

CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE CON ACINETOBACTER B.

JONATHAN PADILLO LÓPEZ
ANA ROSARIO JIMENEZ GARCIA
MARIA DEL MAR PADILLO LOPEZ

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

Cuidados enfermeros al paciente con Acinetobacter B.

Autor principal JONATHAN PADILLO LÓPEZ

CoAutor 1 ANA ROSARIO JIMENEZ GARCIA

CoAutor 2 MARIA DEL MAR PADILLO LOPEZ

Área Temática CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Palabras clave Medidas de Seguridad Aislamiento de Pacientes Infección Hospitalaria Cuidados Críticos

» Resumen

Los numerosos casos de Acinetobacter B. en los centros hospitalarios españoles pone en tela de juicio la buena praxis del personal que desempeña su labor en los mismos; en algunas ocasiones por falta de conocimientos, y en otras, por ausencia de recursos, dejando en muchos momentos vulnerables a los pacientes inmunodeprimidos, que ven mermar su salud al contagiarse con gérmenes multirresistentes, como es el caso. La pretensión del trabajo es la puesta en valor del papel enfermero, principalmente en el cuidado, prevención, seguridad y manejo del proceso infeccioso, aportando una mejora en la calidad asistencial.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Ante la publicación en diversos medios de comunicación de infecciones hospitalarias, también llamadas enfermedades nosocomiales, que generan alarma socio-sanitaria en los últimos años, consideramos oportuno llevar a cabo unas recomendaciones generales sobre uno de los agentes causales que requieren por su gravedad una implicación especial por parte del personal sanitario, como es el caso de la colonización por Acinetobacter Baumannii multirresistente.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Acinetobacter: cocobacilo Gram-negativo, estrictamente aerobio no fermentador, no móvil y oxidasa-negativo. Se han descrito 19 genoespecies. Se encuentra ampliamente disperso en la naturaleza, básicamente en agua y suelo. Se ha aislado en personas sanas a partir de la piel, faringe y otras localizaciones.

La persistencia de las especies de Acinetobacter en las superficies medioambientales es su característica más distintiva entre los patógenos nosocomiales, explicando su mayor patogenicidad entre pacientes hospitalizados.

En general, las especies de Acinetobacter se consideran no patógenas para las personas sanas. La cepa A. baumannii es la segunda más frecuentemente aislada. Generalmente de aparición en infecciones nosocomiales, siendo especialmente frecuente en unidades de cuidados intensivos.

En el medio hospitalario se han aislado en materiales sanitarios (aspiradores, equipos de ventilación mecánicos, bandejas y carros de curas, equipos de RCP,), así como en equipos no sanitarios (ropa de cama, almohadas, colchones, barandillas, cuñas, mesillas, sillas, lavabos, etc).

El 31% del personal sanitario es portador de bacilos gramnegativos en sus manos. El Acinetobacter constituye el 7'5% de los casos, siendo responsable de las siguientes patologías:

- neumonía
- bacteriemia
- meningitis
- infecciones del tracto urinario
- peritonitis
- infecciones de piel y tejidos blandos.

Ante la identificación de un nuevo caso, el servicio de microbiología lo notificará al servicio de Medicina Preventiva lo antes posible, para la puesta en marcha de las actividades de control y vigilancia.

Estas medidas de control incluyen una serie de actuaciones, ya sea por parte del personal tanto sanitario como de limpieza, así como también los familiares y el propio paciente.

Aislamiento del paciente infectado (Medidas basadas en las Recomendaciones de los CDC 1996):

Se ubica al paciente en habitación individual

Uso de guantes: emplear guantes (no es necesario que sean estériles) para entrar en la habitación. Recambio de guantes si se ha tocado material infeccioso contaminado

Quitarse los guantes antes de salir de la habitación y lavarse las manos inmediatamente. Para ello, debe disponerse de jabón antiséptico (clorhexidina) y toallas de papel en el aseo del paciente

Batas: uso de batas desechables para entrar en la habitación. Quitarse la bata antes de salir de la misma

Limitar los movimientos y traslados del paciente a los estrictamente necesarios, asegurando en caso de que sea imprescindible, que se mantienen las precauciones

Ubicar un contenedor para residuos biosanitarios especiales con señal de peligro biológico dentro de la habitación del paciente, donde se eliminará todo el material desechable en contacto con él mismo o sus secreciones

No usar carro de curas para entrar en la habitación, sino bateas con el material necesario. En caso de empleo de equipos comunes, asegurarse la desinfección adecuada entre pacientes

Limpieza general y periódica de la unidad (control de reservorio ambiental):

Limpieza exhaustiva de habitaciones y superficies próximas al paciente con agua jabonosa y lejía a dilución 1/10 y con otros desinfectantes de superficie

Asignación de material de limpieza (carros, gamuzas, etc) para uso exclusivo de habitaciones de aislamiento

Monitorización ambiental semanal de superficies próximas al paciente y aquellas en las que hay una manipulación habitual (mandos de respiradores o humidificadores, pomos de puertas, teléfonos)

Al alta del paciente, asegurarse del procesamiento adecuado de colchones y almohadas. Limpieza exhaustiva de habitación y nueva monitorización (idealmente la habitación no debería ocuparse hasta que haya garantía de la negatividad de los cultivos ambientales)

El mecanismo más frecuentemente implicado en la transmisión de la infección en los brotes nosocomiales, son las manos del personal sanitario (transmisión cruzada). Incluso se han descrito brotes en los que se ha implicado la transmisión cruzada a través de los guantes de látex contaminados (se adhiere al látex).

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Asignación de personal sanitario para el cuidado exclusivo de pacientes infectados/colonizados en boxes de sellado (similares a los de las unidades de trasplantes en los Servicios de Hematología)

Formación e información del personal sanitario y personal de limpieza sobre el Acinetobacter, su modo de transmisión y los mecanismos de control. Informar periódicamente de la marcha del brote y de los resultados de los muestreos ambientales, así como de las conclusiones a las que se llegue en el grupo de mejora

Información a familiares y pacientes afectados sobre el proceso y sobre las medidas de control de infección, que ellos mismos deben seguir para evitar la propagación de la contaminación ambiental

Se hará especial hincapié en la inocuidad para las personas sanas del agente causal, evitándose el alarmismo social

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Ante las barreras detectadas para el desarrollo del proyecto de la incorporación de Unidades de aislamiento específicas en cuidados intensivos en el medio hospitalario, nos hemos encontrado con las siguientes:

Barrera económica

Falta de adherencia de los familiares a las normas internas establecidas en la UCI

Escasa sensibilización del personal sanitario en materia preventiva

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Consideramos de primer nivel la educación sanitaria y la promoción para la salud con el fin de generar implicación y participación, tanto de la familia como del propio paciente, en el correcto manejo de las medidas a adoptar para evitar la propagación del germen en cuestión; así como la sensibilización social.

Con ello, crear conciencia para la aceptación de normas establecidas por el centro sanitario en cuestión de horarios, visitas, tratamientos, medidas preventivas, favoreciendo así, un manejo terapéutico de calidad.

» Propuestas de líneas de investigación.

Tras hacer una revisión bibliográfica sobre estudios estadísticos de casos de infección por Acinetobacter B., hemos observado una altísima incidencia de la adquisición del germen causal en las unidades de UCI.

Sugerimos como propuesta de investigación la creación de una subunidad de aislamiento por sellado en cuidados intensivos, equipada por dos boxes y dotada de una enfermera y una auxiliar por turno, distribuido de la siguiente forma:

Puerta de entrada a la Subunidad (UCI) con aislamiento por sellado, que da acceso a la sala de estar de enfermería, dotada con vestuario y aseo propio para la higiene del personal antes de finalizar el turno, con el fin de minimizar las posibilidades de contagio al resto de pacientes de la Unidad (UCI), la uniformidad será depositada en bolsas precintadas para infecciosos que irán directamente al servicio de Lavandería.

La sala de estar, da acceso directo a través de dos puertas de metacrilato transparente de sellado automático independientes, a una antesala para cada box, equipadas con todo el material necesario para los cuidados del paciente, lavabo, así como la ropa de un solo uso, que será desechada en el contenedor destinado a tal efecto dentro del box del paciente tras finalizar la atención de cuidados.

La antesala por tanto, dará acceso a través del mismo mecanismo de apertura a los boxes individuales, dotada del todo el material específico de los boxes de UCI.

Pretendemos con la propuesta de investigación iniciar un proyecto piloto de aplicación en hospitales comarcales, cuya principal finalidad, es garantizar la seguridad del paciente, pudiéndose contrastar los beneficios tanto económicos como sanitarios, en comparación con otros centros hospitalarios de características similares que carezcan de estas subunidades.