

Importante Información para personas hospitalizadas o dadas de alta con fiebre después de intervención

En el caso de que un enfermo tenga fiebre y los médicos aleguen que desconocen por qué hay que exigirles un cultivo de sangre para descartar una infección hospitalaria, en el caso de negarse a realizarlo, dejar una reclamación por escrito en atención al paciente.

Si a un paciente se le da el alta con fiebre (aunque sean décimas) negarse a ella hasta no comprobar con un cultivo de sangre descartando la posible infección.

Es importante seguir estos consejos por el bien del paciente y de nuestra tranquilidad.

Información y Consejos para prevenir una Infección Hospitalaria

Es prevenible y controlable a través de medidas específicas, pero no erradicable, dado que la infección puede ocurrir por factores endógenos -del propio individuo- o exógenos -provenientes de otros seres o del ambiente-.

Se ven incrementados por factores de riesgo como:

- ✚ El uso de técnicas cruentas de diagnóstico y tratamiento
- ✚ La disminución en el cumplimiento de las técnicas asépticas, inducido en parte por la falsa imagen de seguridad del uso de los antimicrobianos
- ✚ La utilización indiscriminada de los antimicrobianos
- ✚ El aumento de la resistencia microbiana
- ✚ La alta tecnología y los complejos sistemas de atención que permiten salvar vidas que antes indefectiblemente fallecían, pero que tienen el riesgo de poder favorecer infecciones agregadas (enfermos con asistencia respiratoria mecánica, enfermos dializados, etc.)

DEFINICIONES DE CASO DE INFECCIÓN HOSPITALARIA:

Toda infección adquirida durante la internación y que no estuviese presente o incubándose al momento de la admisión del paciente, o bien en un recién nacido, cuando ésta fuese adquirida durante su pasaje a través del canal del parto. En el caso de las heridas quirúrgicas la infección puede manifestarse luego del alta del paciente, hasta 30 días o un año dependiendo de la colocación o no de prótesis.

Casos sospechosos de infección bacteriana hospitalaria:

Toda muestra que presente un microorganismo no habitual en un área del hospital. Todas aquellas muestras que presenten una frecuencia inusual para un sector del hospital.

Toda muestra que posea microorganismos de difícil tipificación, en paciente que se presuma una infección hospitalaria.

Todo microorganismo que presente un antibiograma poco frecuente para pacientes internados en un área determinada del hospital y/o que se corresponda con los hallados en cepas identificadas como hospitalarias.

La aparición inesperada de cultivos bacteriológicos negativos en pacientes

infectológicamente comprometidos, que están recibiendo antimicrobianos, dado que por su cuadro clínico se sospecha una infección.

Casos sospechosos de infecciones hospitalarias no bacterianas:

La sospecha de infecciones virales en pacientes hospitalizados que respondan a la definición de infección hospitalaria.

La aparición de escabiosis u otras parasitosis en pacientes hospitalizados.

La determinación serológica de patologías que respondan a la definición de infecciones hospitalarias.

SITUACIONES RECONOCIDAS:

Las Infecciones Hospitalarias constituyen un importante problema de la Salud Pública. Las mismas causan en la mayoría de los Países una morbilidad que oscila entre el 5 y 15% o más de los pacientes hospitalizados, con un peso de cerca del 1% en la mortalidad hospitalaria como causa directa y un 4 a 5% como contribuyente y una prolongación de la internación de 5 a 10 días.

Los pacientes sometidos a procedimientos invasivos como los internados en cuidados intensivos, presentan 5 a 10 veces mayor riesgo de sufrir Infecciones Hospitalarias con relación a los que se encuentran en salas generales y constituyen el grupo de mayor riesgo.

Se consideran como factores determinantes de las infecciones hospitalarias:

- ✚ La hospitalización en unidades de cuidados intensivos y dentro de estas las acontecidas en pacientes sometidos a prácticas tales como: Asistencia Respiratoria Mecánica, Aplicación de Catéteres Vasculares Centrales y de Sondas Vesicales.
- ✚ La realización de intervenciones quirúrgicas y dentro de estas según se traten de Cirugías Limpias, Limpias Contaminadas, Contaminadas o Sucias.

Entre un tercio y más de la mitad de las Infecciones Hospitalarias son evitables, y en la mayoría de los casos la fuente de infección es endógena. Las Infecciones Hospitalarias representan un costo económico extra que puede variar entre 100 y más de 2.500 dólares por paciente, dependiendo de las características de la infección.

Adicionalmente existe un costo social para el paciente y su grupo familiar difícil de ponderar en términos económicos, por mayor tiempo de ausentismo laboral, desintegración del grupo familiar y secuelas transitorias o permanentes de la infección adquirida.

También significa una disminución de posibilidades de uso de camas ocupadas por una patología prevenible, fundamentalmente en los hospitales públicos, los que padecen un incremento en la demanda de consultas habitualmente sobrecargadas. Existen muchos estudios de estimación de costos realizados en nuestro país y en el extranjero que consideran de los mismos los costos directos relacionados con la prolongación de la estancia hospitalaria y el consumo de medicamentos y / o prácticas específicas, por ejemplo:

En el estudio realizado en el HIEMI de Mar del Plata, Argentina en pacientes pediátricos se establece que el 3,7 % de los 2.632 pacientes estudiados adquirió IH con una prolongación de la estadía promedio de 10 días y un costo diario de 101,40 dólares por paciente, según el nomenclador SAMO de la Provincia de Buenos Aires que en general subestima los costos, no obstante significa un costo promedio 1.014

dólares por paciente lo que multiplicado por los 98 pacientes en un año significó 99.372 dólares.

En el estudio realizado por Peña y col., en el Hospital Bellvitge de la Universidad de Barcelona, España, determina que la prolongación de la internación en pacientes quirúrgicos fue de 21 días en los que tuvieron infección postoperatoria y de 10 días en los que no la tuvieron, en las infecciones respiratorias se encontró una internación extra de 10 días y en las urinarias de 5 días. Con un costo estimado entre 310.310 ptas. y 220.546 ptas.

Jarvis WR considera que ocurren aproximadamente 2 millones de infecciones nosocomiales por año en Estados Unidos con una sustancial morbi- mortalidad y costo. Con un exceso de la duración de la internación que va de 1 a 4 días para las infecciones urinarias, de 7 a 8,2 día para las infecciones quirúrgicas, de 7 a 21 días para las bacteriemias y de 6,8 a 30 días para las neumonías. Refiere un Costo estimado de \$ 558 a \$ 593 para las infecciones urinarias, \$2.734 para las infecciones quirúrgicas, \$ 3.061 a \$ 40.000 para las bacteriemias y \$ 4.947 para las neumonías. Finalmente refiere que con un programa de control mínimamente efectivo se puede lograr una reducción de los costos entre \$ 583 y \$ 4.886 por cada infección nosocomial.

Stephen Weber y Joseph Li en su publicación en la revista el Hospital, refieren que en un estudio de infecciones quirúrgicas se produjeron 6,5 días adicionales de internación y costo promedio atribuible a esa causa de U\$S 3.089.

Lossa y Colaboradores, en un análisis de Estimación de las Infecciones Nosocomiales y Costos en un Hospital de 100 camas consideran que: Con un porcentaje ocupacional de 80%, se obtiene un egreso de aproximadamente 5000 pacientes años. Si el 10 % adquiere una infección hospitalaria esto significaría 500 pacientes con IH por año. Si estimamos un costo promedio de 2.000 U\$S por episodio se produciría un gasto de 1.000.000 U\$S anuales por esta causa.

Según las experiencias del Proyecto SENIC, con un Programa de Control se puede reducir esta cifra en un 32% lo que equivale a 320.000 U\$S de ahorro. Esto financia los gastos del Programa de Control de Infecciones del Hospital y e incluso permitiría un ahorro importante en costos, además de contribuir a la disminución de la resistencia bacteriana y mejorar la calidad de la atención médica.

Si se considera que para este tipo de hospitales una cifra aceptable de I.H. sería del 3% se producirían 150 casos en lugar de 500 e implicaría un costo final de U\$S 300.000, como consecuencia de I.H. consideradas endémicas e inevitables, lo que es significativamente menor al antes calculado de 1.000.000 U\$S.

Estos son ejemplos contundentes que justifican el accionar de un Programa de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias, dado que se pueden financiar todos los gastos que genere con solo la reducción de un 20 % de las infecciones en el hospital.

Por lo antes dicho se deben introducir medidas de prevención y control, basadas en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, que impliquen una disminución de las Infecciones Hospitalarias que conlleva a una disminución en el riesgo para la vida de los pacientes, una minimización de costos y por ende, mejoramiento de la calidad de atención médica a la vez que puede evitar juicios.

Para ello es menester que en los hospitales se implemente:

- ✚ Un Programa de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias que funcione.
- ✚ Proveer recursos humanos, físicos y financieros que permitan el correcto accionar del Programa.
- ✚ Establecer un sistema permanente de supervisión, evaluación y reajustes de las acciones emprendidas para optimizar el recurso.
- ✚ Organizar un sistema de auditoria y acreditación.

Todo Programa de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias debe tener en cuenta para su funcionamiento:

- ✚ LA VALORACION DE LAS RECOMENDACIONES EN EL CONTROL DE INFECCIONES EFICACIA PROBADA
- ✚ LAVADO DE MANOS
- ✚ ESTERILIZACION
- ✚ USO ADECUADO DE ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES
- ✚ CUIDADOS EN CATETERISMOS (INTRAVENOSOS, URINARIOS, ETC)
- ✚ PREPARACION PREQUIRURGICA DEL ENFERMO
- ✚ NORMAS PARA EL MANEJO DE HERIDAS
- ✚ QUIMIOPROFILAXIS PERIOPERATORIA EN CIRUGIAS LIMPIAS CON IMPLANTES LIMPIAS CONTAMINADAS CONTAMINADAS
- ✚ VIGILIANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS
- ✚ EFICACIA INFERIDA O SUGERIDA POR LA EXPERIENCIA
- ✚ HIGIENE HOSPITALARIA
- ✚ TECNICAS DE AISLAMIENTO
- ✚ EDUCACION SANITARIA
- ✚ EFICACIA DUDOSA O NO PROBADA
- ✚ DESINFECCION DE SUELOS, PAREDES, SIFONES
- ✚ FUMIGACION AMBIENTAL
- ✚ UTILIZACION DE:
 - LUZ ULTRAVIOLETA
 - CAMARA DE FLUJO LAMINAR EN QUIROFANO
 - FILTROS EN SISTEMAS DE PERFUSION INTRAVENOSA
 - ALFOMBRAS IMPREGNADAS EN DESINFECTANTES
 - PLASTICOS ADHESIVOS EN CIRUGIA LIMPIA
 - CAMISOLIN Y BARBIJO POR EL PERSONAL SANITARIO Y LOS FAMILIARES DE ENFERMOS EN UNIDADES ESPECIALES (UCI, NEO, ETC.)
- ✚ MUESTREO BACTERIOLOGICO AMBIENTAL
- ✚ QUIMIOPROFILAXIS PERIOPERATORIA EN CIRUGIA LIMPIA SIN IMPLANTES

CONCLUSIÓN:

No obstante el conocimiento de los factores anteriormente citados en la mayoría de los Establecimientos Asistenciales de recuperación de la Salud de nuestro medio (tanto oficiales como privados), si bien existen algunas motivaciones respecto de la Prevención y Control de Infecciones, en general se tropieza con dificultades que entorpecen los Programas de Prevención de Infecciones Institucionales e incluso, los Sistemas Estandarizados de evaluación y/o acreditación a saber:

1. Limitaciones físicas

Desde el punto de vista físico, existen limitaciones edilicias en las distintas áreas que surgen de fallas de conocimiento en relación a diseños arquitectónicos y prevención de infecciones en el momento de su construcción. Es así como muchas áreas quirúrgicas no responden a los requisitos de circulación de pacientes con camilla para la transferencia, ni de ingreso específico del personal a través de vestuarios, existiendo en algunos casos fallas en las normas de uso de ropa y circulación.

En lo que respecta a aireación, muchas tienen acondicionadores de aire con filtros que no garantizan la pureza microbiológica del mismo. La mayoría de las veces con problemas de ubicación, recogen aire de las calles muy transitadas o, lo que es peor, de espacios internos, los que se transforman en estación y/o nido de aves, por nombrar algunas de las dificultades.

Las Centrales de Esterilización, en general, están dentro del área quirúrgica y en muchos casos funcionan con el mismo personal, no disponiéndose de espacios adecuados para los distintos procesos de recepción, acondicionamiento, esterilización y conservación del material estéril.

La situación empeora si consideramos que se esterilizan gasas, gomas y otros materiales para el área no quirúrgica, produciéndose circulaciones cruzadas. En virtud del uso de materiales termosensibles, se utilizan esterilizadores de Oxido de Etileno, que se ubican en las mismas áreas que los otros equipos con los riesgos que ello implica.

Las Salas de Parto o de prácticas menores comparten espacios físicos con los quirófanos, pero sin estar claramente establecidos los requisitos de circulación de los mismos.

En lo que respecta a los pisos de internación, muchas veces en los offices de Enfermería no se separan los sectores limpios o de preparación de materiales de los sucios, o de acondicionamiento de material usado, con lo que se cruza limpio y sucio. Lo mismo ocurre en los Consultorios de Enfermería de pacientes ambulatorios.

En las Salas de terapia intensiva, en general no se contempla el aislamiento según categorías mínimas e indispensables por no encontrarse con una disposición adecuada, no habiendo cantidad de lavatorios suficientes para lavarse las manos entre la atención de paciente y paciente.

En la mayoría de los Establecimientos se realizan modificaciones y ampliaciones que no están previstas en los planos originales, situación que, en el caso de las Clínicas privadas, se produce por compra de edificaciones vecinas, y otras expansiones que, por más que se quiera, no dejan de tener fallas de circulación. En los Hospitales públicos se hacen modificaciones y ampliaciones según necesidad o solicitud de los Jefes de Servicios sin contemplar los pro y las contras con criterios de Prevención y Control de Infecciones.

Muchas veces en estas modificaciones y ampliaciones se utilizan materiales y equipos impuestos por el mercado que no se ajustan a la función del lugar, lo que refleja la falta de un criterio claro al respecto.

2. Limitaciones financieras

Desde el punto de vista financiero, habitualmente se manejan los Establecimientos con un criterio administrativo que, a veces, no coincide con los emergentes del cálculo de costos y beneficios.

En los Hospitales públicos se compra por licitación, ganándolas los productos de más baja cotización que no siempre son de buena calidad. En los Establecimientos privados la situación es similar debido a que, para evitar grandes erogaciones, se compran productos cuyo rendimiento es menor que otros de mejor calidad, por lo que en definitiva, pueden resultar menos económicos. Ocurre esto con guantes de cirugía, cepillos para lavado de manos, etc.

Últimamente se compra material descartable que luego se reutiliza, con los inconvenientes que desde el punto de vista práctico se puede ocasionar a los

pacientes. Pero, ¿estamos seguros de que reutilizar este material realmente es más económico que desecharlo?

A veces se escatima en bolsas plásticas para residuos, con lo que se favorece la aparición de fuentes de contaminación -pudiendo incluso desarrollarse cucarachas gastándose luego dinero en su control sin poder erradicarlas. Lo mismo ocurre con las toallas descartables para el secado de manos y otros elementos de Prevención y Control de Infecciones, a pesar de que existen estudios que demuestran que los Programas de Infecciones Hospitalarias se autofinancian y hasta pueden lograr un ahorro para las Instituciones.

3. Limitaciones operativas:

Si bien en algunos Servicios existen normas de trabajo, en la mayoría de las Instituciones éstas no se cumplen. Tampoco está normatizado el uso de antisépticos, desinfectantes y antibióticos.

A veces a pesar de que el personal de Enfermería conoce las teorías de las técnicas de asepsia, no las practica con rigor y no se supervisan sus actividades, lo que agrava en los establecimientos donde el personal que desarrolla actividades de enfermería es en un alto porcentaje empírico. El tendido y distendido de camas no se realiza con la técnica adecuada para Establecimientos hospitalarios. La limpieza en muy pocos lugares se realiza con la técnica de doble trapo y doble balde, y aún cuesta que el personal no mezcle el detergente con la lavandina, cuando esta en realidad debería tener un uso muy limitado.

El traslado de ropa usada se realiza en muchos establecimientos, sin contar con las medidas de prevención para evitar contaminación. Lo mismo sucede con la eliminación de residuos, etc.

En síntesis, si bien se conoce la teoría y hasta existen algunas normas, operativamente las mismas se cumplen poco, no se revisan, o adaptan, y, en general, se deterioran con el tiempo.

4. Limitaciones educativas:

En lo que respecta a educación, no existen Programas de Prevención y Control de Infecciones formales de pre y post- grado ni tampoco de divulgación y educación para pacientes, familiares y comunidad en general, excepto en algunos centros especializados.

El personal de enfermería y las mucamas responden muy bien y con avidez en la incorporación de nuevos conocimientos y cuando se realizan Cursos o Jornadas concurren y participan con muy buena predisposición al cambio. No ocurre lo mismo con otros profesionales de las distintas disciplinas y, fundamentalmente, con los médicos que, tal vez por formación, parten de una falsa imagen de seguridad dada por el uso de antimicrobianos que los induce a restar importancia a la utilización de las técnicas asépticas. Por ello, no incentivan adecuadamente al personal para el cumplimiento de las normas. Esta situación hace que sea muy difícil implementar Programas de prevención y Control de Infecciones, por lo que se considera esencial establecer cambios desde el pre-grado y poner en funcionamiento mecanismos de transformación de las conductas de quienes trabajamos en Establecimientos Asistenciales, en base a los conocimientos actuales sobre el tema.

Entre el 10% y el 15% de los pacientes ingresados en UCI contraen infecciones nosocomiales

Cuidados intensivos es el área donde más infecciones hospitalarias se contraen

Fecha de publicación: 5 de diciembre de 2007

Diversos especialistas han abordado el problema de las enfermedades intrahospitalarias y de los patógenos multirresistentes, en el marco de la XVIII Reunión del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, SEMICYUC, realizado recientemente en Burgos. El Estudio Nacional de Vigilancia en Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva, ENVIN-UCI, proporciona, en España, datos epidemiológicos de todas las UCIs españolas para conocer el crecimiento exponencial de patógenos multirresistentes, que también han aumentado de forma exponencial a nivel mundial.

Los últimos estudios señalan que la sepsis presenta mayor incidencia y elevada mortalidad que otros procesos como el infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, el sida o diferentes tipos de tumores, entre otros. Además del elevado coste social y económico, que se podría disminuir con un manejo integral y multidisciplinar.

Las infecciones nosocomiales son un importante problema sanitario por su elevada incidencia, morbilidad y mortalidad de la sepsis, una de las complicaciones con mayor tasa de mortalidad en la UCI. Los expertos manifiestan que es preciso buscar estrategias dirigidas a tomar conciencia del problema, desarrollar pautas de actuación de acuerdo a los conocimientos más actuales y facilitar su puesta en práctica en la rutina asistencial.