

Cartas ao Editor

**Una pregunta esencial en control de Infecciones ¿Por qué nos cuesta tanto cambiar?
Uma questão essencial no Controle de Infecção. Porque é tão difícil mudar?**

Pola Brenner¹

¹ Facultad de Medicina Departamento de Pre- Clínicas, Universidad de Valparaíso, Chile

Submissão: 20/06/16

Aceite:13/07/16

pbrenner@vtr.net

Mi primera inquietud respecto a la ciencia y la práctica surgió a partir de un artículo que llegó a mis manos por casualidad cuando recién me estaba incorporando al mundo de las infecciones asociadas a la atención en salud. Fue escrito por una conocida enfermera de control de infecciones en 1984 y se llamaba “Del ritual a la razón”.¹ En este artículo la autora señala que muchas prácticas que se realizan rutinariamente en los hospitales son rituales que se han transmitido de generación en generación sin estar basados en el conocimiento científico y donde nadie ha probado que tengan impacto en las infecciones que pretenden prevenir. Su lectura en esa oportunidad me impresionó profundamente e hizo que reflexionara respecto a si realmente los que trabajamos en control de infecciones creemos en la ciencia y si estamos dispuestos a abandonar prácticas inefectivas e incorporar prácticas efectivas.

Se podría pensar que no contamos con información pero eso no es efectivo. Los últimos años se han realizado investigaciones y actividades de difusión que nos han permitido conocer cuáles son las prácticas que tienen impacto en prevenir y controlar infecciones y el grado de evidencia que las sustenta. Por otra parte, organizaciones, y agencias reguladoras han publicado recomendaciones con acceso libre donde también está disponible la información. El tiempo y la experiencia me han mostrado que realmente lo que parece obvio, no es tan obvio y que en general las personas prefieren aferrarse a los rituales y lo que “han visto siempre” y que el conocimiento en si no es suficiente para gatillar cambios conductuales.

Sabemos que la prevención y control de infecciones se basa fundamentalmente en la implementación de prácticas “efectivas” que han demostrado tener impacto en este sentido por lo que lograr que se incorporen estas prácticas en la rutina diaria constituye uno de los

objetivos principales de estos programas. Entonces la pregunta es ¿cómo lograrlo?. Llama la atención que durante los últimos 30 años siguen persistiendo los mismos problemas expresados en 1984. En 1995, un Comité de APIC (Asociación Americana de Profesionales de Control de Infecciones), publicó un estudio sobre la prevalencia de “vacas sagradas,” en control de infecciones y que se referían a prácticas consideradas obsoletas y ritualistas. Se obtuvieron 506 encuestas de establecimientos de salud la mayoría de agudos. Una proporción importante de las respuestas afirmaba que en sus establecimientos aún mantenían rutinariamente prácticas inefectivas (58% hacían vigilancia total, 43% aislamiento protector, y 11% recomendaban radiografía anual de tórax a personal con PPD reactivo). Algo interesante de este artículo es que cuando el establecimiento contaba con personal certificado en control de Infecciones, no habían diferencias en intenciones de abandonar rituales.²

La experiencia en Latinoamérica no es muy diferente. En el año 2005, OPS publicó una Guía Rápida para evaluar Programas de Control de Infecciones.³ La guía contiene estándares de evaluación para ocho ámbitos inherentes al control de infecciones : organización; vigilancia; microbiología; estrategias de intervención ; esterilización y desinfección de alto nivel ; salud del personal; ambiente hospitalario y prácticas inefectivas . Fue aplicada por evaluadores de distintos países en 67 hospitales entre los años 2006 y 2007. Se encontró que el 60% administraba antibioprofilaxis quirúrgica por más tiempo del recomendado, el 72% utilizaba cubrecalzado, el 55% realizaba cultivos rutinarios del ambiente. Se utilizaban también medidas inefectivas que aumentan el riesgo de infección : el 67% de los hospitales realizaba rasurado preoperatorio, 51% esterilizaba material por inmersión en agentes químicos , 75% realizaba descontaminación química del material contaminado y 27% utilizaban jeringas multidosis en anestesia (uso de jeringas o agujas en más de un paciente).⁴

En esa misma publicación, se mostró que todos los hospitales evaluados contaban con Comités de Infecciones pero a pesar de la estructura formal, sólo 45% de esos comités tenían metas anuales de control de infecciones, y dentro de ellos en el 43% de las instituciones, se registraba el cumplimiento de esas metas. El 33% de los hospitales contaba con programa de capacitación para el control de infecciones. En el 64% de los establecimientos, la vigilancia no estaba a cargo de profesionales capacitados y sólo en

43% se realizaba vigilancia; en 30% se hacía análisis epidemiológico. Sólo el 28% de los hospitales contaba con regulaciones basadas en evidencia y no era posible documentar programas de supervisión para asegurar su cumplimiento.

La pregunta entonces es ¿por qué nos cuesta tanto cambiar?. La respuesta definitivamente no la tenemos pero probablemente nos hemos concentrado más en el conocimiento y mucho menos en implementar estrategias para lograr que lo que sabemos que funciona realmente se lleve a la práctica y lo que sabemos que no funciona se elimine.

Debemos considerar que la atención en salud vive momentos turbulentos donde los cambios y la complejidad de las prestaciones han llegado a ser una constante. En ese contexto el equipo de salud, recibe grandes presiones para lograr excelencia y los profesionales de control de infecciones no están fuera de ese contexto.

¿Y qué podemos hacer?. Hay dos estrategias exitosas que me gustaría mencionar en control de infecciones. La primera es la de los paquetes de medidas (bundles) (cumplimiento de las medidas de mayor impacto en forma conjunta que implica seleccionar medidas, implementarlas y supervisarlas).⁵ Hasta ahora la estrategia ha demostrado gran impacto en reducción de infecciones.^{6,7} ¿Por qué funciona? Fundamentalmente porque tiene un objetivo claro, son creíbles por aquellos que deben cumplirlas, se basan en evidencia, involucra a todo el equipo y ponen el problema como algo que tiene solución. La principal lección aprendida de los bundles es que las infecciones pueden prevenirse en muchos casos casi en su totalidad, que debemos derribar mitos y que es difícil lograr cambios en forma aislada por lo que requerimos de redes colaborativas y trabajo en equipo.

La segunda experiencia exitosa constituye la aplicación de estrategias multimodales cuyo ejemplo más reciente es la de la OMS para mejorar adherencia a higiene de manos. Se basa en participación multidisciplinaria, cultura de seguridad, cambios en el sistema, capacitación y supervisión en forma permanente.⁸ Muchas publicaciones han demostrado su impacto.^{9,10,11}

Los elementos comunes en ambas experiencias son la participación y la visión estratégica. De hecho hoy hay consenso ambos elementos son los que han tenido impacto en cambios conductuales. Este enfoque es el que puede guiar a los profesionales y a los programas de control de infecciones a tomar decisiones con resultados exitosos.¹²

Marguerite Jackson en el artículo que comentamos al inicio de esta publicación dice que los que trabajamos en control de infecciones al analizar los rituales y pensar en erradicarlos, deberíamos plantearnos las 5 W (en inglés): Qué (what) en qué consiste el ritual, quien (who) a quienes afecta, Donde (where) en qué servicios, Cuando (when) cuando se realiza y Por qué (Why) cual es el motivo que se practique. En el fondo si somos capaces de respondernos las 5W podremos tener información para iniciar el cambio porque sabemos de donde proviene lo que queremos cambiar.

El desafío que debemos enfrentar como profesionales de control de infecciones es encontrar el fundamento de las prácticas y descartar los rituales. La invitación entonces es usar el método epidemiológico e implementar estrategias efectivas. Probablemente esa sea la única forma de enfrentar los grandes desafíos de los programas de control de infecciones en el futuro.

REFERENCIAS

1. Marguerite M. Jackson, R.N., MS. From ritual to reason-with a rational approach for the future: An epidemiologic perspective (AJIC vol 12 Number 4 August 1984).
2. Pirwitz S, Prevalence of use of infection control rituals and outdated practices: Education Committee survey results. AJIC 1997, Feb (25) Issue 1 pg 28 -33.
3. Guía de evaluación rápida de Programas de Infecciones Intrahospitalarias . OPS/DPC/CD/A/338/05.
4. Evaluación de la infección hospitalaria en siete países latinoamericanos . Rev Panam Infectol 2008;10 (4 Supl 1):S112-122.
5. Institute for Healthcare Improvement. Disponible en: < <http://www.ihl.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/ImprovementStories/WhatIsaBundle.htm>>.
6. Miller RS et al. System initiatives reduce healthcare-associated infections: a study of 22,928 device days in a single trauma unit. J Trauma. 2010 Jan;68(1):23-31.
7. Liao KH1, Aung KT, Chua N, Ho CK, Chan CY, Kow A, Earnest A, Chia SJ.. Surg Infect (Larchmt). 2010 Apr;11(2):151-9.
8. Save lives. Guía de aplicación. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Disponible en: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?ua=1>.
9. Restrepo AV, Valderrama MP, Correa AL, Mazo LM, González NE, Jaimes F. [Implementation of the strategy "Clean Care is Safer Care" in a third level hospital in Medellín, Colombia]. Rev Chilena Infectol. 2014 Jun;31(3):280-6.
10. Scheithauer S, Kamerseder V, Petersen P, Brokmann JC, Lopez-Gonzalez LA, Mach C, Schulze-Röbbecke R, Lemmen SW. Improving hand hygiene compliance in the emergency department: getting to the point. BMC Infect Dis. 2013 Aug 7;13:367.

11. Ho ML, Seto WH, Wong LC, Wong TY. Effectiveness of multifaceted hand hygiene interventions in long-term care facilities in Hong Kong: a cluster-randomized controlled trial. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2012 Aug;33(8):761-7.
12. Soule B. From vision to reality: strategic agility in complex times *Am J Infect Control* 2002;30:107-19.

AHEAD OF PRINT