

Adiós bacteriemias

Dra. Hilda G. Hernández Orozco

Médico adscrito al Departamento de Infectología y
Encargada del Comité de Infecciones
Instituto Nacional de Pediatría, México

El decir: adiós bacteriemias, tal vez es más sutil que mencionar Bacteriemia cero y así ocasionar menos controversia, ya que por lo general, cuando las nuevas tendencias nos dirigen a buscar alcanzar una tasa de incidencia de cero bacteriemias, los médicos en general y todos aquellos que trabajan en hospitales de tercer nivel o de alta especialidad, en donde los padecimientos por los que ingresan los pacientes son de alto riesgo o bien, son enfermedades crónicas, tienen la reacción de primera intención de que se trata de una quimera; esta nueva propuesta de alcanzar el cero de las infecciones en la atención a la salud asociadas con métodos invasivos tiene que ser digerida lentamente y lograr la introyección, para al final sólo pensar que es posible y visualicemos el cero como objetivo y actuemos de acuerdo con ello.

¿Cuáles son los antecedentes? Las infecciones asociadas con la atención a la salud han sido un problema identificado como concomitante en la práctica clínica, desde Semmelweis en 1840, cuando asoció la alta incidencia de fiebre puerperal y mortalidad en madres como consecuencia de la atención por personal médico. Esto fue corroborado cuando él demostró que las madres atendidas por médicos presentaban fiebre puerperal y un mayor número moría en comparación con las atendidas por parteras, lo que expuso claramente que la atención por personal de salud tenía un rol importante en el desarrollo de infecciones.¹ Sin embargo fue desde la publicación del libro “Error es humano” que se difundió que alrededor de 44,000 a 98,000 pacientes morían por errores médicos, como tratamientos inadecuados o errores del sitio quirúrgico² y se enfocó la atención nuevamente

hacia programas de prevención de infecciones asociadas con la atención en salud y la seguridad del paciente.

Buscando estrategias más efectivas para la prevención de infecciones, se documentaron el uso de listas de verificación, manejadas en un inicio en la industria aeronáutica con éxito probado al disminuir los accidentes aéreos y sus consecuencias en forma importante; de ahí el inicio de la aplicación en el campo de la prevención de infecciones de estas listas de verificación, uno de los inicios de la verificación por lista es en la cirugía segura con la disminución de la morbilidad y mortalidad durante los eventos quirúrgicos.⁴

Al mismo tiempo, el parteaguas de la búsqueda de una incidencia de cero en las infecciones sanguíneas asociadas con el catéter (ITSAC) fue un estudio realizado en 108 Unidades de Cuidados Intensivos en Michigan, el cual probó que después de implementar una estrategia de listas de verificación se disminuyó la tasa de ITSAC de 2.7 por 1,000 días/catéter a cero.⁵ Este programa fue replicado en otros países, por ejemplo en España, donde se planteó como objetivo disminuir las ITSAC a menos de 4 por 1,000 días/catéter logrando una tasa de 3.8 por 1,000 días/catéter.⁶

El hablar de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter es un término correcto para incluir las bacteriemias y las funguemias y candidemias, aunque para los programas se utilicen los términos “Bacteriemia cero” o “Adiós a las bacteriemias” por ser fácilmente identificables, rápidamente reconocibles y permitir que

mentalmente se relacionen fácilmente con el objetivo buscado por la campaña o programa. Podríamos decir que se trata del *slogan* de la campaña o programa.

Los antecedentes de las estrategias o programas que lograron disminuir sus ITSAC al mínimo, obligan a todos los hospitales interesados en la calidad de la atención en salud y comprometidos a cumplir con los lineamientos de seguridad del paciente, a integrar estos programas con la estrategia de aplicación de listas de verificación, con el objetivo de reducir a cero o al mínimo posible, las infecciones asociadas a la atención en salud involucrando el uso de métodos invasivos como el catéter venoso central, el catéter urinario y el ventilador mecánico; iniciando por supuesto con el problema más importante: las infecciones del torrente sanguíneo asociadas con el catéter.^{7,8}

Lo increíble es que estas listas de verificación toman en cuenta puntos básicos de los procedimientos que se supondría se realizan rutinariamente y la estrategia consiste en monitorear, supervisar y corregir mediante la capacitación las desviaciones detectadas, por ejemplo, en el caso de Bacteriemia cero los puntos básicos de las listas de verificación son: una adecuada higiene de manos durante la inserción y cuidado de los catéteres venosos centrales, el uso de medidas de protección de barrera máxima durante la instalación del catéter y las adecuadas de acuerdo al procedimiento realizado -aplicación de medicamentos, curación de catéter- la antisepsia de piel con técnica correcta durante la instalación y manejo de catéter, evaluación del sitio de inserción del catéter, evitando la inserción femoral si no hay indicación precisa de ello, evaluación de la indicación de retiro del catéter diariamente, para prescindir de él a la brevedad posible.⁵⁻⁶

Es cierto que cuando este tipo de programas son un compromiso del sistema de salud del país, tienen un punto a su favor: en México, por ejemplo, el programa Bacteriemia cero forma parte de los compromisos mundiales de México por la seguridad del paciente, y su lanzamiento fue en el año 2011.⁹ El que este programa forme parte del plan de salud a nivel nacional permite que el apoyo de los directivos y personal administrativo de las instituciones de salud sea más accesible.

Lo más difícil es iniciar estos programas o campañas en los hospitales puesto que se necesita en primer lugar que se tenga la seguridad de que es posible, se sabe que el rechazo de nuevas evidencias o nuevos conocimientos porque contradicen normas o creencias establecidas es uno de los obstáculos más importantes a vencer cuando se instalan nuevos programas de prevención de infecciones, sobre todo si se trata de procedimientos realizados rutinariamente en el hospital y que son considerados como adecuados y que si siempre se han realizado de esa forma, no deben modificarse. Vencer la costumbre y cambiar la actitud del personal para aceptar cambios y agregar actividades adicionales a las labores cotidianas son un reto, aunque esto implique una mejora en la calidad de la atención. Siempre hay que identificar un método sencillo para dar forma al programa como el ciclo de mejora, desarrollando sus cuatro puntos básicos “planear, hacer, estudiar y actuar” e identificar a los innovadores y líderes que ayudarán a dar inicio al programa, los primeros seguidores que pueden ser convencidos al documentar el problema y los resultados de solución presentes en otras instituciones, ayudarán a que la mayoría temprana sea convencida y se una al programa, quedando sólo algunos de la mayoría tardía y los rezagados, con los que hay que trabajar más arduamente para lograr el éxito.¹⁰

La principal ventaja en instituciones de salud pediátricas es que el personal que labora en ellas está comprometido con la atención de los pequeños pacientes y lograr su rápida reintegración a su vida en familia fuera del hospital, lo que permite que se entusiasmen con la aplicación de nuevos programas que permitan que esto suceda más tempranamente y favorece el éxito de programas como Adiós a las bacteriemias o Bacteriemia cero.

Referencias

1. Sherwin BN. The Enigma of Semmelweis an Interpretation J Hist Med Allied Sci (1979) XXXIV (3): 255-272
2. To err is human. building a safer health system. [Disponible en: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf> Accesado 7/11/2012
3. Gawande A. The check list manifesto How to get things right. Ed Profile books LTD 2010 UK.

-
4. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR et al A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population *N Engl J Med* 2009; 360:491-9.
 5. Pronovost P, Needham.D., Berenholtz S, Sinopoli D,Chu H, Cosgrove S, et al. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream. *N Engl J Med* 2006; 355:2725-32.
 6. Espiau M, Pujol M, Campins-Martí M, Planes AM, Peña Y, Balcells J. Incidence of central line-associated bloodstream infection in an intensive care unit. *Anales de Pediatría* 2011; 75(3):188-193.
 7. Edwards JR, Peterson KD, Andrus ML, Tolson JS, Goluding JS, Dudeck MA et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, data summary for 2006, issued June 2007. *Am J Infect Control* 2007; 35:290-301.
 8. González –Saldaña N, Hernández-Orozco H, Castañeda-Narváez JL, Arzate-Barbosa P, Navarrete N, Saldaña-Maldonado C y cols. Retrospectiva de infecciones nosocomiales en el Instituto nacional de Pediatría 199-2006. *Acta Pediatr Mex* 2007; 28(6):253-7.
 9. Sistema integral de calidad (SICALIDAD) instrucciones. Disponible en: <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html> Accesado 9/dic/2012.
 10. Institute Health Improvement. [Internet] Mejora de la calidad. [Accesado oct-nov/2012] Disponible en: http://app.ihl.org/lms/home.aspx/spanish_