

Editorial

Medwave. Año XI, No. 11, Noviembre 2011. Open Access, Creative Commons.

Infecciones Asociadas a la Atención de Salud: de Semmelweis a nuestros días, una historia de logros y desafíos

Autor: Luis Delpiano Méndez⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Unidad de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, Hospital Clínico San Borja Arriarán; Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile

Correspondencia: ludelpia@vtr.net

doi: 10.5867/medwave.2011.11.5256

Ficha del Artículo

Citación: Delpiano L. Infecciones Asociadas a la Atención de Salud: de Semmelweis a nuestros días, una historia de logros y desafíos. *Medwave* 2011 Nov;11(11) doi: 10.5867/medwave.2011.11.5256

Fecha de envío: 24/10/2011

Fecha de aceptación: 24/10/2011

Fecha de publicación: 1/11/2011

Origen: solicitado

Tipo de revisión: revisión editorial interna

Editorial

Es innegable que los equipos de salud trabajan teniendo como objetivo principal lograr el mejor resultado en el proceso de atención de pacientes, sin embargo en este quehacer aparecen los llamados eventos adversos, resultando particularmente importantes aquellos de carácter infeccioso, por las consecuencias que conllevan. Éstas, que por largo tiempo han sido conocidas como infecciones nosocomiales o infecciones intrahospitalarias (IIH), ya desde hace un tiempo fueron renombradas como infecciones asociadas al cuidado de la salud o Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), y definidas como todo proceso infeccioso general o localizado, producido como consecuencia de la permanencia o concurrencia a un centro de salud, que se manifiesta durante la misma o después del egreso, y que no estaba incubándose al momento del ingreso o consulta.

Así tenemos entonces que además de constituir un evento adverso para el paciente, las IAAS constituyen un buen indicador de calidad de atención, ya que se asocian al "cómo" llevamos a la práctica la atención de salud con toda la variabilidad que este campo presenta. Están relacionadas particularmente a pacientes de riesgo que están sometidos a procedimientos invasivos (ventilación mecánica, dispositivos vasculares, urinarios, cirugías, etc.), situaciones cuya ejecución requiere de destrezas específicas y conocimientos particulares.

Entre otros datos podemos reconocer que estas infecciones pueden alcanzar cerca de un 10% de los egresos hospitalarios, y que implican un mayor costo directo ya que encarecen la atención en salud por aumento en días de estadía hospitalaria, mayor uso de

laboratorio clínico e imagenológico, necesidad de nuevos procedimientos quirúrgicos, mayor consumo de antimicrobianos y mayor uso de insumos clínicos, así por ejemplo en USA en el año 2007, el costo de IAAS fue estimado en U\$S 20 millones/año. Por otro lado, y relacionadas con el concepto de gravedad, éstas influyen directa o indirectamente en la letalidad de pacientes y se conoce que entre un 10% y un 30% de esta letalidad ocurre en localizaciones infecciosas específicas.

Imposible no mencionar a quien se considera como el padre de la epidemiología hospitalaria, el Dr. Ignaz Semmelweis, obstetra húngaro que en 1847, inquieto por la alta mortalidad materna (fiebre puerperal) en una de las salas de un hospital en Viena donde trabajaba, efectuó observaciones y análisis que lo llevaron a intervenir incorporando el lavado de manos con agua clorada, demostrando el posterior impacto con descenso en las cifras de mortalidad de las puérperas de ese centro hospitalario. En suma: observó, analizó y configuró hipótesis diagnóstica para luego intervenir y finalmente medir el impacto, todos elementos claves y vigentes del actuar en prevención de las infecciones hospitalarias.

Luego de largos años de historia y trabajo en este campo, reconocemos que las infecciones hospitalarias son un problema frecuente y multifactorial; que son un evento relacionado con la práctica médica, y transversal al equipo de salud; que presentan impacto en la salud a través de un aumento de morbilidad, potencialmente en mortalidad y siempre en elevar los costos de atención (tan cuidados hoy en día); son un muy buen indicador de calidad de atención de las instituciones de salud; están presentes en cualquier ámbito de la atención de pacientes

hospitalizados o ambulatorios, y no hay áreas o sectores protegidos que estén exentos de este evento adverso y además por la magnitud de carga en salud, son un problema de salud pública a nivel país. Dadas estas características y el conocimiento adquirido con mucho esfuerzo, es que podemos enunciar que la estructuración y ejecución de programas de control de infecciones han demostrado ser efectivos en reducirlas, lo que las transforma en un área necesaria del conocimiento y práctica del equipo de salud en forma permanente.

Dado lo anterior, las iniciativas que responden a la preocupación en IAAS, apuntan a poner en marcha los llamados "programas de control de infecciones" como estructuras dinámicas, especializadas, dependientes directamente del nivel central de cada institución de salud, y siempre "empoderadas" por los cuerpos directivos de estas instituciones, ya sean del ámbito público o privado. Estos programas implican poner en funcionamiento permanente la vigilancia epidemiológica que -entre otras funciones- es la herramienta que identifica a los pacientes que requieren programas de prevención para lograr su disminución y también controlar aquellas infecciones con potencial riesgo de producir epidemias.

Chile en el sector público, posee un historial de más de 25 años (desde 1982) de trabajo y de preocupación en este ámbito, liderado por el Ministerio de Salud a través de un programa nacional, con grandes logros en la conformación de equipos, generación de normativas de prevención y reducción de estas infecciones (tasas específicas) en distintas localizaciones, estrategias que además posteriormente se incluyeron en la gestión del sector privado de salud dada la estrecha ligazón con los estándares relacionados a la calidad de atención clínica. Actualmente, el ámbito de estas infecciones forma parte de las actividades del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud del país.

Si bien en Chile tenemos "trayectoria" en este campo, no podemos desconocer la influencia que han tenido esfuerzos internacionales como el proyecto SENIC de 1979 que concluyó que el 30% de las IAAS pueden ser prevenidas, el lanzamiento de las primeras Guías de prevención por el CDC en 1980 y posteriormente la introducción del fenómeno de acreditación en este ámbito efectuado por la *Joint Commission* en 1990. En 1998, el Instituto de Medicina (USA) publica el reporte con el concepto de "Errar es humano" e inicia el movimiento por la seguridad del paciente, que apunta al cambio global por la seguridad del paciente instándonos al trabajo en una cultura de seguridad y promoviendo la higiene de manos como el gran pilar de esta cultura tomado y ampliamente difundido por la OMS.

Desde entonces y basado en logros publicados en muchos reportes científicos, congresos y actividades desarrolladas por sociedades científicas o grupos afines, nace el postulado o más bien la ambición del trabajo teniendo como objetivo la eliminación de las IAAS: si otras

enfermedades infecciosas pueden ser erradicadas o eliminadas, ¿por qué no las IAAS? Este ambicioso objetivo se basó en el trabajo sólido y permanente de distintos profesionales, la existencia de una vigilancia epidemiológica veraz que apunta a una acción constante en pos del control de IAAS, la solidez del conocimiento amparado en la evidencia científica, la transversalidad del problema y la existencia de políticas que se entrelazan con los financiamientos en salud.

Los primeros reportes ya en pleno siglo XXI que mostraron que sí era posible, fueron aquellos en que se implementó el concepto *bundle*, en donde se selecciona un grupo de prácticas clínicas basadas en la mejor evidencia disponible que cuando se realizan en conjunto y en forma confiable producen un resultado sinérgico potente. De otra forma, los bundles son una manera estructurada de mejorar los procesos de cuidado de los pacientes, particularmente en unidades de cuidado intensivo y con un trabajo que involucra a todos los integrantes de esa unidad clínica. De alto impacto han sido publicaciones en que se han disminuido infecciones como neumonía asociada a ventilación mecánica y bacteriemias asociadas al uso de dispositivos vasculares centrales, presentando tasa cero por largos períodos.

Para algunos, además, se acuña el concepto de tolerancia cero, que hoy en día visualizamos como un concepto controvertido, algo pasional, que conlleva implicancias punitivas, nos acerca a la intolerancia y hasta resulta irrealista ya que siempre puede existir algún quiebre en un proceso particularmente en nuestro campo donde día a día se introducen nuevas tecnologías. A esto se agrega la mirada que puede entregar el paciente respecto de las expectativas generadas y los entes financieros como aseguradoras promoviendo un claro conflicto ya presente en otros países.

Así entonces llegamos a que el ideal de trabajo hoy en día es siempre promoviendo un cambio de conducta y cultura de los distintos equipos e instituciones aprovechando el benchmarking existente, iniciando programas educacionales desde la formación más temprana en carreras de la salud (elementos absolutamente carentes en nuestra realidad nacional), favoreciendo el trabajo en equipo multidisciplinario con adherencia al monitoreo de las prácticas con una retroalimentación oportuna y contando con un buen soporte administrativo y tecnológico.

¿Qué debemos hacer? Sólo mejorar mucho de lo que efectuamos en la actualidad, tal como fomentar siempre la implementación de prácticas basadas en evidencia para no perder liderazgo; evaluar la incorporación de incentivos ligados a resultados (ingresando al ingrato mundo de la gestión) ya que un buen resultado en este campo claramente implica un ahorro que debiera ser reinvertido en la misma área; acortar la brecha del conocimiento con difusión, capacitación e incentivando nueva investigación; y finalmente perseverar en la entrega de datos para la acción, con retroalimentación oportuna que permita un trabajo en equipo satisfactorio.

Con educación a todo trabajador de la salud, a todo integrante del nivel directivo o gerencial, al paciente y a la comunidad, debemos mantener la tarea o pelea contra las IAAS siempre desarrollando estrategias de trabajo en

equipo y compañerismo, manteniendo al paciente al centro de los esfuerzos de prevención. Afortunadamente, trabajar en IAAS es un desafío permanente que se mantiene en el día a día.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.