

Prevención de infecciones endovasculares en terapia intensiva: Un desafío posible

María González Arzac

Servicio de Infectología. Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Dr. R. Rossi. La Plata

A un cuando la heterogeneidad de los estudios realizados impide conocer con precisión su impacto en términos de mortalidad atribuible y utilización de recursos financieros, las infecciones endovasculares vinculadas a la utilización de accesos venosos centrales constituyen, sin duda alguna, una complicación mayor de la hospitalización, a menudo prevenible¹.

El uso de catéteres venosos centrales no tunelizados, empleados en el manejo de pacientes internados en Unidades de Terapia Intensiva, ha mostrado en diferentes estudios ser la fuente del 90% de las bacteriemias nosocomiales asociadas a accesos vasculares, e implicar para los pacientes sometidos a este tipo de procedimientos un riesgo de padecer bacteriemia entre 3,1 y 6,8 veces superior, si se los compara con quienes no lo están².

El avance del conocimiento y la tecnología han permitido en los últimos diez años la incorporación de nuevas estrategias y la modificación de las medidas clásicas para su prevención y control, pero en cualquier caso su aporte no es sino una contribución adicional a las medidas que a estos efectos tienen eficacia más comprobada y mejor relación costo beneficio: 1. El uso de una estricta técnica aséptica para su colocación. 2. El manejo de los accesos por personal específicamente entrenado en el tema. 3. El monitoreo sistemático de los pacientes expuestos (vigilancia).^{3,4}

En este número de la MEDICINA INTENSIVA, la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital San Martín presenta su experiencia a lo largo de un año en vigilancia de infecciones asociadas a catéteres venosos centrales⁵, utilizando para ello la metodología propuesta por el National Nosocomial Infection Surveillance System (NNISS). Si a la estricta técnica de colocación y cuidado descriptos se suma la consideración de que el 80% de las vías fueron colocadas por médicos residentes interesados directamente en el tema, y que la realización del estudio implica por sí misma la implementación de la metodología de la vigilancia, puede interpretarse que la adhesión a las recomendaciones para la prevención de este tipo de infecciones

ha sido alta. En este contexto, la tasa de bacteriemia asociada a catéter (BAC) resulta comparable a la observada en el conjunto de 123 Unidades de Terapia Intensiva de perfil médico quirúrgico y universitario reportada por el NNISS (4,2 / 1.000 días catéter vs. 5,3/1.000 días catéter).

Así como el seguimiento de las BAC constituye la medida de mayor impacto clínico en el estudio de este tema, el estudio de las colonizaciones de catéter (CC) es el objetivo más sensible para evaluar la calidad de la técnica de colocación y cuidado.⁶ De los catéteres removidos 70/268 (26%) cumplieron criterios para el diagnóstico de colonización de catéter. Si bien se trata de pacientes con múltiples factores de riesgo (multiinfectados, severamente enfermos y posiblemente expuestos a presión de selección por el uso de antimicrobianos) resulta al menos preocupante la observación de *Acinetobacter spp.* en 29/70 (41%) de las CC diagnosticadas. Puede comprenderse la amenaza que esto significa si se tiene en cuenta que: 1. La colonización antecede a la infección activa. 2. El germen es habitualmente multiresistente. 3. Los pacientes colonizados constituyen la fuente más frecuente que justifica tanto los niveles endémicos como los brotes producidos por este agente.^{7,8}

Los datos resultan relevantes ya que ponen en evidencia los beneficios documentados de implementar con decisión estrategias apostando a la prevención y los riesgos potenciales de no hacerlo. El éxito de estas estrategias está vinculado a garantizar la existencia de recursos materiales esenciales para sostener las medidas básicas de control de infecciones y fundamentalmente a apostar a la adecuación cuantitativa y cualitativa del recurso humano empleado en el ámbito asistencial.^{9,10,11}

En el marco de la crisis económico-financiera actual, estos resultados son de utilidad para enfatizar que, en este tema como en muchos otros, la peor contención de costos es la que puede resultar de la escasez de insumos esenciales y la utilización de recursos humanos insuficientes en número y/o formación, remarcando la necesidad de buscar soluciones más racionales en los bien descriptos métodos de prevención de infecciones hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. MMWR recommendations and records: Guideline For Prevention Of Intravascular Device - Related Infections. Vol 51/RR-10 August 9 2002
2. Jarvis W, Temporado Cookson S and Robles Belen: Prevention Of Nosocomial Bloodstream Infections: A National & International Priority. Inf. Control and Hospital Epidemiology May 1996; Vol. 17 N° 5: 272-275.
3. MMWR recommendations and records: Guideline For Prevention Of Intravascular Device-Related Infections. Vol 51/RR-10 August 9 2002

4. Sherertz R. Look before you leap: Discontinuation of an infusion therapy team. Inf. Control and Hospital Epidemiology Feb 1999; Vol 20 N°11: 99-100

5. Reina Rosa, Balasini Carina, Estensoro Elisa y Cols: Infecciones asociadas a Catéteres Venosos Centrales en pacientes críticos. Medicina Intensiva 2002

6. Sherertz R. Surveillance for Infections Associated With Vascular Catheters. Inf. Control and Hospital Epidemiology Nov 1996; Vol 17 N°11: 746-752

7. Erika, Dágata y Cols: An outbreak of *Acinetobacter*

baumannii: The importance of cross transmission .
 Inf. Control and Hospital Epidemiology Sept 2000;
 Vol 21 N° 9: 588-591

8. Martinez - Pellus, Ruiz Gomez y Cols :
 Incidencia de colonización e infección por
Acinetobacter baumannii en un área endémica.
 Análisis de los factores de riesgo en un estudio
 de vigilancia . Enfermedades Infecciosas y
 Microbiología Clínica Mayo 2002, 20(5): 149-9

9. Scott K, Fridkin M et al: The role of undersaffin g
 in central venous catheter associate d bloodstrea m

infection s Inf. Control and Hospital Epidemiology
 Mar 1996; Vol 21 N°: 150-158

10. Farr Barry M : Understaffing: A risk factor for
 infection in the era of downsizing ? Inf. Control and
 Hospital Epidemiology Mar 1996; Vol 21 N°: 147-19

11. Jackson M, Chiarello L, Gaynes R, Gerberding
 J. Nurse staffing and health care associate d
 infections . Proceedings from a working group
 meeting. JONA Jun 2002; Vol 32 N°6: 314-322