

ARTÍCULO

Prevalencia de la infección asociada a la asistencia sanitaria en la Región de Murcia. Estudio EPINE 2014.

NOTICIAS BREVES

- Epidemia de enfermedad por virus Zika en América latina y riesgo en viajeros.
- Jornada técnica economía de la salud.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 45 a 48 de 2015.

Prevalencia de la infección asociada a la asistencia sanitaria en la Región de Murcia. Estudio EPINE 2014

Introducción

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS), también conocidas como infecciones nosocomiales, constituyen el evento adverso más frecuente de la atención sanitaria en un hospital. Las IAAS aumentan la morbilidad, la duración de la estancia hospitalaria, la resistencia a antimicrobianos y el coste para el sistema sanitario y los pacientes¹. Se estima que más de 4 millones de pacientes en Europa y 1,7 millones en Estados Unidos sufren IAAS anualmente². Dentro de las actividades eficaces desarrolladas para el control de la IAAS se encuentran los programas de prevención y vigilancia³. El Estudio de Prevalencia de infección Nosocomial de los Hospitales Españoles (EPINE), auspiciado por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), realiza un estudio transversal anual desde hace 26 años para la vigilancia de estas infecciones⁴, constituyendo un referente internacional de vigilancia epidemiológica de las IAAS.

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de IAAS de los hospitales de la Región de Murcia que participaron en el estudio EPINE 2014.

Material y Método

Estudio transversal realizado en 9 hospitales de la Región de Murcia. El trabajo de campo fue llevado a cabo durante el mes de mayo de 2014. La recogida de datos se realizó por personal entrenado en vigilancia de las IAAS de acuerdo a los criterios establecidos en el manual y protocolo de la SEMPSPH⁴. Se designó a un responsable o coordinador del estudio para cada hospital, siendo el número de encuestadores variable según las particularidades organizativas de



cada centro. Entre los indicadores de infección recogidos se encuentran datos referentes a factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, intervención quirúrgica, existencia de infección activa, localización de la infección, resultados microbiológicos y antibióticos prescritos. La información se obtuvo de las historias clínicas de los pacientes ingresados y directamente de los pacientes y profesionales a su cargo. Se utilizó el programa EPINE para la explotación de los datos. Las medidas de frecuencia de las IAAS se expresaron mediante prevalencia de infección y prevalencia de pacientes infectados.

Resultados

La edad media de los pacientes ingresados fue de 56,9 años, siendo la proporción de hombres (50,6%) y mujeres (49,4%) similar. La estancia media en el conjunto de pacientes fue de 10,9 días. De los 2.042 pacientes estudiados, el porcentaje de IAAS durante su estancia en el hospital fue de 6,6% y el porcentaje de infección comunitaria de 20,7%. 123 pacientes tuvieron 1 o más IAAS durante la hospitalización, lo que supone una prevalencia de pacientes infectados por IAAS de 6,02% (Intervalo de confianza -IC- al 95%: 5,0-

7,1%). Aquellos pacientes con IAAS en el ingreso tuvieron una estancia media hospitalaria hasta el momento del estudio de 44,0 días, frente a 8,1 días en pacientes con infección comunitaria.

La mayor prevalencia de IAAS se observa en Medicina Intensiva (25,3%) y Cirugía (13,9%). Los factores de riesgo extrínseco más frecuentes en pacientes con IAAS fueron intubación (27,6%), catéter vascular central (25,2%) y catéter urinario (16,4%). Los factores de riesgo intrínseco más frecuentes en estos pacientes fueron hipoalbuminemia (24,7%), coma (23,7%) y neutropenia (18,8%).

Las localizaciones más frecuentes se presentan en la Tabla 1, destacando la urinaria, seguida de la quirúrgica, respiratoria y bacteriemia. En el 77,9% de las IAAS se solicitaron cultivos para identificar el microorganismo causal, siendo el resultado positivo en un 97,0%. *Escherichia coli* fue el microorganismo más frecuentemente aislado en IAAS (15,2%), seguido de *Klebsiella pneumoniae* (7,4%) y *Staphylococcus aureus* (6,3%). El 38% de estos *S. aureus* presentaron resistencia a oxacilina/meticilina (SARM). Frente a las cefalosporinas de 3ª generación mostraron

Tabla 1. Distribución según localización de IAAS*. EPINE Murcia, 2014.

Tipo de infección	n=135	%
Infecciones urinarias	34	25,2%
Infecciones del lugar de la intervención quirúrgica	25	18,5%
Infecciones de vías respiratorias bajas#	15	11,1%
Bacteriemias	12	8,9%
Infecciones del aparato digestivo	12	8,9%
Infecciones sistémicas	9	6,7%
Infecciones de la piel y las partes blandas	8	5,9%
Infecciones de los ojos, oídos, nariz, garganta o boca	7	5,2%
Neumonías	6	4,4%
Infecciones asociadas a catéter	2	1,5%
Infecciones del sistema cardiovascular	2	1,5%
Infecciones osteo-articulares	1	0,7%
Infecciones del sistema nervioso central	0	0,0%

*En el presente ingreso; # Sin incluir neumonías.

resistencia un 33% de los aislamientos de *E. coli* y un 50% para *K. pneumoniae*.

El 45,3% de los pacientes ingresados recibía algún antimicrobiano, siendo los pacientes ingresados en las especialidades quirúrgicas los que representan mayor uso (58,2%). Los antimicrobianos más utilizados fueron penicilina (incluyendo inhibidores de beta-lactamasas, combinaciones) (18,7%), fluorquinolonas (17,4%) y cefalosporinas de 3ª generación (13,9%).

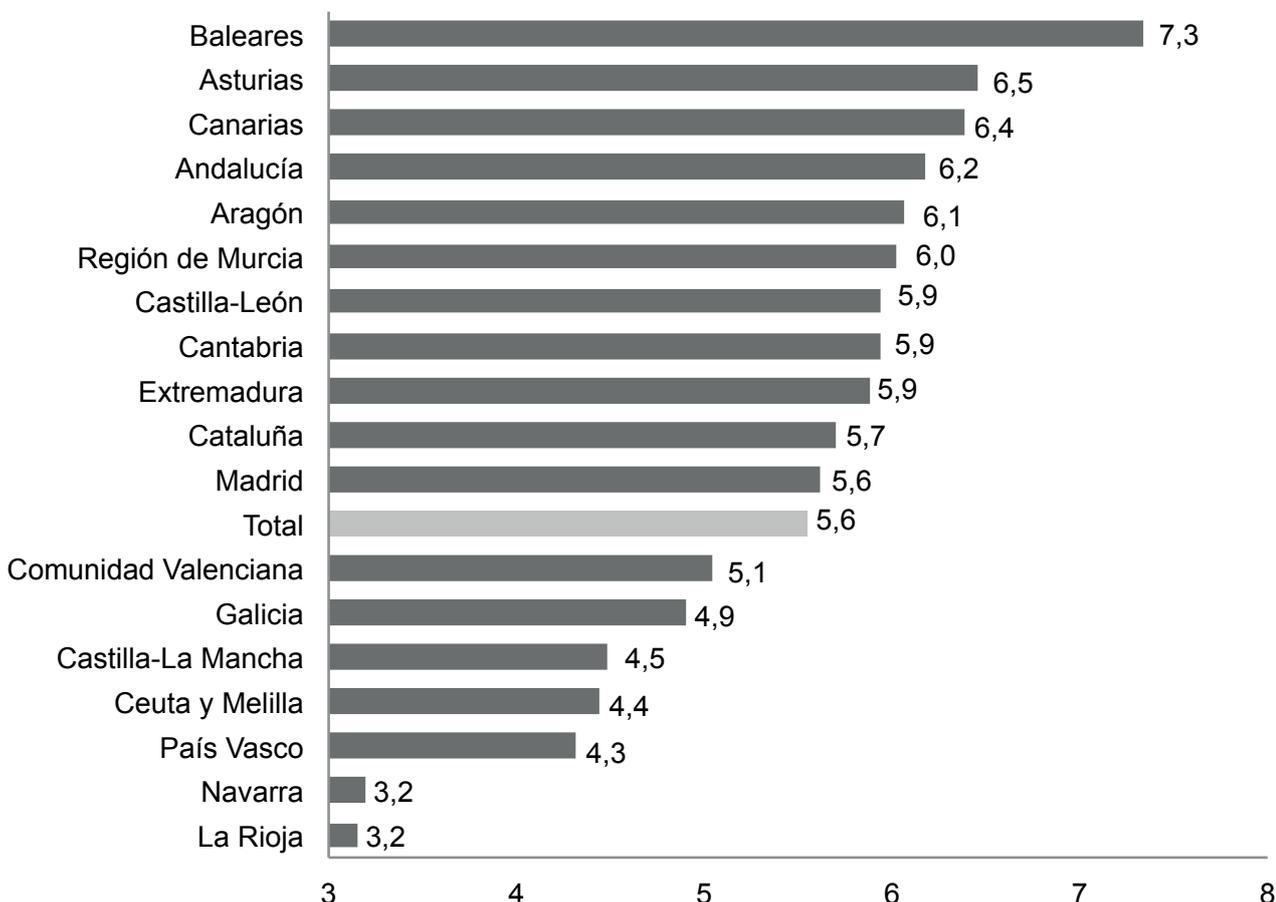
Discusión

La prevalencia de pacientes con IAAS durante la hospitalización en la Región de Murcia en 2014 es similar a la obtenida para España (5,6%, IC al 95%: 5,4 – 5,7)⁴, ocupando el sexto

puesto en orden decreciente de prevalencia en el conjunto de las Comunidades Autónomas (CCAA) (Gráfica 1).

Las localizaciones más frecuentes de las IAAS en Murcia difieren de España y Europa, donde se ha descrito en primer lugar la respiratoria, seguida de la quirúrgica, urinaria y bacteriemia⁵. Mientras que en el resto de Europa solo un tercio de los pacientes recibieron antimicrobianos, su uso en España (45,4%) y en la Región de Murcia fue superior (45,3%). El porcentaje de cultivos solicitados para identificar el microorganismo causal fue intermedio en la Región de Murcia en comparación con el valor más alto de España (83,8%) y el menor del resto de Europa (45,9%). La presencia de SARM fue menor en Murcia que en el resto de Europa (41,2%) y mayor que para el conjunto de España (35,0%).

Figura 1. Pacientes con IAAS durante el ingreso según Comunidad Autónoma (%). Informe EPINE. España 2014.



En su conjunto, el estudio EPINE nos muestra la Región de Murcia con una prevalencia de IAAS alta, una prevalencia elevada de SARM y un elevado uso de antimicrobianos.

La reducción de IAAS debe ser una prioridad para los Sistemas de Salud. Los estudios de vigilancia realizados en España y el resto de Europa^{4,5} muestran la importancia de focalizar las actividades de prevención frente a la transmisión de *E. coli* así como a microorganismos con resistencia a antimicrobianos tales como los SARM. Una medida tan sencilla como la higiene de manos se ha demostrado como la más efectiva para disminuir las IAAS, sin embargo, se trata de una estrategia con una baja adherencia de los profesionales¹. La promoción de programas integrales de prevención de las IAAS que incluyan la formación y sensibilización del personal sanitario y el fomento de la vigilancia, entre otros, es fundamental para conseguir su control.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS basado en el estudio EPINE, pese a sus limitaciones como estudio transversal, es una herramienta de interés tanto por su periodicidad anual como por utilizar un protocolo unificado que se implementa en los hospitales españoles desde 1990 y desde 2012 en el resto de Europa. De esta forma, el estudio EPINE permite disponer para un mismo periodo de tiempo de resultados estandarizados a nivel de hospitales, CCAA y países.

Bibliografía

1.-Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [sede Web]. Rockville: US Department of Health and Human Services; abril 2015 [Fecha de acceso: 16 de noviembre de 2015]. Patient Safety Primer. Health Care-Associated Infections

[1 página]. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/7>

2.- Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Garcia Castillejos G, Kilpatrick C, Kelley E, Mathai E. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide [Monografía en Internet]. Ginebra: WHO; 2011 [Fecha de acceso: 18 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf

3.-Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica [Monografía en internet]. Malta: OMS; 2002 [Fecha de acceso: 10 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf

4.-Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene [sede Web]. SEMPSPH; 2015 [fecha de acceso: 25 de enero de 2016]. EPINE-EPPS 2015. Presentación [1 página]. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/>

5.-European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Summary: Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European hospitals 2011–2012 [Monografía en internet]. Estocolmo: ECDC; 2013 [Fecha de acceso: 25 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/point-prevalence-survey/Documents/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS-summary.pdf

Autores

Ana Belén Maldonado Cárceles, Francisco Javier Campayo Rojas, Alberto Manuel Torres Cantero, María Dolores Luján Rebollo. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Situación regional. Semanas 45 a 48 (del 02/11/2015 al 29/11/2015).

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS												CASOS NOTIFICADOS		
	SEMANA 45			SEMANA 46			SEMANA 47			SEMANA 48			SEMANA 45 a 48		
	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA
Toxinfecciones alimentarias	3	4	2	5	1	1	0	0	1	2	0	0	10	5	5
Gripe	37	62	141	42	66	138	51	55	146	96	77	134	226	260	577
Legionelosis	0	0	0	2	2	1	1	0	0	1	0	0	4	2	2
Otras meningitis	3	2	2	2	0	0	2	2	0	1	0	0	8	4	4
Parotiditis	1	7	2	0	16	3	2	10	2	1	9	3	4	42	10
Varicela	82	53	30	92	57	52	105	83	78	108	112	97	387	305	257
Tos ferina	2	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	6	0	0
Infección gonocócica	2	0	0	1	0	1	4	0	0	0	1	1	7	1	3
Sífilis	1	2	2	1	2	2	0	1	2	1	1	2	3	6	6
Hepatitis B	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
Paludismo	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	2	2	1
Chikungunya	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Tuberculosis	3	2	2	1	5	4	2	2	2	2	1	3	8	10	10
Infección por VIH/SIDA	1	0	0	2	6	1	0	4	0	0	1	0	3	11	3

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.

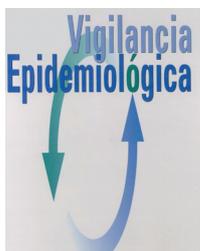
Distribución por áreas de salud. Semanas 45 a 48 (del 02/11/2015 al 29/11/2015).

ENFERMEDAD	MURCIA OESTE		CARTAGENA		LORCA		NOROESTE		ALTIPLANO		VEGA MEDIA DEL SEGURA		MURCIA ESTE		MAR MENOR		VEGA ALTA DEL SEGURA		TOTAL	
	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.
Población (Padrón 2014)	257856		287352		172656		73042		59606		260404		197703		103572		54627		1466818	
Toxinfecciones alimentarias	1	40	0	59	4	76	0	4	1	3	2	142	2	12	0	18	0	3	10	357
Gripe	35	5619	32	5996	13	1290	3	975	16	1299	58	5141	33	4304	29	2121	6	1398	226	28144
Legionelosis	1	11	1	2	0	0	0	3	0	1	2	5	0	4	0	2	0	0	4	28
Otras meningitis	1	7	3	17	0	6	1	4	0	0	0	5	2	18	1	6	0	1	8	64
Parotiditis	1	162	0	19	0	13	1	31	0	4	1	78	1	106	0	4	0	13	4	430
Varicela	28	963	32	1158	14	702	122	944	4	113	75	960	68	1004	40	559	3	156	387	6560
Tos ferina	2	22	2	32	1	15	0	3	0	0	1	18	0	10	0	6	0	3	6	109
Infección gonocócica	0	2	1	3	0	1	0	0	0	1	3	10	2	9	1	2	0	0	7	28
Sífilis	0	5	1	9	0	8	0	3	0	2	1	10	1	10	0	0	0	0	3	47
Hepatitis B	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	6	0	2	0	0	1	12
Paludismo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	2	1	2	0	1	2	9
Chikungunya	1	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1	11
Tuberculosis	1	22	1	14	1	17	0	4	0	8	1	24	2	15	1	28	1	5	8	137
Infección por VIH/SIDA	2	3	0	1	0	1	0	0	0	2	0	3	0	2	0	1	1	3	3	16

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en el año actual.

NOTICIAS BREVES

EPIDEMIA DE ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA EN AMÉRICA LATINA Y RIESGO EN VIAJEROS



La enfermedad por virus Zika, enfermedad emergente transmitida por mosquitos Aedes (mosquito Tigre entre otros), cursa en general de forma moderada con fiebre y exantema y sintomatología parecida a la del Dengue, el Chikungunya y otras arbovirosis transmitidas por el mismo vector. El periodo de incubación es de 3 a 12 días y la mayoría de las infecciones son asintomáticas (75%)¹. Hasta 2007 solo estaba documentada en pocos casos en África tropical y el sudeste asiático. En 2015 ha emergido en América latina, con brotes muy extensos en Brasil y Colombia².

El riesgo de introducción en España estaría asociado con la llegada de viajeros infectados procedentes de áreas con transmisión autóctona a las comunidades autónomas donde hay presencia del vector, principalmente todas las de la costa mediterránea, como la Región de Murcia. Si tomamos como referencia del riesgo de introducción de virus Zika lo ocurrido con la enfermedad por virus Chikungunya en 2014-2015, podríamos esperar un número de casos importados no superior a los 266 casos detectados por esta enfermedad en España en 2014³.

La principal preocupación en términos de impacto sobre la salud de la población en estos momentos es la probable asociación, aún en investigación, entre la infección por virus Zika en embarazadas y casos de microcefalia en fetos y recién nacidos, así como complicaciones neurológicas. Por esta razón, el pasado 1 de febrero la OMS declaró que este hallazgo constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional y ha instado a los países a intensificar la vigilancia de esta enfermedad⁴. Los casos probables en personas con antecedente de estancia en países con transmisión autóctona en las dos semanas previas al inicio de síntomas deben notificarse de forma urgente siguiendo el protocolo vigente de la enfermedad¹. El consejo y recomendaciones sobre medidas de protección frente a picadura de mosquito para los viajeros a las zonas de riesgo² son de especial importancia para las mujeres embarazadas⁵.

1.- <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=303867&idsec=1074> 2.- http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/Zika-countries-with-transmission.aspx 3.- http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/ERR_Zika_4Febrero2016_final.pdf 4.- <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/es> 5.- http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/pdf/virus_Zika_febrero2016.pdf

JORNADA TÉCNICA ECONOMÍA DE LA SALUD



El 15 de marzo de 2016 tendrá lugar en Murcia (Salón de Actos del Hospital Morales Meseguer) la Jornada Técnica "El reto de la incorporación de la innovación tecnológica al sistema sanitario: más allá de los medicamentos", previa a las tradicionales Jornadas anuales de la Asociación de Economía de la Salud (AES), que se celebrarán del 15 al 17 de junio en la misma localidad. En este marco, la organización de esta Jornada Técnica focaliza el debate en las reformas orientadas a hacer más seguro, efectivo y eficiente el proceso de incorporación de las innovaciones tecnológicas al Sistema Nacional de Salud. En la primera mesa de la Jornada se debatirán los aspectos regulatorios y se ofrecerá una perspectiva desde la práctica clínica, mientras que en la segunda mesa se abordarán cuestiones relacionadas con el papel de la evaluación en la toma de decisiones y los costes de oportunidad derivados de la incorporación de las nuevas tecnologías.

La participación en esta interesante Jornada, de inscripción gratuita, tiene como objeto contribuir de manera activa a un debate con importantes implicaciones para el buen funcionamiento del sistema público de salud.

Información e inscripción en la web:

<http://aes.es/jornadas/es/jornada-tecnica-aes.php>

Edita:

Servicio de Epidemiología.
D.G. de Salud Pública y Adicciones.
Consejería de Sanidad.
Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia.
Tel.: 968 36 20 39 Fax: 968 36 66 56
bolepi@carm.es
<http://www.murciasalud.es/bem>

Comité Editorial:

M^a Dolores Chirlaque, Lluís Cirera, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, José Jesús Guillén, Olga Monteagudo, Ana Belén Moreno, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez, Juan Antonio Sánchez, Carmen Santiuste.

Coordinadora de Edición:

Ana Belén Moreno López.

Coordinador Administrativo:

José Luis García Fernández.

Suscripción: Envío Gratuito.

Solicitudes: bolepi@carm.es

e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia

D.L. MU-395-1987