

de la información y de la comunicación se ha transformado en una fantástica herramienta para mejorar la atención y los cuidados de pacientes, y para facilitar el trabajo de todos los profesionales implicados en él.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Bodí M, Blanch L, Maspons R. Los sistemas de información clínica: una oportunidad para medir valor, investigar e innovar a partir del mundo real. *Med Intensiva*. 2017;41:2017-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.10.007>
2. Nibbelink CW, Young JR, Carrington JM, Brewer BB. Informatics Solutions for Application of Decision-Making Skills. *Crit Care Nurs Clin N Am*. 2018;30:237-46, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnc.2018.02.006>
3. Warrick C, Avis S, Franklin BD. A clinical information system reduces medication errors in paediatric intensive care. *Intensive Care Med*. 2011;37:691-4, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-010-2126-8>
4. Jepsen S, Sendebach S. Managing Alarms in Acute Care Across the Life Span: Electrocardiography and Pulse Oximetry. *Crit Care Nurse*. 2018;38:e16-20.
5. Von Dincklage F, Suchodolski K, Lichtner G, Friesdorf W, Podtchaske B, Ragaller M. Investigation of the Usability of Computerized Critical Care Information Systems in Germany. *J Intensive Care Med*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1177/0885066617696848>

R. Ros Navarret (RN)*

Enfermera Supervisora del Área de Gestión Clínica del Niño, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosnav@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.02.001>

El derecho a ser donante de órganos es una responsabilidad de todos

The right to be an organ donor is the responsibility of us all

Sra. Editora:

España es líder mundial en donación de órganos de forma mantenida desde el año 1992, siendo desde 2016 el único país del mundo con más de 100 pacientes trasplantados por cada millón de habitantes cada año. Sin embargo, la lista de espera para trasplante sigue manteniéndose, de forma que todavía entre un 5 y un 6% de los pacientes fallecen estando en lista de espera para recibir un trasplante¹.

La aportación en estos últimos tiempos de la donación en asistolia controlada ha supuesto un aumento exponencial en el número total de donantes de órganos y tejidos, suponiendo a día de hoy casi el 25% de los donantes totales en nuestro medio².

Sin duda, la incorporación de los cuidados intensivos como líderes del proceso ha permitido mantener e impulsar el éxito del modelo español de trasplantes³.

Estos nuevos escenarios, y ante la necesidad de disminuir las listas de espera, se hace necesaria la implicación absoluta de los profesionales, en particular las enfermeras, por su cercanía con el paciente y su familia, situándose como eslabón fundamental en los cuidados a la familia en el proceso de duelo, así como en la ayuda en la toma de decisiones respecto a la opción de la donación de órganos y tejidos⁴.

Por todo lo expuesto, la actualización de conocimientos y la difusión de resultados se establecen como una tarea fundamental para las coordinaciones hospitalarias de trasplantes⁵, tanto en el ámbito formativo hacia profesionales, como en el contexto social, apostando por la concienciación de la población hacia la donación de órganos y tejidos.

Que son todos los profesionales los que deben respetar los deseos del paciente en los cuidados al final de la vida es algo obvio e inherente a nuestra profesión⁶, en consecuencia, es necesario que dentro de la organización se articulen las estructuras normativas necesarias para poder reforzar como uno de sus objetivos prioritarios la revisión por parte de los profesionales de los deseos del paciente en este contexto, a través de la consulta al registro de voluntades anticipadas.

En cuanto al consenso en la limitación de esfuerzo terapéutico, este debe ser claro y, aunque es el médico el que determina en ejercicio de sus funciones cuándo un paciente no tiene opciones curativas evitando la obstinación terapéutica, la Ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte⁷ determina en su artículo 21 que dicha limitación se llevará a cabo, oído el criterio de la enfermera y de acuerdo con él. En este sentido es importante refrendar la aportación anterior, haciéndose incuestionable que unos profesionales formados y concienciados en este ámbito, dignificarán el sentido último de nuestra profesión, el cual no es otro que ofrecer unos cuidados dignos y de calidad al paciente al final de la vida.

Por último, no quisiera dejar pasar la oportunidad de recordar a los lectores la necesidad de extender las investigaciones enfermeras en este ámbito, a través de revistas de calado como para la que escribo estas líneas, ya que es quizás en este contexto donde la aportación de nuestra profesión aún tiene mucho que decir.

Agradecimiento

A todas las enfermeras que diariamente nos cuidan en las UCI españolas.

Bibliografía

1. [consultado 7 Mar 2019] Disponible en: <http://www.ont.es/informacion/Paginas/Trasplante.aspx>.
2. [consultado 23 Ene 2019] Disponible en: <http://www.ont.es/Documents/Datos2019.pdf>.
3. Daga-Ruiz D, Perez-Villares JM, Martín-Villén L, Egea-Guerrero JJ. El derecho a ser donante de órganos y tejidos al

- final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2018; <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2018.11.005>.
4. Alves Monteiro MA, Moura Barbosa RG, Teixeira Barroso MG, Cunha Vieira NF, Bezerra Pinheiro AK. Dilemas éticos vivenciados por enfermeros y presentados en publicaciones de enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16: 1054–9.
 5. Montero Salinas A, Martínez-Isasi S, Fieira Costa E, Fernández García A, Josefa Castro Dios D, Fernández García D. Conocimientos y actitudes ante la donación de órganos de los profesionales sanitarios de un hospital de tercer nivel. *Rev Esp Salud Pública*. 2018;92:1–28deabrile-L.
 6. Cuidados intensivos orientados a la donación de órganos recomendaciones. Grupo de trabajo SEMICYUC-ONT [consultado 23 Ene 2019] Disponible en: http://www.ont.es/mailings/CIOD_Recomendaciones%20SEMICYUCONT_Septiembre2017.pdf.
 7. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.

J. Vallejo Báez (MSc)^{a,*} y M.J. Molero Pardo (RN)^b

^a *Master of Science in Nursing, Enfermero Adscrito a la Coordinación de Trasplantes en Málaga, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España*

^b *Registered Nurse, Enfermera Coordinadora de Trasplantes, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

jorge.vallejo.sspa@juntadeandalucia.es (J. Vallejo Báez).
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.005>

Clorhexidina para reducir las infecciones del tracto urinario asociadas al catéter: una solución efectiva, aunque poco estudiada

Chlorhexidine for reducing catheter-associated urinary tract infection: An effective yet understudied solution

Es alta la proporción de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) que necesitan inevitablemente un catéter urinario, y la infección del tracto urinario asociada al catéter (IUAC) es una de las infecciones más comunes en estos pacientes¹. La investigación previa ha establecido que a menudo estas infecciones están asociadas al incremento de la resistencia de los microorganismos a los fármacos antimicrobianos y a la estancia prolongada en la UCI, así como al incremento de la morbilidad en los pacientes de la UCI.

Se han adoptado diversas medidas preventivas y terapéuticas, tales como la utilización adecuada del catéter urinario y la retirada temprana del mismo, para reducir las IUAC. Sin embargo, estas infecciones en los pacientes de la UCI siguen siendo problemáticas. A este respecto, se ha demostrado la eficacia de medidas tales como el uso de antisépticos, que reducen la colonización bacteriana, para reducir las IUAC. No obstante, las directrices no recomiendan el uso

de agentes antisépticos² porque no es concluyente la evidencia actual relativa a la efectividad de los antisépticos disponibles para la limpieza del meato, previa a la inserción del catéter^{3,4}.

Dado que las infecciones del tracto urinario son prevenibles, son precisas más intervenciones con un mayor impacto positivo en las tasas de IUAC para disminuir estas infecciones en los pacientes ingresados en las UCI. Entre las medidas preventivas, la limpieza del meato con clorhexidina ha arrojado resultados prometedores aunque contradictorios en la reducción de las IUAC⁴⁻⁶. Por ejemplo, Mitchell et al.⁶ evaluaron la efectividad y la rentabilidad de la clorhexidina para la limpieza del meato previa a la inserción del catéter urinario en tres hospitales de Australia. Los autores encontraron que, en comparación con la solución salina normal, el uso de clorhexidina (0,1%) podría reducir la incidencia de bacteriuria y la IUAC. Además, se asoció a menores tasas de estancia hospitalaria de los pacientes y costes de tratamiento. De manera similar, Huang et al.⁷, en un análisis secundario, exploraron el efecto de la descolonización de la superficie corporal en la bacteriuria y candiduria en pacientes ingresados en la UCI. El protocolo incluía limpieza con clorhexidina del perineo y la zona cercana a los catéteres urinarios. Encontraron que la descolonización universal con baños de clorhexidina podría disminuir la candiduria y cualquier bacteriuria en pacientes varones.

Por contra, Düzkaya et al.⁸ compararon la eficacia de la limpieza periuretral con clorhexidina 0,05% y povidona yodada al 10% o agua esterilizada para prevenir las IUAC previas a la inserción del catéter urinario permanente en una UCI pediátrica que incluía 122 pacientes. Los autores encontraron que, aunque las diferencias entre los grupos no eran significativas, las IUAC se producían con menor frecuencia en los pacientes asignados al grupo de limpieza con clorhexidina. Cao et al.⁴ realizaron un metaanálisis de red para comparar el efecto de siete métodos diferentes de limpieza uretral, incluyendo clorhexidina, para prevenir las IUAC. Encontraron que no existían diferencias significativas entre los diferentes métodos de limpieza uretral; sin embargo, el efecto de la clorhexidina era mejor que el del resto de métodos. Los autores recomendaron el uso de clorhexidina para limpiar la uretra únicamente en pacientes críticos.

Con arreglo a lo anterior, los resultados de los estudios que han examinado la eficacia de la clorhexidina son inconsistentes. De manera notable, son limitados los estudios que han examinado la eficacia de la clorhexidina en las UCI para reducir las IUAC. Existen diversos motivos que sugieren que el uso de clorhexidina tópica merece investigación clínica adicional para evaluar su efectividad en la reducción de las IUAC en las UCI. La clorhexidina es una biguanida con poder antiséptico de amplio espectro, sin efectos adversos significativos reportados, que se utiliza para reducir las infecciones bacterianas y los organismos resistentes a múltiples fármacos. Puede aportar acción bacteriostática y bactericida durante 24 horas, tras una aplicación de 2 min, y es también activa sobre hongos y algunos virus. Está disponible a nivel mundial, y no se requiere prescripción. Su aplicación es simple y económica. Por tanto, se recomienda más investigación para confirmar o rechazar la eficacia de la clorhexidina en las UCI para prevenir las IUAC.