

INFECCIONES HOSPITALARIAS ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y MANEJO DE RIESGOS

Dr. Fabián Vítolo NOBLE S. A. ®
Dra Rosana G Corazza. Medica Legista
Especialista Enfermedades Infecciosas

Introducción

Las infecciones hospitalarias constituyen uno de los principales problemas que enfrentan las aseguradoras de responsabilidad profesional cuando a raíz de su ocurrencia se inicia una demanda. Lamentablemente, hay una tendencia en la sociedad (y por ende en muchos litigantes) a considerar que todas las infecciones hospitalarias se deben casi con exclusividad a las deficientes condiciones de asepsia de la institución y a la falta de diligencia de los profesionales en la prevención de las mismas.

Se define como infección hospitalaria a toda infección adquirida durante la internación y que no estuviese presente o incubándose al momento de la admisión del paciente. En el caso del recién nacido se excluyen de esta definición aquellas adquiridas durante el pasaje a través del canal de parto. Esta definición del Sistema Nacional de Vigilancia de la Infección Nosocomial de los Estados Unidos (NNIS) es la aceptada en la mayoría de los países. Si bien en la misma no habla de horas, hay coincidencia generalizada en considerar como infección hospitalaria a toda aquella que se inicia transcurridas 48 a 72 hs. desde la admisión, o dentro de los 10 días posteriores al alta. Estos términos pueden variar de acuerdo con el tiempo de incubación de ciertas enfermedades. Para la infección de sitio quirúrgico se considera el término de 30 días a partir del día de la operación o hasta un año si está relacionada con material protésico (1). En muchas pericias de nuestro Cuerpo Médico Forense se hace mención a estos intervalos de tiempo.

Los médicos sabemos que no todas las infecciones hospitalarias son prevenibles. Su ocurrencia tiene también relación con factores de riesgo propios del paciente tales como la enfermedad que determinó la internación y las comorbilidades previas.

La infección hospitalaria es endemo- epidémica y reviste mayor gravedad cuanto mayor es su nivel de complejidad. Se considera que en Latinoamérica entre el 5 y el 12% de los interna-

dos adquirirán una infección que no estaba presente ni incubándose el día de su internación (2) Según una estimación del Programa de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación, el 8 por ciento de la población que ingresa a un hospital argentino para internación corre el riesgo de adquirir una infección.

Cifras superiores son denunciadas por el Consorcio Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales (INICC), quienes refieren que **las tasas de infección hospitalaria en la Argentina son al menos 6 veces más altas que en los Estados Unidos, el Reino Unido, Australia, Canadá y Alemania.** La INNICC, en un estudio que realizado en 9 Hospitales de Buenos Aires y Rosario encontró que la tasa de bacteremias asociadas a catéter fue 11 por 1000 días de catéter, mientras que en EEUU la tasa es 2 por 1000 días de catéter, es decir 6 veces superior en Argentina. Respecto a neumonías asociadas a ventilación mecánica la tasa fue 30 por 1000 días de respirador, mientras que en Estados Unidos es de 4 por 1000 días de respirador, o sea 7 veces superior en Argentina.(3)

El proyecto VALIDAR realizado en el último semestre del año 2004 en el que participaron 119 centros asistenciales de nuestro país concluyó que la tasa de infecciones asociada a dispositivos fue mayor en las instituciones argentinas al igual que el consumo de antimicrobianos (especialmente vancomicina, cefalosporinas de tercera generación y carbapenémicos) respecto a los estándares de infección hospitalaria propuestos por NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance). El estudio también demostró que la tasa de resistencia a los antimicrobianos fue inusualmente alta. Entre las hipótesis propuestas para tales desviaciones se infirió que podrían relacionarse a la falta o accionar al menos deficiente de programas activos en control de infecciones y de uso de antimicrobianos.

Dramáticamente se estima que aún si se aplicaran rigurosas medidas de prevención se lograría reducir las tasas de infección pero su eliminación a cero es prácticamente imposible.(4)

Lamentablemente, este concepto no parece estar del todo internalizado en la justicia, observándose pericias y fallos con excesivo énfasis en presuntas deficiencias del medio ambiente hospitalario sin darle la trascendencia necesaria a factores tanto o más importantes que tienen que ver con la existencia de un programa activo de vigilancia que demuestre un control estricto en la prevención de las mismas en donde el desarrollo de un episodio en particular puede estar vinculado a factores propios de la patología y del paciente.

La sola denuncia de un episodio de infección hospitalario debe de valorarse en el contexto global en el que transcurrió dicho episodio y merita la evaluación de las medidas activas y continuas que se realizan en esa institución para su prevención a través del estudio e interpretación de las tasas de infección hospitalaria y del cumplimiento de los objetivos impuestos a consecuencia de las mismas.

Cada episodio de infección hospitalaria es un hecho único que merita una evaluación exhaustiva a fin de determinar si se realizaron o no las medidas recomendadas para su prevención con el objeto de poder determinar si se actuó o no diligentemente, es decir demostrar que no hubo negligencia.

Magnitud del problema

La administración de riesgos hospitalarios consiste en la identificación, el análisis y el tratamiento de las potenciales fuentes de pérdida financiera para la institución. En el caso de las infecciones hospitalarias, las pérdidas ocasionadas por los juicios por mala praxis, que son importantes, son relativamente menores al lado de los enormes costos derivados de una inadecuada política de control de infecciones.

El total de los costos extra derivados de las infecciones hospitalarias representa en los Estados Unidos un valor de U\$S 6,7 billones anuales y de aproximadamente U\$S 1,7 billones en el Reino Unido (5). En la revisión sistemática efectuada por Stone (1990-2000), los costos directos atribuibles a la infección nosocomial den EE.UU fueron en promedio de U\$S 13.973 por paciente, con distintos valores promedio, si se toman las diferentes infecciones por separado (6) (7)

- Infección del torrente sanguíneo (Bacteriemia) = U\$S 38.703
- Infecciones por SAMR = U\$S 35.367
- Infecciones del sitio quirúrgico = U\$S 15.646

- Neumonía = U\$S 17.677

A estos costos directos mensurables (aumento días de internación, antibióticos más caros, etc) vinculados con el diagnóstico y tratamiento de la complicación en cuestión se deben sumar costos indirectos relacionados con la menor productividad, la pérdida de prestigio, la generación de mayor resistencia y los juicios por mala praxis.

Para muestra, a veces basta un botón: de acuerdo a datos del 2004 del sector de la medicina prepaga en la Argentina, el costo para el financiador de una internación y cirugía de reemplazo total de cadera por fractura fue de \$5.676 (U\$S 1892). En aquellos casos en los que la prótesis se infectó, hubo que reinternar al paciente para retirársela y luego volver a internarlo una vez superada la infección para colocarle una nueva, los costos se sextuplicaron llegando a \$36.803 (U\$S 12.268). (7)

No hay en Argentina informes globales respecto a los costos que implican las Infecciones Hospitalarias.

La INICC en un estudio realizado en 3 hospitales de Argentina durante un período de 5 años identificó 307 pacientes con neumonía hospitalaria. El promedio de días extra de internación por paciente fue de 9 días, el costo extra medio de antibióticos fue de \$996 dólares por paciente, y el costo total fue de \$2,255 dólares por paciente.(9)

Las infecciones hospitalarias, por otra parte, son una de las principales causas de demandas por responsabilidad profesional contra hospitales en todo el mundo. En la década del '90, el costo promedio de los reclamos por infecciones nosocomiales posquirúrgicas fue en los Estados Unidos de U\$S 64.000, (7) con el agravante de que en estos casos el demandante tiene altas chances de ganar (Más del 45% de chance en los EE.UU.). (10)

En nuestro país ya hay sentencias que superan el millón por daño neurológico secundario a infecciones adquiridas por recién nacidos en el hospital.

La efectividad de un programa de control de infecciones medido en vidas y en dinero ha demostrado ser beneficioso y costo efectivo. Sin embargo, y pese a la magnitud del problema, son pocas las instituciones con una visión epidemiológica de este riesgo que derive en programas de control y vigilancia de infecciones realmente abarcativos, efectivos y con continuidad en el tiempo.

El problema de la defensa médico-legal

En las demandas por responsabilidad profesional originadas en infecciones hospitalarias, las partes generalmente buscan establecer la causa de dicha infección y, una vez conocida la misma, determinar si corresponde al médico o a la institución resarcir económicamente a la víctima.

Con respecto a la causa, nuestra jurisprudencia en forma generalizada acepta la clasificación de las infecciones hospitalarias en exógenas y endógenas. (11). (12) Serán exógenas cuando los gérmenes proceden de una fuente exterior al enfermo (transmisión de gérmenes por parte del personal o instrumental hospitalario, visitas, ambiente, ya sea por vía aérea o por el contacto de las manos). Serán endógenas cuando es el propio paciente el portador del germen infeccioso antes de su ingreso al ente hospitalario, o bien, cuando habiendo ingresado ya al nosocomio, la infección ha sido generada por el propio paciente, sin intervención de causa externa alguna.

En cuanto a la obligación de resarcir a la víctima, debe existir una razón suficiente por la cual se justifique que el daño que ha sufrido una persona (en este caso la infección), se traslade económicamente a otra (el profesional o la institución de salud) (14). En derecho, a esta "razón suficiente" se la denomina "factor de atribución". En el caso de los médicos, este factor de atribución es generalmente subjetivo y su obligación es de medios. El profesional se compromete a actuar con diligencia, prudencia y pericia para evitar la infección pero no debe responder económicamente por la misma si no logra acreditarse su culpa. La subjetividad está en la ponderación que hacen los expertos y el juez de la existencia o ausencia de culpa. En el caso de las instituciones médicas, sin embargo, la posición mayoritaria de nuestros tribunales establece que este factor de atribución es objetivo, basándose en el deber de seguridad que pesa sobre los entes asistenciales. Cabe destacar que de acuerdo a los estudios actuales enfocados en la prevención de las infecciones hospitalarias, se puede inferir que el desarrollo de las mismas es responsabilidad de todos y cada uno que asiste al paciente. De lo expuesto se desprende que la responsabilidad subjetiva va adquiriendo cada vez un rol mayor.

Tradicionalmente, nuestra jurisprudencia ha considerado que esta obligación de seguridad que tienen los establecimientos médicos es de

resultado y los mismos deben garantizar que el paciente no sufrirá una infección hospitalaria exógena debiendo responder si se acredita este hecho, independientemente del factor culpa.

Esta visión ha determinado que muchas sentencias sean favorables a los médicos al no poder acreditar su culpa y condenen a las instituciones invocando su deber de seguridad y la garantía de resultados (ausencia de infecciones hospitalarias exógenas) que pesa sobre las mismas.

Este criterio determina a su vez que tradicionalmente las únicas líneas de defensa admisibles de las instituciones hayan sido:

- a) Demostrar que la infección fue adquirida con anterioridad al ingreso del paciente al establecimiento, o bien
- b) Demostrar que la infección fue endógena (el propio paciente es el portador del germen infeccioso, ya sea antes de su ingreso o luego del mismo sin intervención de causa externa alguna).
- c) Demostrar que la infección fue un hecho fortuito.

Algunos autores consideran que la acreditación de esta prueba es verdaderamente "diabólica" (15), ya que, al objetivarse la responsabilidad, las instituciones sólo podrán eximirse fracturando el nexo causal, lo cual en la práctica es generalmente imposible, conduciendo en muchos casos al dictado de sentencias que arriban a soluciones injustas.

Es así como los abogados defensores de las instituciones deben cargar con las complejidades probatorias derivadas de esta visión simplista que considera que todas las infecciones adquiridas en el hospital por gérmenes ajenos al paciente son el resultado exclusivo de las deficiencias en la asepsia, esterilización, higiene o control en el instrumental, utensilios o ambiente, y que podrían haber sido evitadas con un mínimo de diligencia.

Sin embargo, la prueba respecto al origen, tiempo y lugar de la infección no resulta tan fácil de abordar y de resolver, ya que las infecciones suelen ser provocadas por múltiples causas, resultando muy dificultoso en la práctica identificar a una sola de ellas (la falta de asepsia) como la causa exclusiva y adecuada de la infección. En este sentido, se ha sostenido que las infecciones hospitalarias son provocadas a veces por la creciente resistencia microbiana a antibióticos utilizados para combatir infecciones comunes, a veces por estar expuestos los pacientes hospitalizados a un descenso de su resistencia natural a las infecciones, y en otras oportunidades se deben a la creciente necesidad de procedimientos invasivos que aumentan este riesgo.

Respecto a los aspectos legislativos, es importante alertar que en EEUU a partir de fines del 2008 se exige el reporte obligatorio de las tasas de infección hospitalaria a los departamentos gubernamentales y a la población con el propósito de que el paciente pueda conocer las posibilidades estadísticas de que padezca un episodio de infección en esa institución y como indicador de calidad en la asistencia médica brindada. Esto conlleva también a riesgos de mala interpretación ya que las tasas de infección de cada institución tendrán relación directa con la complejidad de los pacientes que ésta asista. No es lo mismo una unidad de baja complejidad que una unidad de asistencia de pacientes quemados o una unidad cardioquirúrgica o neuroquirúrgica en las cuales el techo aceptado de infecciones hospitalarias es absolutamente diferente dada las características de la enfermedad de base.

Durante el Congreso internacional de epidemiología y Control de Infecciones realizado durante el mes de abril del año 2008 en Buenos Aires, la Dra Denise Cardo, directora de la división de Calidad de Promoción de Salud del CDC (programa encargado del control de infecciones hospitalarias) manifestó durante su disertación que los seguros de salud americanos han enviado un comunicado a través de sus departamentos legales el cual podría implementarse a partir del año en curso y que expresa: "Las infecciones en ciertos pacientes no serán consideradas como una complicación para propósito de paga refiriéndose específicamente a las Infecciones urinarias, las bacteremias relacionadas a uso catéteres centrales, y mediastinitis post quirúrgica.

La concurrencia de numerosos factores causales se pone de manifiesto cuando las infecciones

nosocomiales se presentan en un porcentaje no despreciable en instituciones de todo el mundo que pueden acreditar la excelencia de sus programas de vigilancia y que pueden probar, en el caso puntual que se discuta, haber cumplido con los más altos estándares que la "Lex artis" del control de infecciones exige.

Conscientes de que aún tomando todas las precauciones hay tasas de infecciones hospitalarias aceptadas como habituales en la literatura mundial y entendiendo que la batalla biológica contra los gérmenes hospitalarios está plagada de aleas* o hechos fortuitos impredecibles, algunos jueces han comenzado a mostrar una mayor flexibilidad en los últimos años. Según estos juristas, la falta de certeza en la obtención del resultado (por ej. que un paciente no sufra una infección con posterioridad a una infección quirúrgica) torna insostenible hacer pesar sobre la cabeza del profesional o de la institución una obligación de fines. Algunas sentencias relativamente recientes siguen este criterio jurisprudencial:

*"Si el paciente acude por necesidad (se refiere a un acontecimiento que así lo amerite) a un hospital y las autoridades de éste, **aún con el empleo de la más exquisita diligencia**, no pueden excluir de plano algunos tipos de infección, y a ello se agrega que el propio paciente puede ser portador del germen infeccioso, cabe ubicar el asunto dentro de la responsabilidad subjetiva, lo cual significa considerar que la obligación asumida por el establecimiento médico y por los profesionales actuantes en este acto quirúrgico, es de medios"*

Fallo de la Cámara Nacional Civil Sala D del 17/06/01, F,A vs C de O yT. Dictado con el 1º voto del reconocido jurista Alberto J. Bueres expresa:

"Si se prueba la infección, tal indicio podrá ser revelador de suyo de una presunción judicial de culpa, pero el médico (u hospital) se liberará si demuestra que actuó con diligencia."

Fallo de la Cámara Nacional Civil, Sala D, 17/08/01, I. D.R. y otros c/ HB y otros s/daños y perjuicios

* En una relación contractual, el aleas es el riesgo de incumplimiento de las prestaciones que constituyen el contrato.

“En materia de obligación de seguridad(...) no se trata de una responsabilidad objetiva del establecimiento (...) No se trata tanto de averiguar si se causó o no el daño en la averiguación policial, o en este caso científica, sino si es justo o no que se responda por tales circunstancias. (...)

...Para eximir al ente hospitalario de responsabilidad por la infección, lo menos que debería exigírsele sería que acreditase que ha existido de su parte la diligencia o previsión que exigen los artículos 512 y 902 del Código Civil. (...), al menos mediante la acreditación de haber cumplido las disposiciones reglamentarias en relación con la habilitación e inspección de quirófanos, el cumplimiento de las normas de asepsia, la frecuencia en el ámbito de este tipo de infecciones, etc.

Fallo de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Isidro, Sala I 2007-12-06- G.R de F.M. c. S.P.M S.A

“Juzgo desacertado considerar que en los casos de infección intrahospitalaria lo aleatorio tenga escasa incidencia, pues más bien lo contrario se desprende de las pruebas periciales médicas examinadas en el voto precedente. Evidentemente no puede aseverarse que con un mínimo de diligencia el personal auxiliar del ente asistencial encargado de cumplir las medidas de control y prevención de infecciones hospitalarias aconsejadas para una intervención quirúrgica, obtenga el resultado esperado, pues la multiplicidad de causas que pueden provocar la infección por un estafilococo dorado, la frecuencia con que se presenta, el porcentual de pacientes internados que según las estadísticas se infecta y la dificultad en su eliminación, en casos como el presente en que no ha sido determinada una causa específica, obstan a que sea asimilado ese accionar a otros quehaceres más sencillos de los auxiliares referidos al cuidado y atención del internado que sí pueden incluirse entre aquellos en que un mínimo de diligencia basta para lograr el resultado de no causarle un daño distinto del que motivó la internación”

Fallo de la Cámara Nacional Civil, Sala C, 5-9-2000 Voto del Dr. Galmarini. P, R.J vs. G, JM. JA, Bs. As, abril 4 de 2001. Nº 6240, p 52

Sin duda, esta última posición judicial y doctrinaria abre una importante línea de defensa en casos de juicios por infecciones hospitalarias. Al considerar que la obligación de seguridad asumida por el ente asistencial y por los propios médicos es de medios, estos podrán eximirse si prue-

ban su ausencia de culpa, lo que se traduce en la acreditación de haber cumplido con las normas de asepsia que impone el ejercicio de la medicina (la Lex artis). Es de destacar que estos casos, la carga de la prueba recae fuertemente sobre los profesionales y las instituciones quienes deberán demostrar una “diligencia exquisita” en la prevención de infecciones.

Lamentablemente, a la mayoría de las instituciones les cuesta acreditar esta diligencia. La pregunta que surge es obvia: ¿Qué deberíamos entender por una diligencia “exquisita” en el control de infecciones?.

Manejo de Riesgos. Acreditando una diligencia exquisita en el control de infecciones

La diligencia exquisita hace referencia al cuidado minucioso de las medidas de prevención y control de las infecciones hospitalarias.

Para poder comprender el motivo de su exigencia es prioritario conocer que la prevención de las infecciones hospitalarias no se refiere solo a la prevención de casos de infección sino también a la prevención de la ocurrencia de sus factores de riesgo.

En los últimos años se ha demostrado que un gran porcentaje de las infecciones hospitalarias pueden ser prevenibles a partir de la implementación de ciertas medidas destinadas a aumentar el cumplimiento y adherencia de recomendaciones ya existentes.

La falta de adherencia a las recomendaciones representa uno de los errores médicos vinculados con mayor frecuencia en su desarrollo. Numerosos estudios demuestran las fallas en adherencia a las recomendaciones existentes. Como ejemplo de ello en infección del sitio quirúrgico el más contundente es aquel realizado por Dale Bratzler y col diseñado para evaluar el uso adecuado de antibiótico profiláctico y realizado sobre más de 34000 cirugías que evidenció que más del 50% de los pacientes recibía la profilaxis antibiótica en forma inadecuada (16)

La responsabilidad en la prevención de las infecciones hospitalarias no es exclusiva de de la institución sino también de cada uno de los profesionales que la integran.

A fines de la década del 80 el programa americano denominado SENIC destinado al estudio de las infecciones hospitalarias demostró que la existencia en las instituciones de un programa activo en control de infecciones pudo reducir en un 32% las infecciones hospitalarias.(17)

La importancia de un programa “activo” radica en que la institución a partir de su Comité en control de infecciones puede brindar la recomendación para la realización de un procedimiento de riesgo determinado pero es responsabilidad del profesional su cumplimiento.

La baja adherencia por parte de los profesionales de la salud y la violación sistemática de las medidas representan uno de los errores médicos más frecuentes para el desarrollo de las infecciones hospitalarias.

Estudios recientes han demostrado que con diligencia exquisita en su prevención un 50% a 70% de las infecciones hospitalarias son prevenibles. (18)(20)

El mayor interrogante aún no establecido con exactitud es determinar el porcentaje real de infecciones hospitalarias causadas por errores médicos y que a consecuencia de ello serían infecciones evitables.

Surge entonces la meta final de aumentar la calidad de atención a partir de eliminar las infecciones hospitalarias prevenibles.

Medidas simples y sencillas basadas en incrementar la adherencia y asegurar un cumplimiento adecuado de las recomendaciones ya existentes, reducen dramáticamente las tasas de infección.

De esta forma se demuestra que medidas sencillas pueden presentar un gran impacto. Así lo demostró un estudio realizado en Ginebra en el cual esas acciones permitieron reducir la tasa de bacteriemias asociadas a catéteres del 11,3‰ al 3,8‰. (18)

Un estudio multicéntrico posterior que incluyó a 103 unidades de cuidados intensivos demostró resultados similares lográndose reducir las tasas de infección hospitalaria del 7,7‰ al 1,4‰. (19)

El CDC (Centro Control de Infecciones de Atlanta) decide realizar un protocolo similar a fin de validar el éxito alcanzado y demuestra que con diligencia en el cuidado y prevención de las infecciones, se pueden reducir los índices en un 70%. (20)

A partir de estos estudios surge el término “**tendencia cero**”.

Muchas veces este término es mal interpretado ya que no hace referencia a cero infección sino “**cero tolerancia a la violación de las medidas**

impuestas para su prevención con el propósito de reducir las mismas”.

En base a todos estos estudios el concepto de infección hospitalaria ha cambiado, hasta hace no mucho tiempo el precepto era que muchas infecciones son inevitables aunque algunas podían ser prevenidas.

La documentación vigente demuestra que la infección hospitalaria es potencialmente prevenida a menos que se demuestre lo contrario.

Todas estas publicaciones han revelado ni más ni menos que la responsabilidad en una infección hospitalaria es compartida, la responsabilidad objetiva y subjetiva se encuentran entrelazadas.

De este modo la única forma de demostrar la ausencia de culpa es a través de lo que los juristas han dado en denominar “diligencia exquisita”, es decir que, la institución asistencial (o el médico) deberán demostrar su diligencia.

Las instituciones médicas deben de demostrar que analizan, identifican, evalúan y dan tratamiento a los riesgos conocidos de infección relacionados a las prácticas médicas. Cada caso de infección hospitalaria debe de ser evaluado y analizado a fin de determinar si un cambio en la conducta podría haber determinado un resultado diferente. En terminología médico- infecto- epidemiológica significa la existencia de un Programa activo en Control y Prevención de infecciones hospitalarias.

La vigilancia epidemiológica no es más que la observación sistemática de la ocurrencia y distribución de eventos específicos relacionados con la salud o la enfermedad. **En el ámbito hospitalario la vigilancia es utilizada para identificar a los pacientes con infección u otros eventos adversos que puedan ser prevenidos.**

Para que este programa sea exitoso es imprescindible que se realice en el marco de un Comité creado para tal fin.

- **Formación de un Comité en Control de Infecciones.**

El Comité en Control de infecciones es la máxima autoridad de la cual depende un programa de vigilancia. Debe de estar integrado básicamente por un infectólogo, un enfermero (enfermero en control de infecciones ó jefe de enfermería), jefe de farmacia (responsable de esterilización), jefes de áreas críticas, jefe de emergencias, y fundamentalmente debe de intervenir el director médico de la institución ya que su presencia de máxima autoridad dará marco legal y sostén político administrativo para el cumplimiento de las medidas a adoptar.

El Comité debe reunirse periódicamente a fin de abordar y brindar soluciones para las problemáticas que surgieran como así también para actualizar definiciones, revisar normativas de procedimientos, establecer estrategias para divulgar resultados obtenidos y para difusión de las medidas a adoptar.

Es sumamente importante que exista devolución al personal de la salud de los resultados obtenidos con las acciones realizadas a fin de que se objetiven las mismas y se establezca el estímulo necesario para mantener la continuidad en el tiempo. Para ello, el comité debe establecer un programa de Vigilancia epidemiológica y control de infecciones.

Todos los objetivos, medidas, acciones y resultados obtenidos deben registrarse periódicamente al igual que los inconvenientes detectados y las acciones realizadas a fin de repararlos.

- **Programa de Vigilancia epidemiológica y control de infecciones.**

El programa de vigilancia y control de infecciones se refiere a los objetivos y medidas a implementar a fin de establecer un cuidado minucioso y activo en la prevención de las infecciones hospitalarias.

Sus objetivos son:

- 1- Educar al personal de áreas críticas y difundir normativas de higiene de manos y vigilancia epidemiológica de neumonía asociada a ARM- manejo de catéteres vasculares y manejo de pacientes sondados.**

La educación y difusión de normativas no debe agotarse en la acción única y despersonalizada de la entrega escrita del algoritmo de procedimientos sugerido para realizar un procedimiento determinado.

La evidencia actual ha demostrado que las medidas deben ser activas, es decir, debe existir educación en terreno y realizar vigilancia continua a fin de detectar las eventuales problemáticas o escollos que suscitaran la violación o incumplimiento de las mismas.

El primer punto de importancia es ejecutar todas las medidas necesarias a fin de incrementar la adherencia en la HIGIENE DE MANOS.

Las manos del personal representan el vehículo ideal para el traslado de microorganismos alojados en la flora transitoria de la piel.

Las técnicas de higiene de manos con soluciones alcohólicas han demostrado fehacientemente ser las más adecuadas pudiéndose reemplazar la higiene tradicional cuando las manos se

encuentran VISIBLEMENTE LIMPIAS.(21)

Se debe educar al personal instruyéndolo y alertándolo sobre la necesidad de higiene no solo antes y después de tocar la piel del paciente sino también antes y después de tocar fómites u objetos inanimados propios de la denominada "unidad paciente" a habida cuenta que las superficies son reservorio y fuente de microorganismos habitualmente multirresistentes que pueden sobrevivir días y aún semanas en superficies y que rápidamente formarán parte de la flora transitoria de las manos del personal.

2- Medidas de aislamiento

El personal debe conocer la medida de aislamiento sugerida para cada paciente acorde a su patología. Para ello el médico tratante así como establece las indicaciones médicas debe especificar en la carpeta de enfermería de cada paciente si el mismo requiere de: precauciones estándares, aislamiento de contacto, aislamiento respiratorio por gotas, aislamiento respiratorio aéreo.

A modo de sugerencia y con el propósito de facilitar visualmente las acciones que implican cada uno de estos aislamientos se sugiere colocar en la carpeta de enfermería una tarjeta pre-impresa que contenga especificadas dichas medidas.

3- Revisar en forma periódica las recomendaciones de cuidado de catéteres vasculares centrales, cuidado de pacientes en asistencia ventilatoria mecánica y manejo de pacientes sondados.

El comité debe asegurar la existencia en cada unidad crítica de un manual de procedimientos que contenga dichas recomendaciones firmadas, selladas y fechadas por los integrantes del comité incluyéndose al jefe del área involucrada a fin de dar marco legal y administrativo de la revisión y difusión de las mismas.

El comité como autoridad máxima debe conservar en forma escrita no solo las mismas sino también la recepción y la constancia de su difusión en el departamento médico y de enfermería. Para ello se sugiere que se responsabilice individualmente al personal encargado de este procedimiento.

4- Evaluar la adherencia en el cumplimiento de las medidas sugeridas.

Las publicaciones actuales demuestran que los errores médicos involucrados con mayor frecuencia en el desarrollo de las infecciones hospitalarias se asocian a violaciones en las medidas sugeridas para cada procedimiento. Se ha comprobado que medidas sencillas pueden incrementar la adherencia y a consecuencia pueden desencadenar un gran impacto.

Dichas medidas se refieren a chequeos diarios de cumplimiento, educación continua, posibilidad de incluir sets de equipos o kits estandarizados de procedimientos de modo tal que se evite que el equipo médico decida que usar ya que el kit contendrá el algoritmo a seguir y todo el material necesario

5- Relevar y analizar sistemáticamente en forma activa y permanente los datos procedentes de la ocurrencia de infección hospitalaria en las áreas cerradas con el propósito de mejorar los índices y alcanzar estándares

Un programa minucioso en control de infecciones implica vigilancia activa y permanente. Para ello se deben de conocer los índices de infección intrahospitalaria en las unidades críticas con el propósito de establecer las medidas correspondientes en base a las mismas, analizando los datos y actuando a consecuencia. El programa debe de especificar en forma escrita dichas acciones y demostrar un ACTUAR DILIGENTE.

La realización de las tasas de infección intrahospitalaria requiere básicamente de un personal entrenado que se ocupe en forma diaria de detectar cuantos pacientes se encuentran en la unidad, cuantos se encuentran con catéter venoso central, cuantos con asistencia respiratoria mecánica y cuantos con sonda urinaria. El registro diario de estos datos permitirá conocer los futuros denominadores que determinarán los días de uso de dispositivos y los días paciente. El infectólogo conjuntamente con el jefe de unidad deberá de realizar vigilancia y educación del personal, como así también identificar los casos de infección intrahospitalaria, referidos especialmente a bacteremias asociadas a dispositivos, neumonías en pacientes con asistencia respiratoria mecánica, infecciones urinarias en pacientes sondados para así analizar cada uno de ellos individualmente y en su conjunto con el propósito de actuar a consecuencia.

Un programa activo no es una mera información estadística de indicadores en forma estática sino que se refiere al accionar continuo que surge del análisis dinámico de los mismos.

El programa implica :

- **Relevar y analizar sistemáticamente en forma activa y permanente los datos procedentes de la ocurrencia de infección hospitalaria en las áreas cerradas con el propósito de mejorar los índices y alcanzar estándares propuestos**
- **Determinar las tasas endémicas de las infecciones intrahospitalarias como así también de otros eventos**
- **Detectar incrementos en las frecuencias por encima del nivel endémico (brotes) de esa unidad y las acciones indicadas para su control para disminuir las infecciones prevenibles**
- **Identificar los grupos de riesgo para cada tipo de evento**
- **Informar y prevenir al personal de salud sobre los riesgos propios derivados del cuidado de pacientes.**
- **Vigilar el uso racional de antimicrobianos. Es imprescindible discutir junto al equipo médico tratante los esquemas antibióticos que se utilizan en los pacientes de las áreas críticas. El uso indiscriminado de cefalosporinas de 3^o generación, glicopéptidos y carbapenemes generan presión de selección de bacterias multirresistentes y deben de ser utilizados con cautela.**
- **Todas las acciones deben de ser remitidas en forma escrita al comité de infecciones.**

6- Registro y Control de infecciones del sitio quirúrgico

Se recomienda que el programa contemple también el conocimiento de la cantidad y tipo de cirugías realizadas en la institución. Para ello es menester que un personal entrenado, (habitualmente se refiere a una enfermera o nurse encargada de quirófano) se ocupe de este relevamiento en forma diaria. Para ello deberá registrar en planillas confeccionadas para tal fin cada una de las cirugías que se realicen, las características de las mismas y el cirujano responsable.

Todo el equipo médico - quirúrgico deberá de denunciar a infectología todo caso de infección del sitio quirúrgico detectado a fin de establecer las características del mismo, su terapéutica, establecer las tasas de infección, analizar los datos, y actuar a consecuencia.

Se deberá de emitir un informe periódico con las tasas de infección y las medidas adoptadas.

7- La higiene hospitalaria: Manual de procedimientos-Medidas –Educación del personal

El medio inanimado representa un rol fundamental en el desarrollo de las infecciones intrahospitalarias funcionando como nicho de virus y gérmenes multirresistentes que son potenciales agentes etiológicos en el desarrollo de las mismas. Es bien conocida la implicancia de las infecciones por gérmenes multirresistentes, sin embargo se desestiman las infecciones virales cruzadas que se desencadenan en época invernal en áreas de asistencia pediátrica las cuales pueden ser devastadoras en lactantes. El personal médico y paramédico debe ser entrenado y educado a fin de conocer que los microorganismos bacterianos pueden sobrevivir días y semanas en superficies. No deben subestimarse en estas acciones a los agentes virales que también presentan tiempo de vida útil en superficies, así por ejemplo el virus sincicial respiratorio puede sobrevivir hasta 7 horas en superficies lisas y su diseminación puede ser devastadora en lactantes.(22)

Se debe enfatizar que la transferencia de gérmenes desde el medio ambiente al paciente se produce a través de las manos del personal lo cual determina entonces la existencia de una **Responsabilidad Subjetiva**, concepto extremadamente importante frente a la existencia de una demanda judicial.

La periodicidad de la higiene de cada área será responsabilidad de la institución, **Responsabilidad Objetiva**, acorde a las recomendaciones

previamente indicadas por el Comité

No solo es la higiene hospitalaria es decir la responsabilidad objetiva la implicada en el riesgo sino que la falta de diligencia en el personal por la inadecuada adherencia a la higiene de manos lo que determinará una responsabilidad subjetiva del equipo tratante.

El número y tipo de gérmenes presentes en el medio hospitalario dependerá de varios factores tales como el número de personas, la humedad, la aireación, las superficies, la actividad que se realice, el tipo de limpieza y los agentes desinfectantes utilizados para tal fin deberán escogerse acorde al área, la superficie y las características de la población.

El personal encargado para esta tarea debe ser adecuadamente entrenado y debe conocer la importancia en la ejecución de estas medidas. Las medidas adoptadas en cuanto a frecuencia de higiene por área de internación ó asistencia, agentes utilizados, diluciones utilizadas, accionar frente a suciedad orgánica, limpieza de instrumental médico, deben estar escritas en lenguaje claro y conciso a modo de algoritmo a fin de facilitar su comprensión y lectura.

El comité conjuntamente con los responsables del área deberán vigilar periódicamente el cumplimiento de las recomendaciones de higiene en áreas críticas.

El área quirúrgica debe ser estrictamente vigilada en cuanto al cumplimiento de las normas de higiene. Cumplir los tiempos estándares de limpieza no es la única medida importante, es muy importante mantener el quirófano a una determinada temperatura ambiente, entre los 22 y los 25 grados centígrados, y con una humedad de entre el 45% y el 60%, Otro aspecto crucial para garantizar un ambiente lo más aséptico posible es que los profesionales que intervienen en la cirugía cumplan fielmente las normas de higiene personal.

El programa de higiene hospitalaria se extenderá a las áreas de alimentación y lactario las cuales deben de ser vigiladas individualmente.

Del mismo modo se debe velar por la revisión de normativas y cumplimiento de circuito de residuos hospitalarios.

• Procedimientos y Métodos en la Central de Esterilización

El programa debe contemplar la existencia de un responsable de esterilización quien deberá de vigilar el cumplimiento adecuado de las normativas de cada procedimiento y velar por las condiciones de seguridad del lugar destinado para tal fin.

Periódicamente el comité deberá vigilar activamente el cumplimiento de las medidas.

SÍNTESIS:
MEDIDAS PARA DEMOSTRAR UNA DILIGENCIA INSTITUCIONAL EXQUISITA

Las publicaciones actuales demuestran fehacientemente que un alto porcentaje de las infecciones hospitalarias son prevenibles. En base a todos estos estudios el concepto de infección hospitalaria ha cambiado. Hasta hace no mucho tiempo el precepto era que muchas infecciones son inevitables aunque algunas podían ser prevenidas.

La documentación actual demuestra que la infección hospitalaria es potencialmente prevenida a menos que se demuestre lo contrario.

La evidencia médica vigente revela ni más ni menos que la responsabilidad en una infección hospitalaria es compartida; **la responsabilidad objetiva y subjetiva se encuentran entrelazadas.**

El eximirse de una demanda judicial por un proceso de infección hospitalaria requiere la demostración de diligencia, que no es otra cosa que demostrar que no hubo negligencia en el proceder

Para ello es menester que exista al menos lo siguiente:

- Comité de Control de Infecciones Hospitalarias integrado por infectólogo, enfermería, jefes de áreas críticas siendo indispensable que participe el director médico de la institución
- Programa ACTIVO en vigilancia y control de infecciones hospitalarias, este programa velará por el cumplimiento de las recomendaciones y normativas.
- Se encargará de la actividad educativa.
- Detectará a través de su vigilancia todos los impedimentos que favorezcan las violaciones de las recomendaciones impartidas.
- Realizará vigilancia de higiene de manos e higiene hospitalaria.
- Actuará activamente vigilando todos los episodios de infección intrahospitalaria.
- Determinará las tasas de infección hospitalaria en cada área cerrada las cuales deberán de ser evaluadas , analizadas e interpretadas actuando a consecuencia y no representar un mero número estadístico

- Todas las acciones deberán de ser adecuadamente informadas y registradas en un libro destinado para tal fin en el que debe de constatarse lo siguiente:
 - Minutas de las reuniones periódicas del Comité
 - Informes periódicos de las acciones a la Dirección ejecutiva de la Institución
 - Constatarse todas las acciones, medidas y / o procedimientos recomendados frente a las situaciones planteadas
 - Recepción firmada y fechada por los responsables que recepciones las mismas
 - Informe periódico de devolución de medidas que notifique resultados de las acciones y / o procedimientos realizados para cada situación planteada.

Bibliografía

1. Freuler C, Durlach R. Vigilancia de la infección hospitalaria. . en "Epidemiología y control de infecciones en el hospital" ./Ricardo Durlach y Marcelo del Castillo. 1º ed. Buenos Aires, Ediciones de la Guadalupe, 2006. p.39
2. Gaynes, PP, Horan TC. Surveillance of Nosocomial Infection. Cap.94. En: Mayhall CG, ed. Hosp Epidemiology and Infection Control. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2004; pp 1672-1689
3. Rosenthal V. Tasa de Infección Hospitalaria Asociada a Dispositivos Invasivos en Unidades de Cuidados Intensivos de Argentina. Infect Control and Hospital Epidemiology; 25:251-255. – 2004
4. Stamboulian D. Prólogo de "Epidemiología y control de infecciones en el hospital" ./Ricardo Durlach y Marcelo del Castillo. 1º ed. Buenos Aires, Ediciones de la Guadalupe, 2006.
5. Graves N. Economics and Preventing Hospital-acquired Infection. Emerg Infect Diseases 2004; 10: 561-566
6. Stone PW. A systematic audit of economic evidence linking nosocomial infections and infection control interventions. 1990-2000. Am J Infect Control 2001; 30: 145-152
7. Korin J. Cost implications of malpractice and adverse events. Hosp Formul, 1993 Jan ; 28 Suppl 1:59-61
8. Orlando A; Durlach R. Costos de la infección hospitalaria. Capítulo 12 en "Epidemiología y control de infecciones en el hospital" ./Ricardo Durlach y Marcelo del Castillo. 1º ed. Buenos Aires, Ediciones de la Guadalupe, 2006. p.39
9. Rosenthal V.col Costo atribuible y duración de la estadía hospitalaria por causa de neumonía en unidades de cuidados intensivos de Argentina. Estudio prospectivo y comparado. American Journal Infection Control. Abril 2005; 33(3):157-61. – 2005
10. Glabman M. The Top Ten Malpractice Claims (and how to minimize them). Hospital & Health Networks article. Sept. 6, 2004. Disponible en www.hhnmag.com
11. Calvo Costa, CA. Infecciones intrahospitalarias: ¿Responsabilidad objetiva o responsabilidad subjetiva? Responsabilidad Civil y Seguros 2008-V, 61
12. Mariona, F. Responsabilidad civil por infecciones hospitalarias y gestión del riesgo. Responsabilidad Civil y Seguros, Ed. La Ley. 2004. Pág. 66 y siguientes.
13. Weingarten C. La hotelería en el hospital público y la responsabilidad por infecciones, en Responsabilidad del Estado y del Hospital Público. Ghersi Carlos, Weingarten Celia (directores). Ed. Nova Tesis 2005, pág.63
14. Mayo J. La obligación de seguridad y el factor de atribución. En: Obligación de Seguridad. Director: Roberto A. Vázquez Ferreira. Suplemento especial La Ley. Sept 2005. Ed. La ley. Pág. 10.14
15. Vazquez Ferreyra RA., Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Ed Hammurabi, Buenos Aires, 2002, págs 151 y 152
16. Dale Bratzler.col Use of Antimicrobial Prophylaxis for Major Surgery .Baseline Results From the National Surgical Infection Prevention Project . Arch Surg. 2005;140:174-
17. Harbarth S et al. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. J Hosp Infect 2003;54;258–266.
18. Barenholtz S.col Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. Critical Care Medicine:2004 32(10)2014-2020
19. Pronovost M.col An intervention to decrease catheter related bloodstream infections in the ICU NEJM 2006:355-2725
20. Snyderman D. Prevention of Catheter and Intravascular Device-Related Infections: A Quality-of-Care Mandate for Institutions and Physicians.MMWR 2005 , 54:1013
21. Recomendación Intersociedades Higiene de Manos www.sati.org.ar
22. Cozad A Desinfection and prevention of infections diseases AJIC 2003,31(4):243-254