



EDITORIAL

La descontaminación del entorno ha llegado al paciente



Environmental decontamination has reached the patient

I. Fernández Moreno

Gestora asistencial de enfermería de control de infecciones y seguridad del paciente, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España

La repercusión de un entorno contaminado en la transmisión de agentes patógenos y/o microorganismos multirresistentes con especial interés epidemiológico sanitario es ampliamente conocida¹. Como consecuencia de estas transmisiones cruzadas se producen infecciones relacionadas con la asistencia que conllevan elevados costes económicos y personales asociados². Los pacientes desprenden continuamente microorganismos al entorno cercano, y en ocasiones, estos microorganismos tienen elevada capacidad de resistencia en condiciones ambientales adversas, quedando en el entorno próximo al paciente durante mucho tiempo. Esto hace que la limpieza rutinaria y terminal para descontaminar el entorno y la correcta gestión del material clínico utilizado sean objetivos prioritarios de cualquier programa de prevención y control de la infección³.

Hasta hace unos años, en los entornos sanitarios y especialmente en las unidades de pacientes críticos, las estrategias de prevención orientadas a disminuir la contaminación cruzada de microorganismos multirresistentes o de elevado interés epidemiológico eran típicamente verticales, es decir, se orientaban tanto a eliminar determinados patógenos concretos de las superficies de alto contacto que pudieran estar implicadas en la contaminación del entorno como en la descolonización del propio paciente si esto era posible.

Varias publicaciones, algunas de ellas de elevada repercusión^{4,5}, proponen métodos más horizontales, donde se cambia el enfoque de la estrategia de prevención abogando por los beneficios de la universalización de procedimientos descontaminadores para conseguir objetivos

concretos. Proponen la descontaminación ambiental de todos los reservorios posibles de microorganismos potencialmente patógenos. Este cambio conceptual pasa por incluir al paciente en el grupo de reservorios ambientales situando al profesional sanitario y sus manos como vector principal de la transmisión cruzada.

Para descontaminar al paciente proponen el uso de toallitas impregnadas en productos antisépticos a concentraciones que garanticen la concentración mínima imprescindible en la piel para conseguir su función. Se propone el baño diario del paciente siguiendo procedimientos bien estructurados y definidos⁵.

Parecer ser que este cambio conceptual propuesto aporta ventajas, disminuyendo las transmisiones cruzadas al reducir el número de reservorios orientando la balanza de los beneficios sobre los costes, entendiendo por beneficio el ahorro de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Esta nueva estrategia se está implementando en muchas unidades de pacientes críticos a nivel mundial, obteniendo diferentes resultados según las unidades⁶.

La universalización del baño con toallitas impregnadas en clorhexidina al 2% genera confusión. Por un lado, no debemos obviar que utilizamos mal la palabra baño, ya que lo que realmente se hace es una impregnación del paciente, siguiendo una metodología concreta para evitar la recontaminación del propio paciente, con un antiséptico que, entre sus cualidades, mantiene la piel aproximadamente 6 h en niveles mínimos de colonización. Y por otro lado, no podemos olvidar que los productos antisépticos disminuyen mucho su eficacia en presencia de materia orgánica por lo

que es imprescindible su retirada con un lavado convencional antes de aplicar cualquier producto antiséptico sobre la piel.

Sin embargo, los resultados publicados de algunos estudios pueden estar sesgados ya que normalmente la implementación de descontaminación mediante toallitas va acompañada de una metodología del baño revisada y supervisada, mejoras en los procedimientos de limpieza y descontaminación del entorno, así como de sesiones informativas o formativas que hacen que el profesional sanitario cumpla de forma más estricta todas las medidas de prevención de la infección cruzada⁷.

La ecología microbiana de las diferentes unidades donde se han realizado estudios es muy diferente, hecho que complica aún más poder posicionarse a favor o en contra de esta práctica de forma rutinaria.

La aplicación de productos antisépticos de forma universal plantea incógnitas sobre cómo puede afectar el uso rutinario sobre su eficacia. Este tema requerirá futuras investigaciones. Además, no hay estudios publicados que nos hablen del bienestar del paciente, de la opinión de las enfermeras ni de las cargas de trabajo que puede generar implementar este procedimiento.

Se plantean por tanto interrogantes importantes: si la descontaminación con toallitas impregnadas en clorhexidina 2% debe ser universal o restringirse a unidades con problemas endémicos de microorganismos resistentes, si debe restringirse su uso a pacientes con estancias prolongadas o con factores de riesgo, si en un futuro el uso indiscriminado de este antiséptico puede tener consecuencias en cuanto a su eficacia, si el uso de toallitas va en detrimento del baño tradicional, si favorece o no el bienestar del enfermo, si la descontaminación del paciente hace que el profesional sanitario minimice la importancia de la higiene de manos

como la principal y más efectiva medida para prevenir las transmisiones cruzadas y en consecuencia las infecciones asociadas a la asistencia, etc.

Seguro que futuras publicaciones darán luz a todos estos interrogantes con el fin de poder extraer recomendaciones aplicables a todas las unidades de pacientes críticos.

Bibliografía

1. Otter JA, Yezli S, Salkeld JA, French GL. Evidence that contaminated surfaces contribute to the transmission of hospital pathogens and an overview of strategies to address contaminated surfaces in hospital settings. *Am J Infect Control*. 2013;41 5 Suppl:S6-11.
2. Ayraud-Thévenot S, Huart C, Mimos O, Taouqi M, Laland C, Bousseau A, et al. Control of multi-drug-resistant *Acinetobacter baumannii* outbreaks in an intensive care unit: Feasibility and economic impact of rapid unit closure. *J Hosp Infect*. 2012;82:290-2.
3. Havill NL, Havill HL, Mangione E, Dumigan DG, Boyce JM. Cleanliness of portable medical equipment disinfected by nursing staff. *Am J Infect Control*. 2011;39:602-4.
4. Wenzel R, Edmond M. Infection control: The case for horizontal rather than vertical interventional programs. *Int J Infect Dis*. 2010;14 Suppl 4:S3-5.
5. Climo MW, Yokoe DS, Warren DK, Perl TM, Bolon M, Herwaldt LA, et al. Effect of daily chlorhexidine bathing on hospital-acquired infection. *N Engl J Med*. 2013;368:533-42.
6. Noto MJ, Domenico HJ, Byrne DW, Talbot T, Rice TW, Bernard GR, et al. Chlorhexidine bathing and health care-associated infections: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;313:369-78.
7. Hayden MK, Lin MY, Lolans K, Weiner S, Blom D, Moore NM, et al., Centers for Disease Control and Prevention Epicenters Program. Prevention of colonization and infection by *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase-producing enterobacteriaceae in long-term acute-care hospitals. *Clin Infect Dis*. 2015;60:1153-61.