



# PREVENCIÓN, CONTROL DE INFECCIONES Y USO APROPIADO DE ANTIMICROBIANOS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

---

## TEMA 1. PRESENTACIÓN DEL MÓDULO

## Módulo 1a. CONTROL DE INFECCIONES

### TEMA 1: PRESENTACIÓN DEL MÓDULO.

*Autores: Jesús Rodríguez-Baño\*, José Guillén, Carmen Lupión y Manuela Lacida.*

#### INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTOS

La infección hospitalaria es reconocida como uno de los principales problemas de seguridad de los pacientes ingresados en los hospitales. Son causa importante de morbilidad, y conllevan un muy significativo aumento del coste del proceso. Si bien es cierto que en la patogenia de estas infecciones intervienen factores intrínsecos al paciente y a los microorganismos causantes, no lo es menos que el principal factor de riesgo es la realización de procedimientos invasivos (sondaje urinario, cateterización y procedimientos vasculares, cirugía, procedimientos endoscópicos, ventilación mecánica, etc.), y que en su etiología intervienen frecuentemente microorganismos transmitidos en el propio hospital. Por ello, en muchos casos se trata de efectos adversos evitables de la hospitalización. De hecho, sabemos desde los estudios SENIC realizados en EEUU en los años 70 que la incidencia de infecciones era un 30% menor en los centros con programas activos que incluían una vigilancia activa de las infecciones, personal dedicado y transmisión de la información sobre la frecuencia del problema a los sanitarios asistenciales. En los años 90 se reconocía que incluso con estas actividades, aún había un importante margen para reducir la incidencia de las infecciones hospitalarias.

La atención hospitalaria ha cambiado mucho desde entonces (tabla). Por una parte, ha cambiado el sujeto en riesgo: los pacientes están menos días ingresados, pero ha aumentado su edad media, su gravedad y su índice de complejidad. Por otra parte, ha cambiado la exposición a los procedimientos: precisan someterse a más procedimientos de riesgo, muchos de ellos novedosos, es muy frecuente el uso de implantes, y se utilizan con mayor frecuencia tratamientos inmunosupresores. Y finalmente, han cambiado los patógenos, de manera que la resistencia a los antimicrobianos es ahora uno de los principales problemas de salud pública para muchas instituciones sanitarias. El desarrollo creciente de dispositivos y sistemas de atención alternativos a la hospitalización y su generalización (tratamientos endovenosos domiciliarios o en hospitales de día, realización de procedimientos invasivos en régimen ambulatorio) y la institucionalización creciente de pacientes ancianos y dependientes en centros sociosanitarios suponen retos añadidos, dado que las infecciones adquiridas en estos contextos han venido a añadirse a las clásicamente hospitalarias, de manera que ya hace años que hablamos genéricamente de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). Finalmente, la globalización, con el aumento de los viajes intercontinentales, las migraciones o el llamado turismo sanitario, han permitido la rápida diseminación mundial de diversos patógenos multirresistentes.

En este contexto, la tolerancia profesional y social a las IRAS también ha cambiado drásticamente. Si hace un par de decenios se reconocía la necesidad de trabajar para prevenir estas infecciones, ahora estamos en la era de la seguridad del paciente. Ya estamos habituados a que se hable de tolerancia cero para muchas de estas infecciones, consideradas como se expuso antes como efectos adversos evitables de la asistencia sanitaria. Las repercusiones de este nuevo paradigma son tremendas para la gestión sanitaria y para los profesionales.

Por tanto, estamos en una nueva era de las IRAS, en la que han cambiado los sujetos, los procedimientos, los microorganismos y el entorno. La respuesta profesional ha sido la esperada: se han mejorado los sistemas de vigilancia, incorporándose la vigilancia de procedimientos, se han diseñado e implantado nuevas

estrategias para reducir las infecciones (con el uso de listas de comprobación o *checklists*, y la implantación de conjuntos de medidas seleccionadas en base a la evidencia y de acción sinérgica, los llamados *bundles*), se han incorporado complejas técnicas de caracterización epidemiológica de los microorganismos y sus mecanismos de resistencia, se trabaja en el desarrollo tecnológico de productos y sistemas de mejora de la higiene hospitalaria, etc. Y desde luego, lo que antes eran recomendaciones (higiene de manos, seguimiento de los protocolos) hoy es una obligación profesional ineludible.

Encarar esta compleja situación requiere la constitución de equipos multidisciplinares de profesionales altamente cualificados y expertos para el desarrollo de estas tareas, que trabajen sobre programas con resultados medibles y que desarrollen intervenciones que permitan verdaderamente evitar el mayor número de infecciones. La tarea se ha complicado enormemente; se necesita un conocimiento profundo de la realidad clínica y sus dificultades y un verdadero liderazgo que permita influir en los comportamientos profesionales, así como un conocimiento exhaustivo de la muy compleja epidemiología de los microorganismos resistentes, una gran capacidad reflexiva sobre la evidencia científica y su aplicabilidad local, etc. Si bien la prevención de las IRAS es responsabilidad de todos los trabajadores de los centros sanitarios, son los equipos de control de infecciones los que tienen la mayor responsabilidad profesional en esta tarea, por su dedicación y conocimientos. Es evidencia que la implicación institucional debe ser máxima, pero también que son los propios equipos de control los que deben conseguirla si no viene dada.

*Tabla. Cambios en la atención hospitalaria en las dos últimas décadas.*

	<b>Cambios</b>
Pacientes	Mayor edad.
	Mayor frecuencia de comorbilidades.
	Mayor gravedad de la situación aguda.
	Menor estancia.
Procedimientos	Más frecuentes.
	Aumento de cirugía laparoscópica.
	Aumento de procedimientos endoscópicos.
	Procedimientos ambulatorios.
	Trasplantes de órganos.
	Nuevos fármacos y regímenes quimioterápicos.
Nuevos inmunosupresores.	
Microorganismos	Aumento de la resistencia a antimicrobianos en la comunidad y en los hospitales.
	Aparición y diseminación de clones multirresistentes.
	Aumento de microorganismos oportunistas.
Sistema sanitario	Ambulatorización de procesos: unidades de día, hospitalización domiciliaria, procedimientos.
	Aumento de personas institucionalizadas en residencias, centros sociosanitarios, centros de crónicos.
Entorno social	Globalización: migraciones, turismo, turismo sanitario.
	Era de la seguridad del paciente: tolerancia cero a los efectos adversos evitables.
	Crisis económica.

## **OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE IRAS**

El objetivo principal de las actividades de vigilancia, prevención y control de las IRAS es reducir al máximo la incidencia de IRAS y las resistencias bacterianas (por lo que es imprescindible la coordinación de estas tareas con las de optimización en el uso de antimicrobianos). Como reflejo de esto, no se trata simplemente de que los indicadores estén por debajo de la media, sino que se mantenga una filosofía de nula tolerancia a las infecciones potencialmente evitables.

Como objetivos secundarios pueden plantearse la generación de conocimiento e investigación en esta área y la docencia para potenciales futuros miembros de los equipos.

## **MÉTODO**

Los hospitales deben contar con un programa de vigilancia, prevención y control de las IRAS. Estos programas deben ser aprobados por la Comisión de Infecciones y responder a las líneas del Programa PIRASOA. El programa local debe revisarse al menos anualmente, y deben incluir:

- Un análisis de situación.
- Los objetivos, priorizados.
- Los indicadores definidos.
- Las actuaciones a llevar a cabo para conseguirlos.
- El cronograma.

Existen Comisiones de Infecciones en todos los centros, como órganos asesores de la Dirección y cuyo funcionamiento está regulado. La Comisión de Infecciones es el órgano donde los grandes temas relacionados con la vigilancia, prevención y control de las IRAS deben tratarse; así, es donde deben aprobarse el programa y los protocolos de actuación y deben discutirse los resultados de los indicadores.

Las responsabilidades del Equipo de Control de Infecciones (ECI) se discuten en el siguiente tema.