dis*. 2002;35(11):1308-1315.
16. Girou E, Schortgen F, Delclaux Ch. Association of noninvasive ventilation with nosocomial infections and survival in critically ill patients. *JAMA* 2000;284:2361-2367.
17. Safdar N, Maki DG. The commonality of risk factors for nosocomial colonization and infection *Annals Int Med* 2002;136(11):834-844.