

¿CUÁNTAS ENFERMERAS DE CONTROL DE INFECCIONES SE NECESITAN POR HOSPITAL?

ALCANCE DEL TRABAJO Y CANTIDAD DE PROFESIONALES EN CONTROL DE INFECCIONES (CDC)

*Lic. Stella Maimone
Marzo 2008*

La efectividad de la vigilancia de infecciones y de los Programas de Control de Infecciones, para prevenir las infecciones nosocomiales en los hospitales de los EEUU, fue evaluada por el CDC (Centro de control de enfermedades de Atlanta) en el estudio de eficacia de control de infecciones nosocomiales (PROYECTO SENIC), conducido entre los años 1970/76. En una muestra representativa de hospitales generales, aquellos con un médico y un microbiólogo entrenado en programas de control de infecciones y por lo menos una ECI cada 250 camas, estaban asociados con un 32% menos de infecciones nosocomiales entre cuatro infecciones estudiadas (bacteriemias, neumonías asociadas a respirador, infecciones del tracto urinario, e infecciones del sitio quirúrgico)

Desde que el estudio de referencia fue publicado, las responsabilidades del ECI se ampliaron proporcionalmente al desarrollo de complejidad de los sistemas de salud. La población de pacientes que requieren procedimientos médicos, muchos de ellos invasivos, se ha incrementado en todos los sistemas de salud.

El alcance del rol del ECI fue evaluado primeramente en el año 1982, por el comité de certificación de control de infecciones (CBIC) y ha sido re evaluado en el año 2001. Los hallazgos de este trabajo han sido utilizados para rever el examen de certificación, realizado por primera vez en el año 1983.

Con cada estudio se ha demostrado que el rol del ECI ha aumentado en complejidad y desarrollo y su alcance está más allá de las actividades tradicionales de control de infecciones, en los hospitales agudos.

Las actividades actuales asignadas al ECI, en respuesta de los desafíos emergentes, incluyen:

- a. Vigilancia y control de las infecciones en otras unidades que no son de cuidados agudos (tercer nivel, clínicas ambulatorias, centros de cirugía, atención de pacientes ancianos, etc.)
- b. Salud del personal (manejo de contactos, accidentes cortopunzantes, etc.)
- c. Planificación de medidas de ataque en epidemias de la comunidad (influenza, SARS)
- d. Monitoreo de adherencia a las prácticas de control de infecciones
- e. Evaluación del riesgo e implementación de medidas asociadas con la construcción y renovación

- f. Prevención de la transmisión de organismos multiresistentes
- g. Evaluación de nuevos productos que podrían estar asociados con un incremento del riesgo de las IACS. Ej: materiales para la infusión intravenosa, líquidos para el lavado de manos, etc.
- h. Comunicación con salud pública, otros profesionales, otros centros de salud relacionados con el tema.
- i. Participación en proyectos de investigación multicéntricos y locales

Ninguno de los trabajos analizados por el comité de certificación fue específicamente dirigido a los requerimientos del número de ECIs necesario en cada hospital. Si bien se incluyó información acerca de las horas de trabajo la vigilancia de 2001 incluyó el número de ECIs asignados en cada institución. Hay un cuerdo en la literatura en que 1 ECI cada 250 camas de cuidados agudos no es adecuado para las necesidades actuales del control de infecciones.

El proyecto Delfhi, que evaluó la cantidad de ECIs necesarias para desarrollar un programa de control de infecciones en el siglo 21, concluyó que la relación de 0.8 a 1.0 ECIs por 100 camas ocupadas de cuidado agudo, es un apropiado número de personal. Un estudio de vigilancia que se realizó con los participantes al sistema de vigilancia nacional (NNIS) encontró que el promedio diario era un ECI cada 115 camas. Los resultados de otros estudios, arrojaron datos similares: 3 cada 500 camas de pacientes agudos; 1 cada 150-250 de pacientes crónicos; 1.56 cada 250 camas en pequeños hospitales rurales, etc.

Los estudios precedentes demostraron que la cantidad de ECIs no está basada solamente en la cantidad de pacientes que tiene la institución. Debe estar determinada por la amplitud del programa de control de infecciones (PCI), las características de la población del paciente, la complejidad del sistema de salud, las herramientas esenciales para trabajar (software, laboratorio de microbiología y su relación con el control de infecciones), y la necesidad de la Institución de contar con el programa. Además la formación y el entrenamiento son fundamentales para optimizar la calidad del trabajo a realizar.

Comentario: el rol del ECI también ha cambiado en nuestro país. Si bien aún hay Instituciones que no se han dado cuenta del valor de incorporar este profesional al plantel de la institución, indudablemente se trata del desconocimiento de los aportes del rol. Un estudio realizado en la República Argentina, en el año 2004, durante 6 meses consecutivos, (PROYECTO VALIDAR) en 107 centros de salud, mostró que contar con un PCI activo podría evitar en todo el país, sólo en las unidades de cuidados intensivos, 96.000 infecciones asociadas a procedimientos invasivos, 19.960 muertes atribuibles a esas infecciones y un horro anual de al menos 224 millones de pesos. Si estos datos parecen convincentes para el lector, no lo parecen para varios profesionales que tiene el poder de decidir. El año pasado en un hospital interzonal de agudos del gran Buenos Aires, una licenciada

en enfermería debía decidir la dotación de enfermeras del hospital, entonces decidió eliminar del plantel a la ECI. Pues consideró que faltaban enfermeras asistenciales. Si hubiera conocido el tema, tal vez hubiera razonado, que con el ahorro de la Provincia en infecciones, se podían contratar enfermeras con buen salario y modificar su realidad.

No es menos importante el atraso que tienen las sociedades científicas en aportar datos a los Ministerios de Salud, y ayudar a la comprensión del tema, a la importancia en formación de profesionales, para que de una vez por todo este tema se tome con la seriedad que así lo requiere.