

Programa de Control de Infecciones y Política Antibiótica del Hospital de la Santa Creu i Santa Pau

Las unidades “clásicas” de control de infecciones suelen estar formadas por una o más enfermeras con formación en higiene, vigilancia y prevención de las infecciones nosocomiales y por uno o dos médicos, expertos en enfermedades infecciosas que tengan conocimientos de epidemiología de las infecciones. Estas unidades se han ido desarrollando en todo el mundo desde la publicación de los resultados del Proyecto SENIC en los años ochenta que demostraron que la vigilancia estandarizada de las infecciones nosocomiales, disminuía su incidencia y era coste-eficaz. El número de profesionales que las forman, depende del tamaño de las instituciones sanitarias y existen ratios recomendadas de número de enfermeras de control de infecciones por número de camas.

El trabajo de vigilancia estandarizada de las infecciones utilizando los criterios del CDC y luego compartidos internacionalmente y que permite el benchmarking entre hospitales y países, es tremendamente exigente y laborioso. Esto hace que con frecuencia las enfermeras de control de infecciones utilicen más tiempo vigilando que implementando medidas preventivas que sean eficientes.

Desde antes de 2009 éramos conscientes que aunque pudiéramos conseguir mejorar el dimensionado de nuestra Unidad de Control de Infecciones para cumplir con los estándares recomendados internacionalmente para que fuera más eficiente siempre íbamos a estar en una situación de déficit de recursos para la misión que teníamos encomendada.

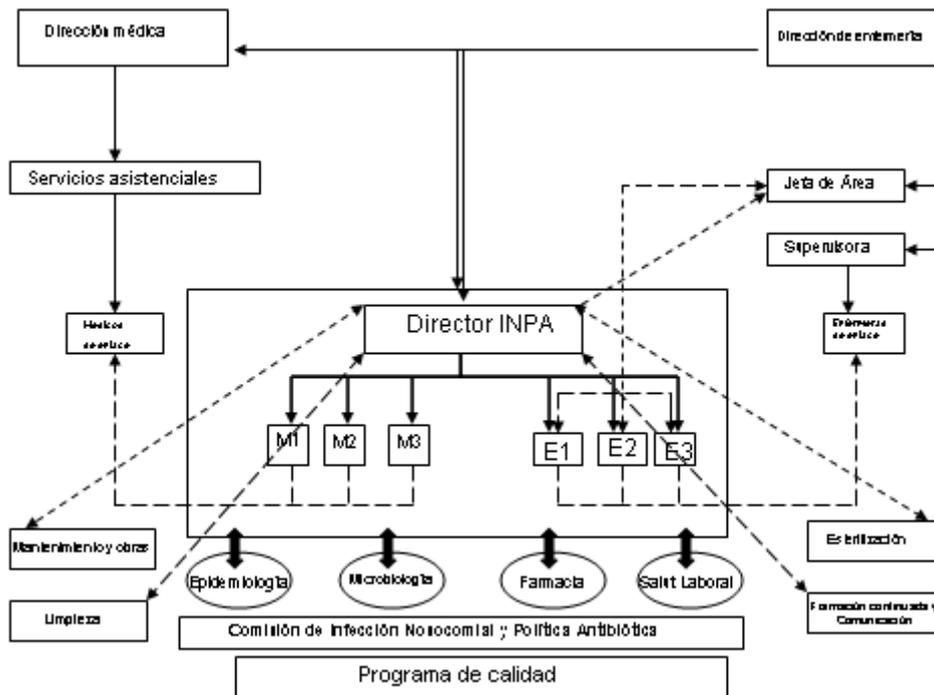
Por otra parte la prevención de las infecciones se sustenta en gran medida en conseguir el cambio de los hábitos de los profesionales por unas nuevas mejores prácticas clínicas y para ello se necesita conocimiento y asumir la corresponsabilidad. Teníamos la certeza que conseguir este reto con un núcleo de 4 o 5 personas con una plantilla de más de 3000 trabajadores era misión imposible y necesitábamos un sistema organizativo distinto.

Desde el ámbito asistencial la enfermera de control de infecciones en ocasiones puede ser vista con un cierto desdén por el hecho de que viene a auditar, a objetivar lo que no se hace bien y a recordar o corregir lo que hay que hacer. Esta función la realiza como un elemento externo a las unidades que no comparte la carga asistencial. Creíamos que esta visión pese a ser falsa e injusta estaba en cierta manera arraigada en nuestra Institución.

Es por ello que buscábamos un modelo más cercano a los profesionales, en que el conocimiento sobre la prevención de las infecciones y los datos objetivados de su propia práctica clínica, no les llegasen a partir de unos “expertos lejanos” sino de sus propios compañeros que realizaban exactamente las mismas tareas y tenían objetivamente las mismas cargas de trabajo, por lo que no podían ser vistos como elementos externos.

Par ello decidimos crear nodos funcionales que estarían formados al menos por un médico y una enfermera asistenciales y un médico y una enfermera de la Unidad de Control de Infecciones. Nos parecía que tener interlocutores fijos y contar con grupos de 4 personas nos permitiría abordar los programas de mejora que teníamos pendientes con mayor garantía de éxito.

En primer lugar, dividimos el Hospital en 9 nodos que se justificaban por la incidencia y/o la importancia de las repercusiones de las infecciones nosocomiales en esa área. Así creamos los siguientes nodos: Hospitalización, Quirófano, Críticos, Traumatología, Urgencias, Hematología, Oncología, Pediatría y Ginecología, con la idea de designar un médico y una enfermera asistenciales por nodo.



Poco antes de realizar los nombramientos consideramos que era mejor en el caso de las enfermeras hubiera una representante por unidad de hospitalización y que algún nodo podía necesitar más de un médico, como fue el caso del de Quirófano que además de un cirujano se nombró un anestesta. Finalmente designamos 22 enfermeras y 10 médicos que quedaron agrupados en los 9 nodos citados.

Una de las medidas más importantes en el momento del diseño del Programa fue la política de designaciones. Desde el primer momento se decidió que no sería el Director del Programa ni los miembros de la Unidad de Control de Infecciones, quien propusiese o designase a los referentes, sino que cada miembro sería nombrado por su jefe inmediato, es decir, las Supervisoras para el caso de las enfermeras y los Jefes de Servicio para el de los médicos. Era una medida que buscaba 2 objetivos: la lealtad de los nombrados para con sus mandos, de los que pasaban a ser sus delegados para esta función, y por otra parte la complicidad de los mandos intermedios con las Dirección del Programa.

En los comienzos de funcionamiento del Programa uno de las dificultades mayores fue conseguir la delegación real de las funciones por parte de los mandos y muy en particular para el caso de enfermería. No había costumbre de que las supervisoras, se encontrasen con enfermeras en sus equipos que tenían unos encargos concretos de gestión que no procediesen de ellas mismas. Una política de formación a los referentes sobre cuáles eran sus deberes para con sus superiores inmediatos y una mejoría en la información por parte del Programa de las tareas que se iban encomendando, ha hecho que desde el segundo año de funcionamiento

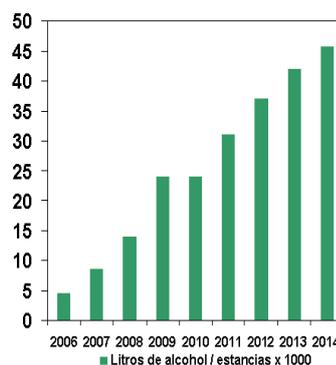
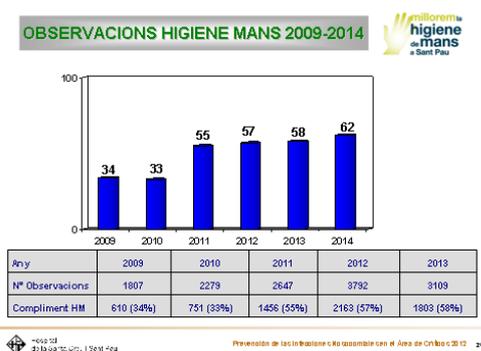
esta dificultad haya sido superada y la política de información y rendimiento de cuentas por parte de los referentes aceptada con naturalidad.

Es importante tener en cuenta que los profesionales designados como miembros del Programa no tienen liberación horaria ni compensación económica alguna, por ello desde el primer momento se estableció que los planes de trabajo tenían que darse con mucha antelación para que ellos pudieran gestionar su tiempo y conseguir los objetivos. Desde el punto de vista organizativo, uno de los nexos de unión ya desde el primer año fue una Jornada de Actualización en Infecciones Nosocomiales en la que todos los miembros del Programa nos reunimos durante un día completo. En ella reciben en primicia todos los datos de la vigilancia de las infecciones de todo el Hospital de al año anterior, se analizan, se repasa la mejor evidencia para mejorar los indicadores y se generan las estrategias y objetivos para el año siguiente. Este año hemos realizado la V edición. En todas las actividades realizadas que se han podido traducir en comunicaciones a congresos constan siempre los nombres de los miembros del Programa.

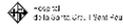
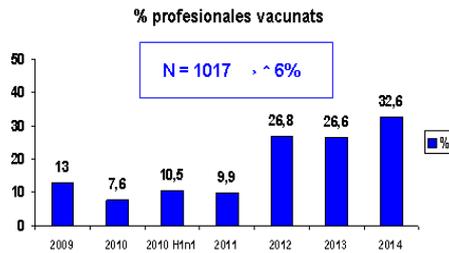
Como elementos destacables en las gestión del cambio hay que reseñar el alto grado de implicación de los referentes, el hecho de que hayan recibido una formación específica y continuada con periodicidad anual y que en todo momento reciban información anticipada y “privilegiada” de los problemas que tiene el Hospital en este ámbito, ha hecho que en este tiempo que la gran mayoría de los referentes, tanto médicos como enfermeras hayan conseguido el reconocimiento como expertos por parte de sus compañeros en sus respectivas áreas y actúan siempre como intermediarios entre el núcleo duro del Programa que es la Unidad de Control de Infecciones y los profesionales.

Resultados:

En cuanto a los resultados en las medidas de proceso hay que destacar la mejora en la observancia de la higiene de manos medida tanto por observación directa como por consumo de soluciones alcohólicas y la mejora en la tasa de vacunación antigripal de los profesionales.

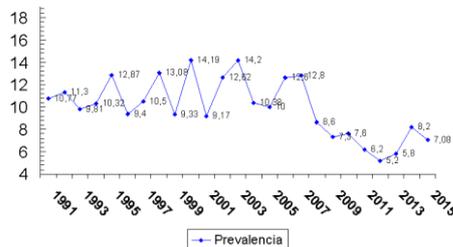


Campaña gripe 2014-15



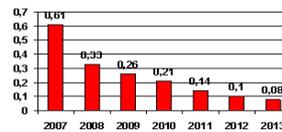
Millions de gestes pour la hygiene des mains

En cuanto a medidas de resultados, las más importantes han sido: 1) la reducción la prevalencia de infección nosocomial, 2) la reducción de bacteriemias asociadas a catéter y 3) el control de un brote por enterococo resistente a la vancomicina y otro por Klebsiella pneumoniae portadora de KPC.



Bacteriemia asociada a cateter venoso central 2007-2013

TAXA GLOBAL BAC-CVC San Pau



Anys	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº absolut	111	66	53	43	26	16	14



Millions de gestes pour la hygiene des mains

Toda la cuantificación de los resultados en las medidas de proceso como las de resultado en infección nosocomial se han realizado siguiendo los estándares internacionales (OMS para higiene de manos, CDC-Vincat para BAC, etc).

Valoración de los resultados:

La implicación de los miembros del Programa nos ha permitido utilizar la estrategia de formación de formadores y así en el año 2011 que hicimos una gran campaña para promover la higiene de manos conseguimos llegar a más de 1000 trabajadores en un solo año que es un tercio de la plantilla y que hubiera sido imposible de otro modo.

Ante las epidemias el haber podido reunir de forma muy precoz a los miembros del Programa explicarles el problema y las medidas necesarias para controlarlo y que ellos hayan difundido la información y realizado la formación de sus compañeros es un avance importantísimo respecto del modelo organizativo tradicional que teníamos y que han sido capaz de conseguir controlar de forma rápida y eficaz ambos brotes.

Aprendizaje:

El compartir el conocimiento técnico en la materia y la información de los problemas a medida que aparecen con 32 personas, siempre las mismas, motivadas y previamente formadas es una manera de abarcar toda la Institución de una manera rápida y eficaz que de otra manera hubiera sido imposible.

Que haríamos distinto:

Haber pactado una liberación horaria mínima y sin cobertura en el caso de enfermería. Si todas las enfermeras del Programa pudieran emplear dos horas quincenales de su jornada en tareas del Programa y ser cubiertas por sus compañeras de turno en esos segmentos, sin necesidad de dar cobertura externa para no encarecer el esquema organizativo, permitiría avanzar mucho más rápidamente. La cultura de que la enfermera de sala puede hacer alguna tarea adicional a los propios cuidados debe ser implementada.

Reproductibilidad:

Creo que con modificaciones en función del tamaño de los hospitales y del tamaño de las unidades de control de infecciones, el modelo es reproducible en la mayoría de hospitales de nuestro entorno.

Conclusiones:

Un modelo multidisciplinar que implica a los profesionales asistenciales, a los que se les da una formación específica y que ha convertido en expertos a 32 personas entre enfermeras y médicos en nuestra Institución y que se basa en compartir el conocimiento, en la formación de formadores y en fomentar la corresponsabilidad ha resultado tremendamente eficiente en nuestro Hospital.