

Influencia de la infección por el virus Corona en las infecciones adquiridas en los hospitales

Influence of Corona Virus Infection on Infections Acquired in Hospitals

Thomas Corman*

Department of Healthcare Epidemiology and Infection Prevention, Northwestern Medicine Central DuPage Hospital, Winfield, IL, USA

Received: 05-Aug-2022, Manuscript No. IPADM-22-13220; **Editor assigned:** 08-Aug-2022, PreQC No. IPADM-22-13220 (PQ); **Reviewed:** 22-Aug-2022, QC No. IPADM-22-13220; **Revised:** 02-Sep-2022, Manuscript No. IPADM-22-13220(R); **Published:** 09-Sep-2022, DOI: 10.36648/1698-9465.22.18.1559

***Correspondencia:**
Thomas Corman

Resumen

Aunque existen pautas claramente definidas y convincentes para evitar infecciones asociadas a la atención médica (HAI), el impacto de la pandemia de COVID-19 en las prácticas y enfoques seguidos no se ha investigado completamente. Este estudio examina el impacto de COVID-19 en las tasas de HAI en dos clínicas que brindan atención médica similar. Durante la pandemia de COVID-19, las IRAS en su conjunto aumentaron, lo que se asoció con el uso de más tiempo y horas de oficina de enfermería.

Palabras clave: Pandemia, COVID-19, Infecciones adquiridas en hospitales.

Abstract

Although there are clearly defined and compelling guidelines for avoiding healthcare-associated infections (HAIs), the impact of the COVID-19 pandemic on those followed practises and approaches has not been fully investigated. This study examines COVID-19's impact on HAI rates at two clinics that provide similar medical care. During the COVID-19 pandemic, HAIs as a whole increased, which was associated with the use of more time and office nursing hours.

Keywords: Pandemic, COVID-19, Hospital-acquired infections.

✉ tommy.corman@dupage.edu

Introducción

La pandemia de COVID-19 en curso ha sido un shock para el marco clínico mundial y de los Estados Unidos. Si bien existen reglas y técnicas establecidas y convincentes para evitar enfermedades adquiridas en la clínica (HAI), el efecto de la pandemia en estos procedimientos aceptados no se ha explorado por completo. Se anticipó que las enfermedades relacionadas con dispositivos, las infecciones urinarias relacionadas con el catéter (CAUTI, por sus siglas en inglés) y las infecciones del sistema circulatorio relacionadas con la línea focal (CLABSI, por sus siglas en inglés) aumentarían debido al ajuste de la complejidad de los pacientes hospitalizados y los ensayos de seguridad que se llevaron a cabo para disminuir el riesgo de transmisión de COVID-19 a los proveedores de servicios médicos (es decir, ir a la habitación del

paciente con menos frecuencia) [1]. También se anticipó que el *Staphylococcus aureus* seguro para la meticilina (MRSA) y las enfermedades por clostridiodes (CDI) disminuirían debido a la mayor limpieza natural. Los primeros resultados de la revisión se combinan sobre el efecto de la pandemia en las HAI. El objetivo de este estudio es inspeccionar el efecto que tuvo esta pandemia en CAUTI, CLABSI, MRSA y CDI en 2 clínicas en Illinois. Las enfermedades del sitio cuidadoso se excluyeron debido al enorme cambio en el volumen cuidadoso que armonizó con la pandemia. Además, los niveles de personal de crianza y las tasas de casos de COVID-19 se recuerdan para un modelo de recaída directa para determinar qué covariables están fundamentalmente relacionadas con las tasas de HAI ampliadas [2].

Numerosas covariables relacionadas fundamentalmente con la tasa de HAI individual y conjunta durante COVID-19. Se realizó

una recaída directa multivariante para decidir si las variables no clínicas de dotación de personal y casos y fallecimientos de COVID-19 en el espacio en conjunto se asociaron con los incrementos de HAI. Si bien se adaptó al porcentaje de casos y fallecimientos de COVID-19 a nivel de distrito y de Illinois, el porcentaje de horas de compensación premium estuvo totalmente relacionado con una expansión total de las tasas de HAI. Cada incremento del 1 % en las horas de compensación de la prima produjo alrededor de 0,13 HAI absolutos al adaptarse a los casos y casos de COVID-19 a nivel de Illinois y 0,13 HAI al adaptarse a la información a nivel de área. Esto fue más alto que durante el lapso de tiempo sin COVID, cuando cada incremento del 1 % en las horas de compensación de la prima generaba 0,077 HAI absolutos [3].

La pandemia de COVID-19 afectó fundamentalmente las tasas de HAI en estas 2 clínicas con una compensación de prima esencialmente asociada con las HAI completas, especialmente durante la pandemia cuando se contrasta con el calibre. Investigaciones anteriores han descubierto que los pacientes con COVID-19 y las unidades asignadas para COVID-19 tienen más HAI que los pacientes con COVID-19 negativo y las unidades sin COVID-19. Si bien estos descubrimientos son significativos, ofrecen pequeños caminos para el cambio de estrategia además de la observación de la práctica clínica ampliada. Nuestro seguimiento de esas horas excepcionales de compensación, y específicamente las horas de oficina, brinda un camino para una exploración adicional y posibles cambios en los arreglos relacionados con el embarque y el seguimiento de la instrucción [4]. Los meta-exámenes anteriores han encontrado que el personal no permanente, los asistentes médicos flotantes y las horas de tiempo adicionales están totalmente relacionados con niveles ampliados de HAI. Esto tiene un significado restablecido con la actual deficiencia de personal en el campo clínico. Garantizar que se establezca la preparación y capacitación legítimas para el personal y que el IP pueda revisar y cooperar con el personal podría ayudar a disminuir las tasas de enfermedad expandidas. Se debe tener más en cuenta el cumplimiento de los componentes del grupo de dispositivos, la necesidad de dispositivos y las

percepciones de los trabajos de PI sobre la limpieza de las manos y la limpieza, especialmente durante una inundación pandémica cuando el personal se flexiona para trabajar en áreas sustitutas o cuando se utiliza la expansión en el personal de la organización. Si bien estos pacientes tenían un nivel grave de complejidad y con frecuencia tenían numerosos dispositivos, la atención se empaquetó para disminuir la experiencia del personal con los pacientes y la atención exhaustiva de los dispositivos podría haber sido refutada. Se justifica una revisión adicional para decidir si estos descubrimientos siguen siendo enormes con un tamaño de ejemplo ampliado y más clínicas médicas [5].

Referencias

1. McMullen KM, Smith BA, Rebmann T. Impact of SARS-CoV-2 on hospital acquired infection rates in the united states: predictions and early results. *Am J Infect Control* 2020; 48: 1409-1411.
2. Irelli EC, Orlando B, Cocchi E, Morano A, Fattapposta F. The potential impact of enhanced hygienic measures during the COVID-19 outbreak on hospital-acquired infections: a pragmatic study in neurological units. *J Neurol Sci* 2020; 418: 117111.
3. LeRose J, Sandhu A, Polistico J, Ellsworth J, Cranis M. The impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) response on central-line-associated bloodstream infections and blood culture contamination rates at a tertiary-care center in the Greater Detroit area. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2021;42: 997-1000.
4. Stone PW, Pogorzelska M, Kunches L, Hirschhorn LR. Hospital staffing and health care-associated infections: a systematic review of the literature. *Clin Infect Dis* 2008; 47: 937-944.
5. Mitchell BG, Gardner A, Stone PW, Hall L, Pogorzelska-Maziarz M. Hospital staffing and health care-associated infections: a systematic review of the literature. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2018; 44: 613-622.