

Comentarios sobre las infecciones asociadas a la atención en salud: a propósito de un fallo judicial

NORTON PÉREZ

Palabras clave: cirugía; garantía de la calidad de atención de salud; seguridad del paciente; infección hospitalaria.

La seguridad del paciente es un tema que ocupa gran atención en el sistema de garantía de la calidad del sector salud¹. Uno de esos aspectos es la infección asociada a la atención en salud, que abarca un concepto amplio desde el paciente hospitalizado hasta aquellos que, sin estarlo, reciben atención domiciliaria o en otras instituciones de cuidado.

La asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha urgido desde el 2002 a los estados miembro a implementar medidas a fin de mejorar las estrategias de seguridad en la atención de los pacientes hospitalizados y reducir las consecuencias de los eventos adversos asociados². Su impacto puede ser mayor en el ambiente quirúrgico, cuando se tiene en cuenta que anualmente se practican, aproximadamente, 281 millones de cirugías mayores a nivel mundial, o sea, una cirugía anual por cada 25 personas, más del doble de nacimientos en el 2006. La tasa de complicaciones en pacientes quirúrgicos hospitalizados está entre el 3 y el 22 %, con una mortalidad de 0,4 a 0,8 %, pero más de la mitad son

prevenibles. Más de la mitad de los eventos adversos ocurren durante el cuidado quirúrgico –7 millones de pacientes quirúrgicos se complican y 1 millón de ellos fallecen–. Otros datos que llaman la atención sobre el impacto de las infecciones son: 63 millones de personas al año son llevados a cirugía por trauma, 31 por algún proceso maligno y 10 por causas obstétricas. Una de las principales complicaciones perioperatorias es la infección del sitio quirúrgico.

Aun así, los datos de los países demuestran que las medidas de seguridad establecidas para disminuirla, como son el lavado de manos, la profilaxis antimicrobiana preoperatoria, etc., en muchas oportunidades no se usan de forma sistemática, rutinaria y estandarizada. La profilaxis, por ejemplo, es usada en los países desarrollados y en los que están de desarrollo, y aun en países muy pobres; sin embargo, en ambos se observa que hay casos en que no se aplica o se aplica demasiado temprano o demasiado tarde o no se administra. Uno de los factores que se ha considerado como crítico para esta situación de riesgo es la falta de trabajo en equipo en el ambiente quirúrgico, la poca comunicación y la jerarquización de sus esquemas, a pesar de la alta capacitación de su recurso humano³.

Algunas medidas que se han implementado para mejorar la seguridad en el ambiente quirúrgico son: trabajo en equipo, control del riesgo en anestesia, prevención de la infección del sitio quirúrgico y la medición de indicadores en los servicios quirúrgicos. La “pausa quirúrgica” para el uso de la lista de chequeo, incluyendo las alergias

Cirujano general, subespecialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo; Exdecano de medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia, Villavicencio, Colombia

Fecha de recibido: 11 de mayo de 2014
Fecha de aprobación: 12 de mayo de 2014

Citar como: Pérez N. Comentarios sobre las infecciones asociadas a la atención en salud: a propósito de un fallo judicial. Rev Colomb Cir. 2014; 29:98-101.

del paciente, es una estrategia que ha disminuido las complicaciones y mortalidad perioperatorias ⁴.

Las medidas de seguridad, que han reducido los accidentes en anestesia en 95 % durante una sola década, también pueden extrapolarse al ambiente quirúrgico con similares resultados. Entre ellas está el objetivo 6 de la guía de la OMS: el equipo quirúrgico usará consistentemente los métodos conocidos para minimizar el riesgo de infección del sitio quirúrgico. La prevalencia de esta complicación es usada actualmente como un indicador de calidad de las instituciones y de los cirujanos individualmente y corresponde a 37 % de las infecciones adquiridas en el ambiente hospitalario en casos quirúrgicos. Dos tercios son en el sitio de la incisión (superficial y profunda) y el resto son de órgano o espacio. Están asociadas a un aumento de la estancia entre 4 y 7 días y el doble del riesgo de mortalidad y de aumento del riesgo de necesidad de unidades de cuidados intensivos, así como cinco veces el riesgo de una nueva hospitalización ².

La profilaxis antimicrobiana preoperatoria, administrada 30 minutos antes del inicio del procedimiento quirúrgico, ha demostrado reducir el riesgo de infección del sitio quirúrgico⁵. Esta medida se ha convertido en un estándar de prevención en las heridas con riesgo elevado (figura 1)⁶. A pesar de esto, en un estudio con 2.695 pacientes se encontró que el antibiótico preoperatorio se administra en el tiempo adecuado apenas en 55,7 % de los casos y solo el 40,7 % de las veces es suspendida antes de 24 horas, prolongando la profilaxis de forma innecesaria⁷. En otro estudio observacional en nuestro

medio se demostró que el 41 % de los pacientes con trauma abdominal no reciben antibióticos preoperatorios de forma apropiada, con aumento del riesgo de infección del sitio quirúrgico (OR=2,56; IC_{95%} 1,39-469; p<0,01) ⁸.

Por otro lado, en una publicación se informaron múltiples esquemas de profilaxis antimicrobiana en apendicitis⁹, entre ellas, el uso de clindamicina, a pesar de la recomendación de las guías de la *Surgical Infection Society* y de la *Infectious Diseases Society of America (IDSA)* ¹⁰ y de la alta resistencia de *Bacteroides fragilis* (25 %) ¹¹, el principal agente infeccioso implicado en esta situación, el cual se asoció con mayor riesgo de infección del sitio quirúrgico en la apendicitis complicada.

Es importante hacer la diferenciación de una ‘zona gris’ entre la complicación y el evento adverso ^{12,13}. La primera se presenta como producto del estado del paciente o de su enfermedad, sin necesidad de que haya una falla en el sistema, pero que aun así puede culminar en un daño. El segundo, por definición, es aquel que se produce de forma involuntaria, como producto de la atención en salud y que genera un daño (figura 2). Esto último es lo que se busca minimizar mediante el sistema de gestión del riesgo ¹⁴. Aun así, hay situaciones que no son fáciles de ubicar, como por ejemplo: un paciente que recibe tratamiento con vancomicina por una infección en sangre por *Staphylooccus aureus* resistente a la meticilina y, a pesar de las medidas de precaución como la hidratación, presenta insuficiencia renal aguda. ¿Es una complicación (no hay error) o un evento adverso (asociado a la atención en salud, es involuntario, hay daño)? O, ¿cómo se cataloga cuando un paciente que

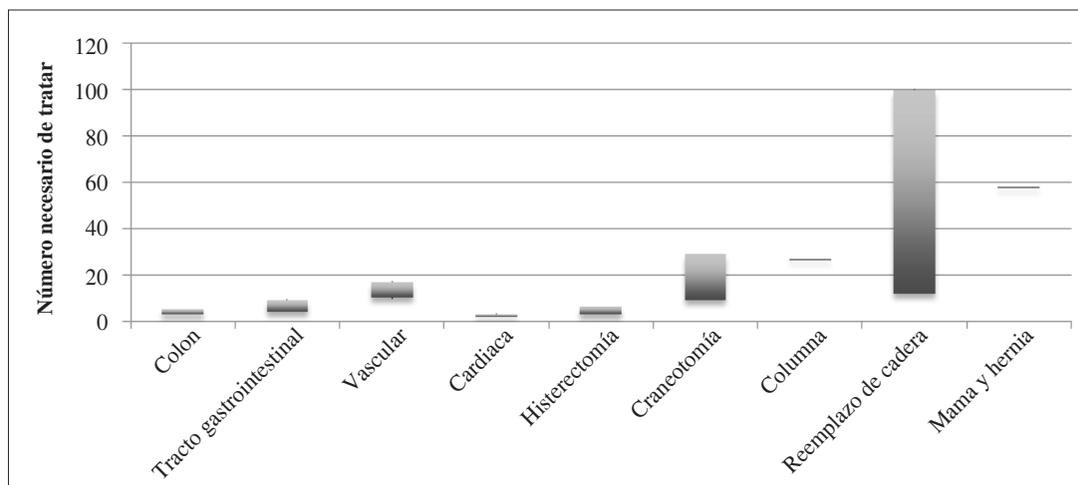


FIGURA 1. Número de profilaxis administradas a fin de disminuir un episodio de infección del sitio quirúrgico según el tipo de cirugía. Grafico diseñado con los datos de (6).

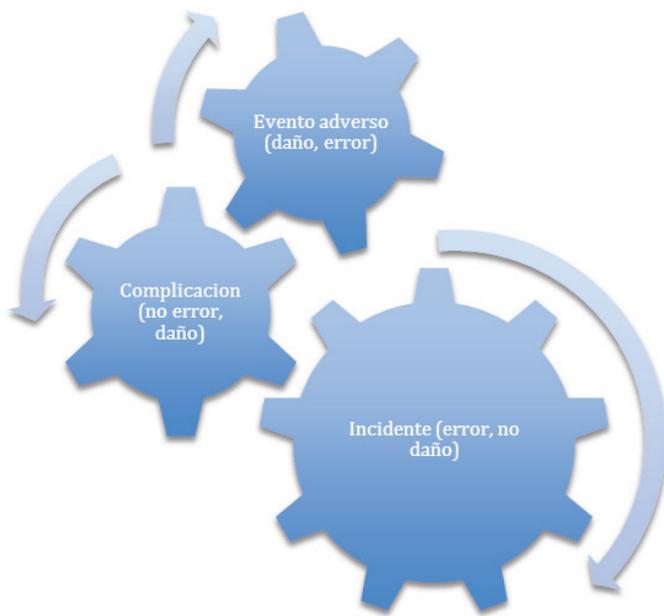


FIGURA 2. Diferenciación entre el evento adverso no prevenible (complicación) y prevenible.

toma warfarina por una fibrilación auricular crónica que tiene unos controles de los tiempos de coagulación en rango terapéutico, presenta hemorragia cerebral? Más difícil de definir aun es cuando un paciente presenta falla respiratoria, requiere respiración mecánica invasiva, se toman todas las medidas de prevención como lavado de manos, elevación de la cabecera de la cama, cepillado de dientes y aseo oral con clorhexidina, nutrición entérica en infusión, etc., pero aun así presenta neumonía asociada a la respiración mecánica asistida. La dificultad en la definición empeora cuando hay discrepancias entre los criterios clínicos y los epidemiológicos para el diagnóstico de infección¹⁵. Otro caso frecuente es el paciente que ingresa a una institución hospitalaria con cuadro de dolor abdominal, se diagnostica un abdomen agudo por apendicitis, se inician los antibióticos profilácticos, es llevado a cirugía donde encuentran un apéndice gangrenoso, se lava la herida quirúrgica y, posteriormente, presenta infección superficial del sitio quirúrgico.

La importancia de estas definiciones es que, a pesar de que en un sistema de gestión del riesgo, el reporte del evento adverso promueve una cultura no punitiva, nuestro sistema, desde el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y las EPS, pretende castigar las infecciones que se presentan durante la estancia, como si todas ellas fueran prevenibles, lo cual generaría una acción defensiva de ocultamiento que, finalmente,

va a impedir identificar con certeza el fenómeno para controlarlo. En este caso, lo que se debe promover es la cultura de la gestión del riesgo, pero entender que hay una parte de estos eventos que por la variabilidad biológica y la misma situación del paciente, no son prevenibles¹⁶ y que las instituciones, por lo tanto, no deberían ser sancionadas por ellos, en la medida en que se demuestre que el riesgo haya sido tenido en cuenta y se hayan observado las medidas para su prevención.

Más preocupante aún es la tendencia del sector jurídico sobre este tema, reflejado en el fallo reciente del Consejo de Estado que resuelve, en última instancia, declarar responsable patrimonialmente a una institución de salud por los daños sufridos por un paciente debido a una infección hospitalaria¹⁷. Para el tribunal fue suficiente demostrar la conexión causal entre la bacteria *Klebsiella pneumoniae*, causante de la otitis media, y las secuelas neurológicas de la meningitis que se desarrolló, aunque la institución demostrara que no hubo falla en la prestación del servicio. Como se expone en el mismo fallo “la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad”, citando la legislación francesa que se basa en un sistema de responsabilidad sin culpa. Considera entonces la Corte que “los establecimientos y profesionales de la salud [...] responden por los daños resultantes de infecciones hospitalarias, salvo si ellos logran demostrar que la infección fue causada por un factor ajeno al servicio sanitario” y la infección hospitalaria no lo es¹⁸. Esta jurisprudencia tendrá grandes repercusiones en el futuro, frente a un fenómeno que requiere un esfuerzo conjunto del sector salud y que cambia el concepto de que la medicina es una profesión no solo de medios sino también de resultados, en el caso de la infección hospitalaria.

Algunos factores de riesgo de infección del sitio quirúrgico son inmodificables¹⁹: la edad, las enfermedades coexistentes y la clasificación de la herida. Otros son modificables, pero pueden escapar, en algunas ocasiones, al control del equipo quirúrgico: el dejar de fumar, el estado nutricional, la obesidad, la infección remota coexistente, el control previo de la glucemia, otras infecciones coexistentes y la colonización por microorganismos resistentes. Sin embargo, sí hay muchas cosas que se pueden mejorar: el lavado de manos, la oportunidad en la profilaxis, la implementación de las listas de chequeo, la observancia de las guías, es-

pecialmente en el uso racional de los antimicrobianos, etc.^{3, 20, 21}. Y es sobre esta base que se deben orientar los esfuerzos y medir los resultados, y no sobre la estrategia punitiva¹⁴. Las instituciones de salud deberán demostrar que su recurso humano e institucional está orientado hacia la cultura de la seguridad y la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud, lo cual requiere disponibilidad de recursos, cambios en

la infraestructura hospitalaria del país, implementación de metodologías, y tecnologías y dispositivos que han demostrado eficacia, a un costo razonable¹⁹. Y, en este caso, deberá percibirse un liderazgo del cirujano como doliente de la complicación quirúrgica más temida que, erróneamente, creíamos erradicada con el advenimiento de los antibióticos: la infección.

Bibliografía

1. Bejarano M. Cirugía segura, un propósito global. Rev Colomb Cir. 2013;28:185.
2. WHO. Guidelines for safe surgery 2009: Safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. Celma M, Martín C, Cano M, Casanova MT. Patient safety in the operating room. Checklist implementation of general surgery. Rev Enf. 2012;35:22-30.
4. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP, *et al*. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360:491-9.
5. Classen DC, Evans S, Pestotnik SL, Horn SD, Menlove RL, Burke JP. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. N Engl J Med. 1992;326:281-6.
6. Weiss CA, Statz CL, Dahms RA, Remucal MJ, Dunn DL, Beilman GJ. Six years review of surgical wound infection surveillance at a tertiary care center: Review of the microbiologic and epidemiological aspects of 20,007 wounds. Arch Surg. 1999;134:1041-8.
7. Bratzler DW, Houck PM, Richards C, Steele L, Dellinger EP, Fry DE, *et al*. Use of antimicrobial prophylaxis for major surgery: Baseline results from the National Surgical Infection Prevention Project. Arch Surg. 2005;140:174-82.
8. Morales CH, Villegas MI, Villavicencio R, González G, Pérez LF, Peña AM, *et al*. Intra-abdominal infection in patients with abdominal trauma. Arch Surg. 2004;139:1278-85.
9. Pérez N, Romero M, Castelblanco MI, Rodríguez EI. Infección del sitio operatorio de apendicectomías en un hospital de la orinoquía colombiana. Rev Colomb Cir. 2009;24:23-30.
10. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJC, Baron EJ, *et al*. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010;50:133-64.
11. Snyderman DR, Jacobus NV, McDermott LA, Ruthazer R, Golan Y, Goldstein EJC, *et al*. National survey on the susceptibility of *Bacteroides fragilis* group: Report and analysis of trends in the United States from 1997 to 2004. Antim Agents Chemother. 2007;51:1649-55.
12. Kerguelén CA. Reporte y análisis de eventos adversos: la necesidad de estructurar sus relaciones. Vía Salud. 2010;52:8-15.
13. Luengas S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. Vía Salud. 2009;48:6-21.
14. Luengas S. Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Bogotá: Centro de Gestión Hospitalaria, Fundación Corona; 2009.
15. Stevens JP, Kachniarz B, Wright SB, Gillis J, Talmor D, Clardy P, *et al*. When policy gets it right: Variability in U.S. hospitals' diagnosis of ventilator-associated pneumonia. Crit Care Med. 2014;42:497-503.
16. Klompas M. Is a ventilator-associated pneumonia rate of zero really possible? Curr Opin Infect Dis. 2012;25:176-82.
17. Rojas D. El Consejo de Estado y la sentencia sobre las infecciones intrahospitalarias. Colombia: Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección tercera, Subsección B; 2013. p. 1-32.
18. Monge V, Fkgjerla MA, Pita MJ, Gallego P, Robustillo A. Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (HAIs). Infección hospitalaria. ¿Negligencia o complicación? Madrid: Hospital Universitario La Paz; 2013. p. 214.
19. Anderson DJ, Kaye KS, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Burstin H, *et al*. Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol. 2008;29(Suppl.1):51-61.
20. Panesar SS, Noble DJ, Mirza SB, Patel B, Mann B, Emerton M, *et al*. Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site surgery in orthopaedics? Can the checklist help? Supporting evidence from analysis of a national patient incident reporting system. J Orth Surg Res. 2011;6:18.
21. Díaz A, Aldana M, Hawkins L, Mejía MA. Lista de chequeo quirúrgico y su asociación con la presencia o ausencia de complicaciones y eventos adversos quirúrgicos, Cartagena, Colombia 2010. Ciencia y Salud Virtual. 2011;3:57-70.

Correspondencia: Norton Pérez, MD
 Correo electrónico: norton.perez@hotmail.com
 Villavicencio