



## EFFECTIVIDAD EN LA REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE NAVM: COMPARACIÓN DE DOS CENTROS HOSPITALARIOS

Luna Galveño S.; Sel Escalante, MC; López Manzano, EM.. Enfermer@s asistenciales. Hospital Regional Universitario de Málaga. España.

### INTRODUCCIÓN

La Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAVM) es la principal infección adquirida en los Servicios o Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Se produce en pacientes con intubación endotraqueal (o traqueotomía) que no estaba presente ni en periodo de incubación, en el momento de la intubación. Se incluyen también las neumonías diagnosticadas en las 72 horas posteriores a la extubación o retirada de la traqueostomía.

El impacto de esta infección se traduce en una mortalidad global entre el 24 y el 76%, una mortalidad atribuida entre el 13,5 y el 17,5% y un incremento de la estancia en UCI entre 7,3 y 9,6 días<sup>1,2,3</sup>.

Se aplica un paquete de medidas de obligado cumplimiento puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad en vistas a disminuir la incidencia de NAVM en los pacientes intubados endotraquealmente atendidos en el Hospital Regional Universitario de Málaga (HRUM) del Servicio Andaluz de Salud y en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en el 2011. Este paquete de medidas comprende:

Formación y entrenamiento apropiado en el manejo de la vía aérea.

Higiene estricta de manos en el manejo de la vía aérea.

Control y mantenimiento de la presión del neumatoponamiento por encima de 20cm H<sub>2</sub>O.

Higiene bucal cada 6-8 horas utilizando clorhexidina (0.12-0.2%).

Posición semincorporada del paciente.

Favorecer todos los procedimientos que permitan disminuir de forma segura la intubación y/o su duración.

Evitar los cambios programados de tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales.

Se intentará reducir la NAVM a menos de 9 episodios por 1000 días de ventilación mecánica, propuesta hecha por el Ministerio de Sanidad.

### Se plantean los siguientes objetivos:

Comparar el resultado obtenido en el año 2014, tras la aplicación del paquete de medidas de obligado cumplimiento, puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad en pacientes con intubación endotraqueal (o traqueotomía) implantado en el 2011, en la UCI del Hospital Regional Universitario de Málaga con el resultado obtenido en el Complejo Hospitalario de Navarra en el 2013 mediante la aplicación del mismo paquete de medidas.

Analizar ambos resultados a fin de establecer medidas de mejora para reducir la complicación de NAVM en estos pacientes que nos permita alcanzar la propuesta hecha por el Ministerio de menos de 9 episodios por 1000 días de ventilación mecánica.

### METODO



Se realiza una recogida de datos de abril a junio del 2013 en la UCI del HRUM en la que se incluye a aquellos pacientes con intubación endotraqueal a los que se les aplica el paquete de medidas de obligado cumplimiento puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad en el 2011 con el fin de reducir el número de episodios de NAVM en este tipo de pacientes. El grupo de estudio se reduce a 269 pacientes que cumplen los criterios de inclusión durante los meses de abril a junio del 2013. Los datos recogidos son los siguientes:

- Días de estancia total.
- total de Pacientes tratados con VM
- Estancia total de pacientes con VM
- Pacientes que desarrollan NAVM.
- Densidad de incidencia

Por su parte, el CHN nos remite los resultados obtenidos en su centro durante el mismo periodo de tiempo y tras la aplicación del mismo paquete de medidas de obligado cumplimiento puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad en el 2011. Se procede posteriormente a comparar los resultados obtenidos en el año 2014 tras la obtención de los datos.

### RESULTADOS

Grupo de estudio: 269 pacientes con intubación endotraqueal ingresados en la UCI del HRUM durante el año 2013. Se obtienen los siguientes resultados:

- Días de estancia total: 1940 días.
- Pacientes tratados con VM: 125 pacientes.
- Estancia total de pacientes con VM: 729 días.
- Pacientes que desarrollan neumonía asociada a la ventilación mecánica: 7 pacientes.
- Densidad de incidencia: 9,60 neumonías por 1000 días de VM.

Por otro lado, el CHN, tras la aplicación del paquete de medidas de obligado cumplimiento puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad en el 2011, sólo nos ofrece la densidad de incidencia de esta patología como dato obtenido en el 2013, obteniendo un resultado de 7,5 episodios de NAVM por 1000 días de VM, valor muy por debajo del obtenido en el centro hospitalario malagueño. Sin embargo, describen una serie de medidas optativas, cuanto menos interesantes, implantadas en su UCI durante este periodo: aspiración continua de secreciones subglóticas (CASS), descontaminación selectiva del tubo digestivo (SDD) (completa u orofaríngea) y la prescripción de antibióticos sistémicos (dos días) durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de conciencia.

### CONCLUSIONES

La diferencia en la efectividad del mismo paquete de medidas analizado en el 2014 y puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad en el 2011 con el fin de reducir el número de episodios de NAVM en pacientes con intubación endotraqueal, entre los dos centros de estudio, se debe principalmente a la implantación por parte del CHN de una serie de medidas optativas altamente recomendables: aspiración continua de secreciones subglóticas (CASS), descontaminación selectiva del tubo digestivo (SDD) (completa u orofaríngea) y prescripción de antibióticos sistémicos (dos días) durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de conciencia.

Para mejorar los resultados obtenidos en nuestra UCI del HRUM, y una vez analizado el estudio del CHN, se proponen: CASS, SDD y antibióticos sistémicos durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de conciencia. Además se añaden como mejoras: aumentar la frecuencia y/o concentración de enjuagues bucales con clorhexidina, la formación y entrenamiento apropiado en aspectos de seguridad del personal sanitario, y seguimiento y registro de las incidencias que puedan aparecer.

Se hace más que evidente la necesidad de compartir, comparar y analizar datos entre distintos centros hospitalarios, a fin de mejorar el resultado en el tratamiento de nuestros pacientes.

### BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup>Chastre J., Fagon JY., Ventilator-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med,4; 2012: 867-903.

<sup>2</sup>Muscudere JG., Day A., Heyland DK., Mortality, attributable mortality, and clinical events as end points for clinical trials of ventilator-associated pneumonia and hospital-acquired pneumonia. Clin Infect Dis. 8, 2010; 102-5.

<sup>3</sup>Lambert ML., Suetens C., Savay A., Palomar M., Hiesmayr M., Morales I., Agodi A., et al., Clinical outcomes of health-care-associated infections and antimicrobial resistance in patients admitted to European intensive-care units: a cohort study. Lancet Infect Dis. 1; 2011: 30-8.