

Viejas tecnologías, nuevos métodos y bajos costos

Desde el siglo XIX se ha demostrado que el lavado de manos es una forma efectiva de prevenir la transmisión de microorganismos en el ambiente hospitalario y de evitar la aparición de infecciones hospitalarias. Es una tecnología vieja. Es efectiva y relativamente poco conocida e implementada. En este número de la revista *Infectio*, C. A. Álvarez y sus colaboradores en el Hospital Santa Clara de Bogotá muestran cómo una estrategia multidisciplinaria basada en el lavado de manos obtiene de forma efectiva los objetivos planteados en la primera frase de este editorial. Pero si la tecnología no es nueva, entonces, ¿qué es lo novedoso en este estudio?

Para quienes conocen el Hospital Santa Clara, saben que es un ejemplo del sistema público colombiano. Un hospital extremadamente ocupado que atiende una gran población desprotegida, con pacientes con numerosos problemas sociales y económicos, con limitaciones de infraestructura –que han mejorado notablemente en los últimos años– y por cuyos corredores transitan estudiantes y residentes de las distintas carreras del área de la salud.

En estas condiciones “usuales” de atención hospitalaria el Grupo de Control de Infecciones en estrecha colaboración con la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) demostró que mejorar la vigilancia e implementar el lavado de manos con alcohol glicerinado resultaba en una efectiva reducción del número de pacientes con ciertas infecciones intrahospitalarias y en una reducción marginal de la resistencia a ciertos antibióticos en ciertos microorganismos. Esto es lo novedoso, demostrar que el trabajo multidisciplinario y juicioso rinde resultados en las condiciones reales de la atención de los pacientes colombianos.

Los estudios han demostrado que esta estrategia no es reconocida en su real importancia por la mayoría de los trabajadores de la salud. El cumplimiento del lavado de manos se suele encontrar en la mayoría de los estudios por debajo del 50%. En Virginia, el equipo de W. E. Bishoff encontró que el hábito del lavado de manos después de los procedimientos en la UCI aumentó de 22% a 42%, gracias a la disponibilidad de los dispensadores de soluciones de alcohol dispuestos al alcance del personal de salud (1). Este porcentaje de cumplimiento fue el máximo cuando la relación entre los dispensadores y el número de camas era de uno a

uno. En esta última circunstancia, el porcentaje de cumplimiento del lavado de manos fue del 48%. Este estudio, con un diseño similar al presentado por el grupo del doctor Álvarez mostró un efecto limitado (estadística-mente no significativo y de baja magnitud) al evaluar la educación que se había implementado previamente a la introducción de la solución para el lavado de las manos. Las soluciones a base de alcohol han demostrado ser más efectivas que el jabón como medio para reducir la flora transitoria presente en las manos (2,3).

Pero, se ha encontrado también que es bastante complicado realizar este tipo de estudios y, sobre todo, explicar los resultados únicamente con base en el lavado de manos. En estudios como el realizado, en la institución se refuerzan las estrategias de vigilancia, se afinan los mecanismos de detección de los casos, se educa en el lavado de manos e infecciones hospitalarias y se introducen las soluciones con alcohol para el lavado de manos. El desenlace medido no es la eficiencia de esta última estrategia para erradicar los microorganismos de las manos, sino la frecuencia de las infecciones hospitalarias. Otros estudios han demostrado resultados contradictorios en estas circunstancias (4), lo que ha llevado a los autores de esta revisión a proponer que el objeto de la aleatorización sea la UCI misma (como individuo), con el fin de evitar factores de confusión como el tipo de pacientes en riesgo, el diseño arquitectónico y funcional de la UCI y el comportamiento de los miembros del personal (5).

Además, previniendo las infecciones hospitalarias en una UCI típica colombiana se pueden ahorrar costos en vidas humanas y costos económicos. En estos tiempos de cinturón apretado para IPS, EPS y, en general, para todo el sistema de salud, estos ahorros son muy benéficos. Por tanto, la inversión hecha por parte de los hospitales en el Comité de Infecciones Intrahospitalarias, el infectólogo y otros miembros del equipo, el laboratorio de microbiología, el entrenamiento del personal de la UCI, la compra de dispensadores de alcohol y del mismo alcohol resulta en un ahorro para todo el sistema y una forma importante de brindar calidad en la atención. Por eso, el aporte del grupo del Hospital Santa Clara demuestra no sólo lo necesario que es el lavado de manos con una nueva tecnología, sino que es posible hacer buena medicina en un hospital colombiano.

REFERENCIAS

1. Bischoff WE, Reynolds TM, Sessler CN, Edmond MB, Wenzel RP. Handwashing compliance by health care workers: the impact of introducing an accessible, alcohol-based hand antiseptic. *Arch Intern Med* 2000; 160:1017-21.
2. Girou E, Loyeau S, Legrand P, Oppein F, Brun-Buisson C. Efficacy of handrubbing with alcohol based solution versus standard handwashing with antiseptic soap: randomised clinical trial. *BMJ* 2002;325:362-6.
3. Kac G, Podglajen I, Gueneret M, Vaupre S, Bissery A, Meyer G. Microbiological evaluation of two hand hygiene procedures achieved by healthcare workers during routine patient care: a randomized study. *J Hosp Infect* 2005;60:32-9.
4. Silvestre L, Petros AJ, Sarginson RE, de la Cal MA, Murria AE, van Saene HKF. Handwashing in the intensive care unit: a big measure with modest effects. *J Hosp Infect* 2005;59:72-9.
5. Larson EL, Cimiotti J, Haas J *et al.* Effect of antiseptic handwashing vs. alcohol sanitizer on health care-associated infections in neonatal intensive care units. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:377-83.

Formación y campos de acción en enfermedades infecciosas

Hemos recibido con beneplácito la contribución de José Gutiérrez del Departamento de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada en España acerca de la gestión clínica del facultativo especialista del área de microbiología y parasitología hospitalaria, pomposo título de un profesional médico que desempeña labores importantes en el hospital, relacionadas con el laboratorio, el control de infecciones y algunas otras de carácter docente.

Con esta participación abrimos el foro sobre la discusión del papel de los diferentes especialistas en las áreas relacionadas con las enfermedades infecciosas. En estos tiempos de certificación y de desempeños, es importante determinar cuál es el papel y la función de cada uno de los especialistas en áreas muy emparentadas. Esta mirada que presentamos ahora hay que colocarla en el contexto europeo, bastante diferente por la situación económica o el tipo de formación que se encuentra y que contrasta con las nuevas tendencias americanas.

A los interesados en el tema los invitamos a echar una mirada a la revisión del tema de Rusell Petrak (1), publicado hace un par de años en *Clinical Infectious Diseases*. También los invitamos a mirar el estado actual de la educación en enfermedades infecciosas en el mundo en la revisión publicada recientemente en *Lancet Infectious Diseases*, en la que por desgracia no se incluyó a nuestro país (2).

Nos encontramos en un momento crítico para este campo en nuestro país. Nuestro nivel socioeconómico ha mejorado las condiciones para permitir la realización de procedimientos e investigaciones de gran tecnología, por ejemplo, los trasplantes. Pero, al mismo tiempo, encontramos problemas básicos de parasitismo, enfermedades transmitidas por vectores y tuberculosis. Ambas situaciones, la de las enfermedades infecciosas asociadas a las nuevas

tecnologías y la de las enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza, requieren de diferentes grados de especialización y profundización en el manejo clínico de los pacientes, el apoyo diagnóstico del laboratorio, y un conocimiento profundo de la dinámica de las infecciones en los hospitales y en los nuevos ambientes como las unidades de diálisis, las clínicas de cirugía ambulatoria, las salas de quimioterapia, etc.

Como si este espacio laboral no fuera lo suficientemente amplio, la epidemia del VIH progresa a gran velocidad y la atención de los pacientes debe recaer en personal de salud con la formación apropiada para el complejo manejo de estos pacientes, amén de las otras actividades de prevención y control de esta epidemia. Sin embargo, el número de programas de especialización clínica en el área es limitado y su número de egresados se mantiene aún bajo. Por tanto, invitamos a los jefes de los servicios de Infectología, Microbiología y las otras áreas afines y a los coordinadores de los programas de formación en el área a colaborar en la discusión que se debe dar alrededor del tema.

REFERENCIAS

1. Petrak RM, Sexton DJ, Butera ML *et al.* The value of an infectious diseases specialist. *Clin Infect Dis* 2003; 36:1013-7.
2. Cook FJ, Choubing P, Holmes AH. Postgraduate training in infectious diseases: investigating the current status in the international community. *Lancet Infect Dis* 2005;5:440-9.

Jorge Alberto Cortés, M.D.
Editor Asociado

Médico Internista e Infectólogo
Grupo de Infectología, Instituto Nacional de Cancerología; Unidad de Infectología, Universidad Nacional de Colombia y Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá. D.C., Colombia