

Prevalencia de infecciones en centros sociosanitarios y residencias

Javier Murillas

Medicina Interna Infecciosas

Hospital Son Espases

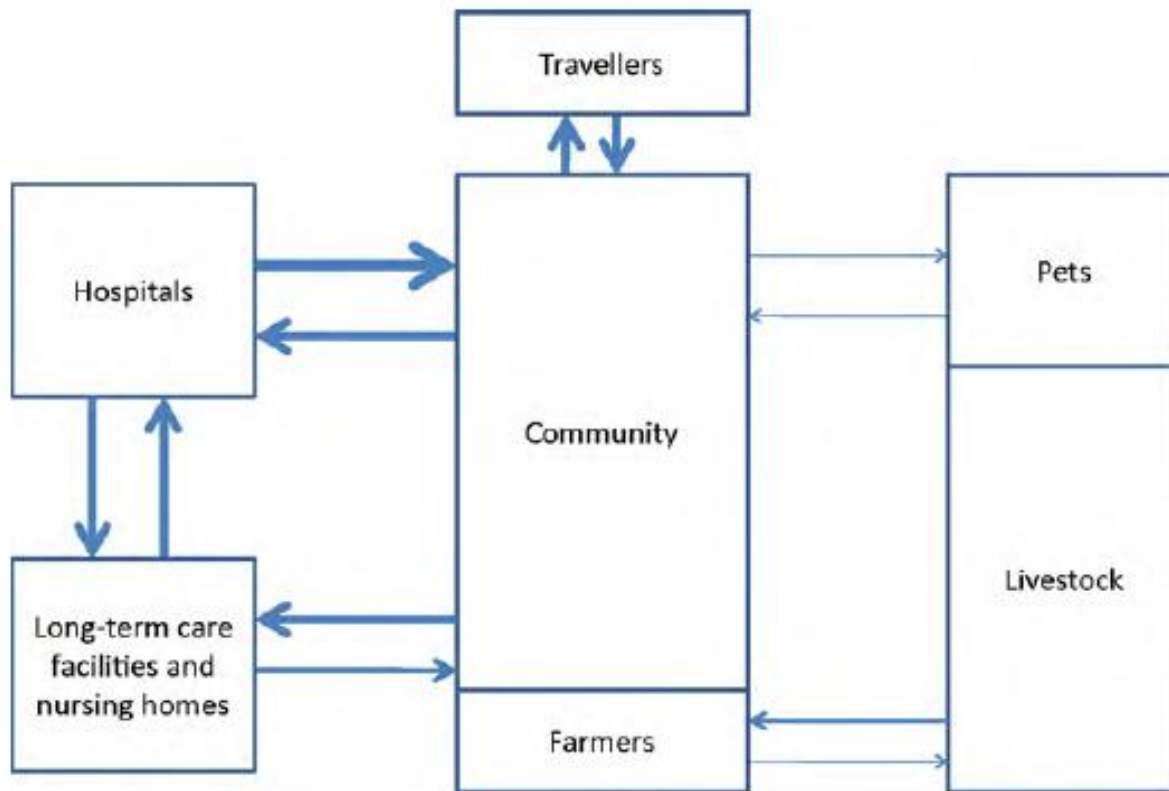
Tres aspectos de la infección en centros socio-sanitarios y residencias

INFECCIONES ENDÉMICAS: infección respiratoria, urinaria,
piel y partes blandas

BROTOS EPIDÉMICOS

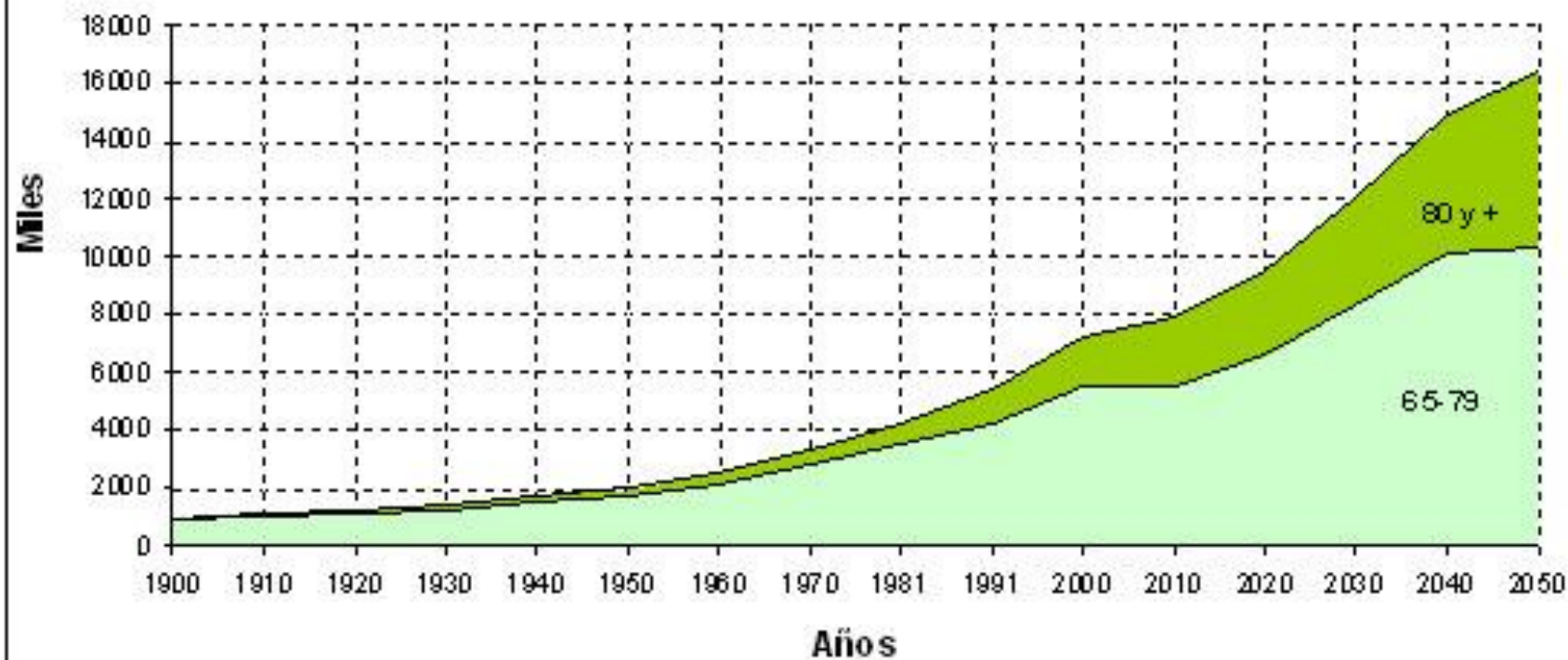
INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES

The future is clear: HCAs in the community are going to become an ever-increasing burden and it is critical that our approach to these infections is brought quickly in line with present hospital sector standards.



Gastmeier P. Healthcare-associated versus community-acquired infections: a new challenge for science and society. [Int J Med Microbiol.](#) 2010 Aug;300(6):342-5

Gráfico 1.1
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR, 1900-2050 (miles)

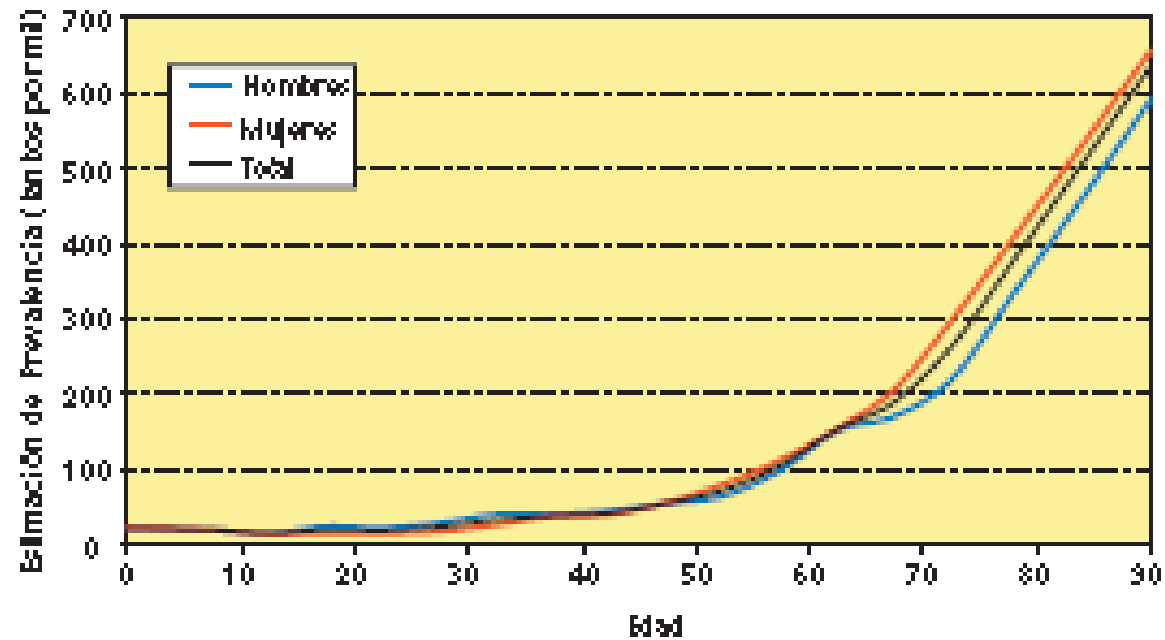


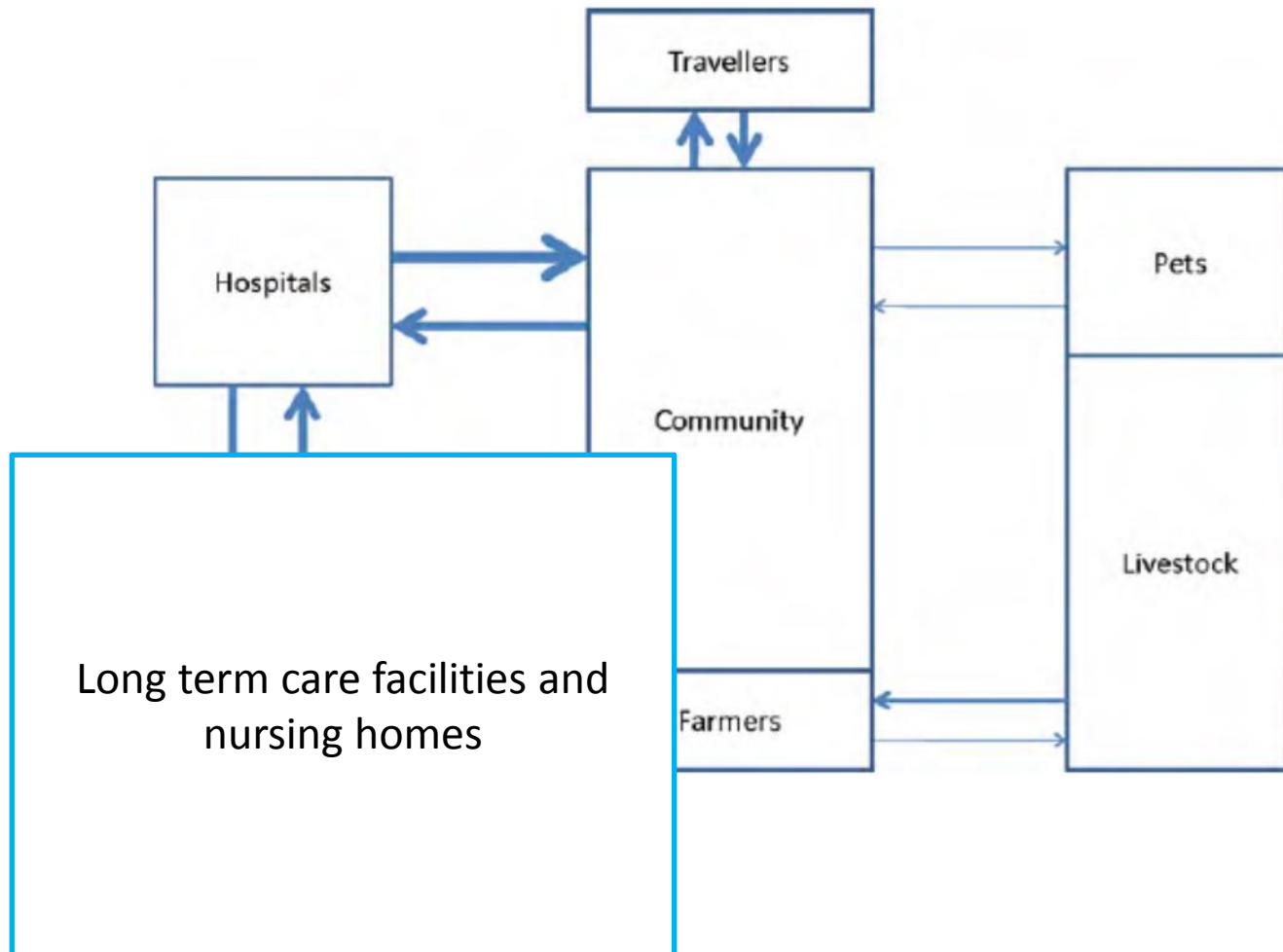
* De 1900 a 2000 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones; desde 1970 la población es de derecho.

Fuente: INE: INEBASE: *Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001*. INE, 2004.

INE: INEBASE: *Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001*. INE, 2004.

Gráfico 2. Estimación de la prevalencia de las situaciones de discapacidad, por edad y género. España, 1988.





Factores de riesgo del residente

- Inmunosenescencia
- Polimedicación
- Pluripatología
- Malnutrición
- Sondas
- Heridas/UPP
- Presentación atípica
- Hospitalizaciones

Ingresos en Hospitales
De agudos



Infecciones
asociadas a la
atención sanitaria

Factores de riesgo de la institución

- Vida colectiva
- Menos personal
- Menos medios diagnósticos
- Más antibióticos empírico
- Ausencia de lab de micro
- Ausencia de personal de Control de infección y de Infecciosas.



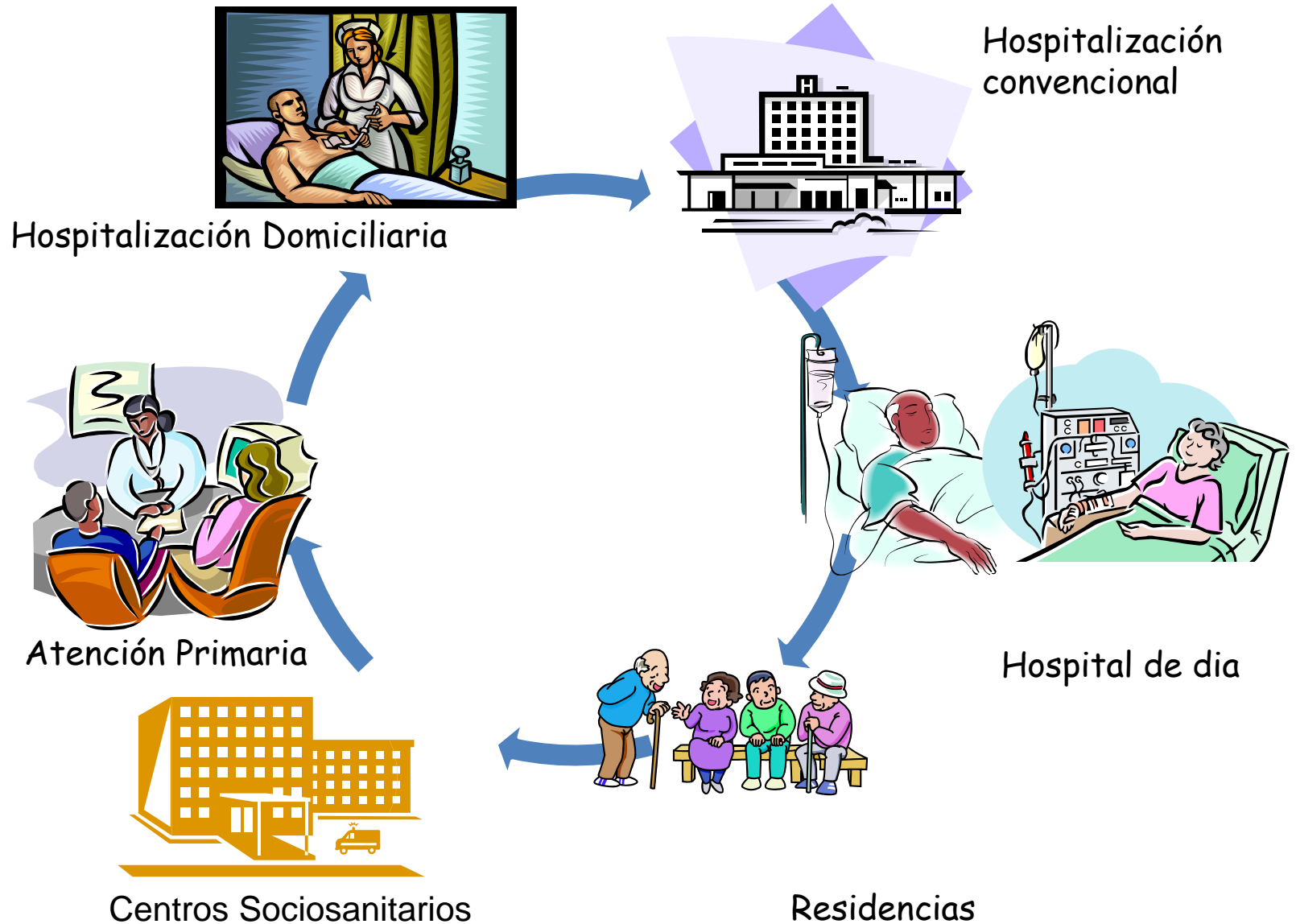
Uso de
antimicrobianos



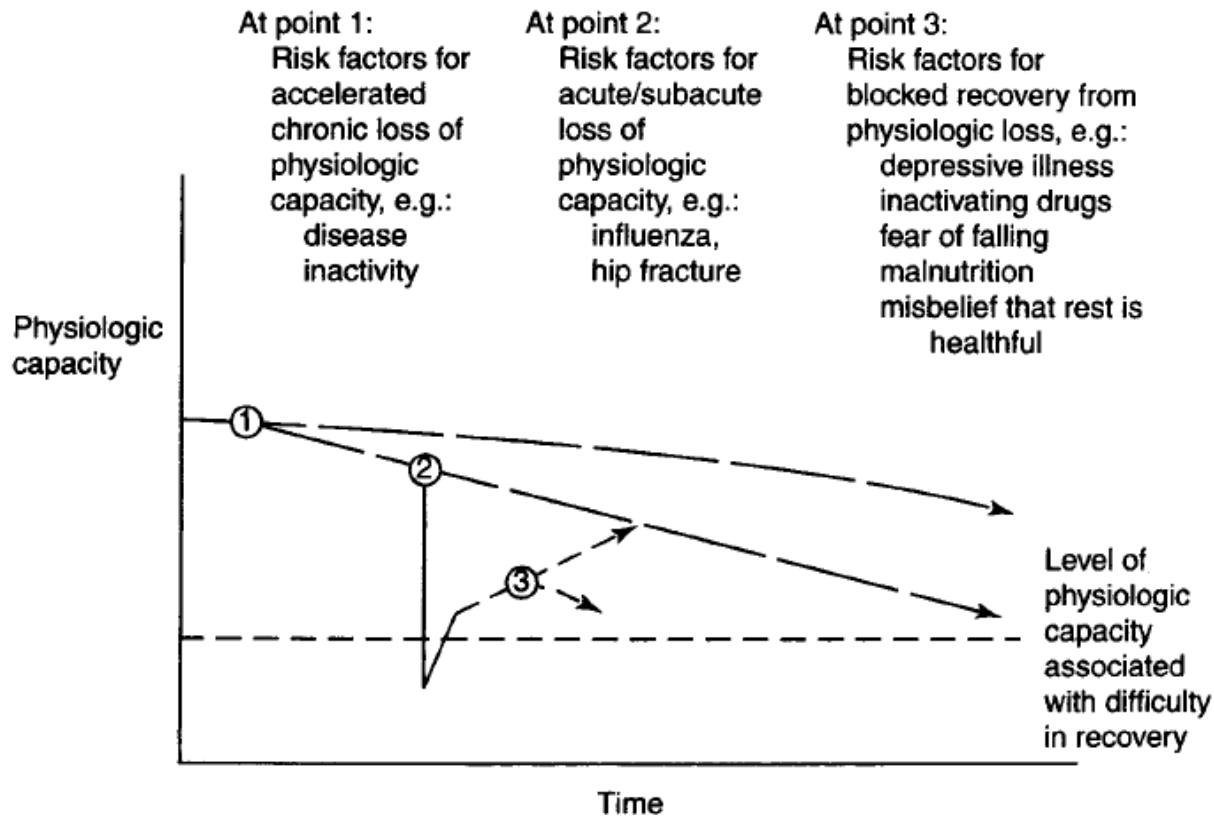
Resistencias a
antibióticos

Mayor impacto en la capacidad funcional, traslados que sobre mortalidad

Movimiento de pacientes entre dispositivos asistenciales



Impacto de la infección en la capacidad funcional



High KP, Bradley S, Loeb M. A New Paradigm for Clinical Investigation of Infectious Syndromes in Older Adults: Assessment of Functional Status as a Risk Factor and Outcome Measure. CID **2005**; **40:114–22**



definiciones

Centros sociosanitarios

Se consideran centros sociosanitarios aquellos centros en régimen de internado en los que

se presta una atención sanitaria y social continuada, multidisciplinar, temporal o permanente,

a pacientes que necesitan de unos cuidados sanitarios de larga duración, convalecencia o rehabilitación

o cuidados a pacientes con algún tipo de dependencia.

Dependiendo de su carácter temporal o permanente, del tipo y finalidad de asistencia que prestan y de la especialización de los profesionales que trabajan en ella, se pueden clasificar en

hospitales de media/larga estancia

residencias sociosanitarias

Hospital de media/larga estancia centro donde se realiza un atención continuada a personas con enfermedades crónicas y diferentes niveles de dependencia que no pueden ser atendidos en domicilios.

Residencias sociosanitarias: centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria en el que viven temporal o permanentemente personas con algún grado de dependencia.

Diferencias con los hospitales de agudos

	Hospitales	Centros sociosanitarios
Población	Joven y anciana	Ancianos principalmente
Duración ingreso	Días	Semanas/Años
Tecnificación	Elevada	Minima
Objetivo	Diagnóstico	RHB/Curas/comfort
Pronóstico	Curación	RHB/Readaptación/Paliación
Definición infección	Tests + Clínica	Clínica (limitación tests)
Laboratorio microbiología	Presente	Ausente
Consultor infecciones	Presente	Ausente
Recursos	Amplios	Limitados
Personal facultativo	Permanente	Horario limitado
Capacidad aislamiento	Amplia	Muy limitada/inexistente

RHB: rehabilitación

Modificado de Weinberg AD. Evaluation of infections in LTC vs Acute Care Hospitals. In Infection management for Geriatrics in Long-term-care Facilities. 2002. Yoshikawa and Ouslander Eds. Marcel Dekker, Inc.

Diagnóstico en CSS

La realización de pruebas diagnósticas de laboratorio y de imagen, ajustadas a protocolos basados en la mejor evidencia científica disponible:

- puede refinar los diagnósticos clínicos,
- posibilita la prescripción de antibióticos según antibiograma,
- selecciona menos cepas multirresistentes a los antimicrobianos
- y permite conocer la etiología microbiana más frecuente en cada geriátrico.

Esto último es la pieza clave para establecer un programa de prevención y control de la infección.

La realización de pruebas diagnósticas en este tipo de pacientes es inútil dado los bajos valores predictivos positivos de los cultivos de orina y esputo y las elevadas cifras de prevalencia de bacteriuria asintomática y colonización orofaríngea.

Se debe primar los tratamientos empíricos con antibióticos de amplio espectro.

Se ampara en una política de contención de costes que reduce a la mínima expresión las pruebas diagnósticas.

variabilidad

Variabilidad existente entre las comunidades autónomas para definir el concepto de centro sociosanitario,

Diversidad de residencias y centros asistenciales que existen en nuestro país:

- públicos/privados/concertados
- con/sin personal sanitario
- para persona con autonomía/con diversos grados de dependencia...

La dimensión del problema:

vincat

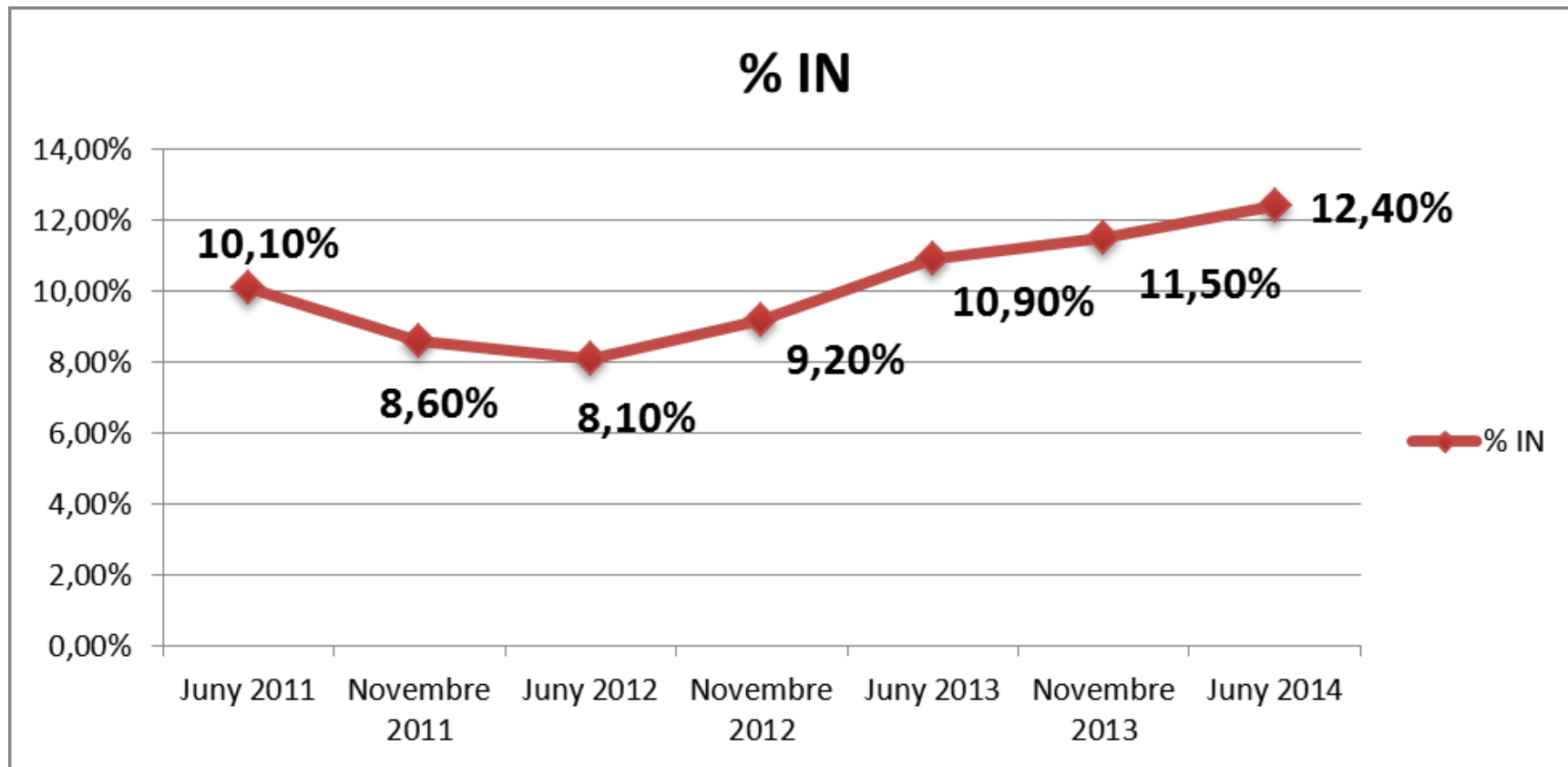
halt-2

earcas

**Programa de Vigilància de les Infeccions
Nosocomials als Hospitals de Catalunya.
(Programa VINCat)**

Informe 2013

Programa de Vigilància de les Infeccions Nosocomials als Hospitals de Catalunya. (Programa VINCat) Informe 2013



**Programa de Vigilància de les Infeccions
Nosocomials als Hospitals de Catalunya.
(Programa VINCat)
Informe 2013**

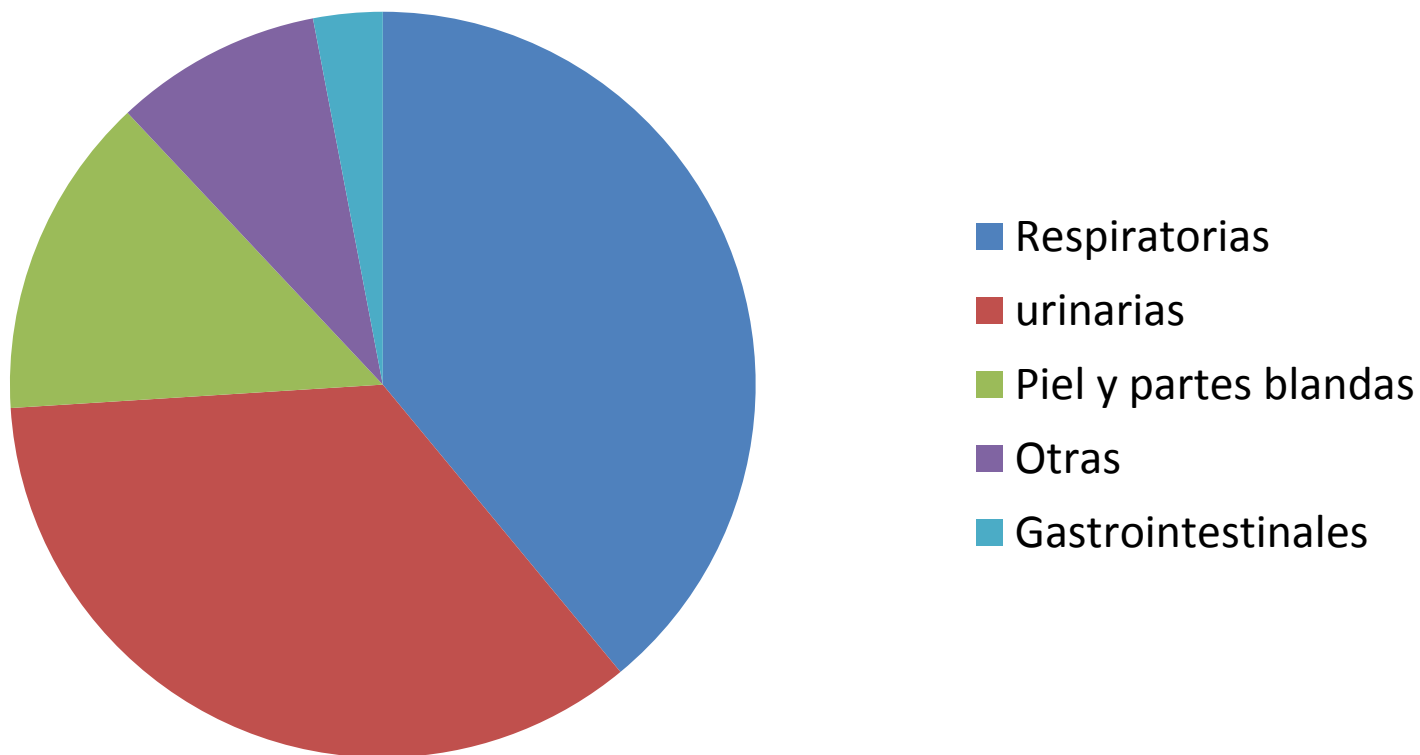
- Indicadores de carga de trabajo:
 - Desorientación: 50,8%
 - Gran dependencia: 52,8%
 - Disfagia: 24,7%
 - UPP: 14,1%
 - Incontinencia: 59,7%
- Factores de riesgo de infección:
 - Sonda urinaria: 9,2%
 - Catéter periférico: 7,3%
 - Catéter central: 1,4%
 - Traqueostomía: 1,5%
 - Gastrostomía: 2,7%
 - SNG: 1,3%

**Programa de Vigilància de les Infeccions
Nosocomials als Hospitals de Catalunya.
(Programa VINCat)
Informe 2013**

Tipo de unidad	valoraciones	Infecciones	prevalencia
Larga estancia	1771	183	10,3%
Convalescencia	989	125	12,7%
Psicogeriatría	256	10	3,9%
Paliativos	234	48	18,4%
Polivalentes	189	39	20,6%
Global	3766	432	11,5%

**Programa de Vigilància de les Infeccions
Nosocomials als Hospitals de Catalunya.
(Programa VINCat)
Informe 2013**

Tipo de infecciones



Programa de Vigilància de les Infeccions Nosocomials als Hospitals de Catalunya. (Programa VINCat)

Informe 2013 Uso de antibiòtics

Antibiòtic	Junio 2013
Amoxicilina clavulánico	27,6%
Ciprofloxacino	13,7%
Levofloxacino	10,2%
Fosfomicina	4,7%
Cotrimoxazol	2,9%
Ceftriaxona	6,7%
Cefuroxima 2,9%	
Piperacilina tazobactam	2,8%
Fluconazol	0,9%

Indicació

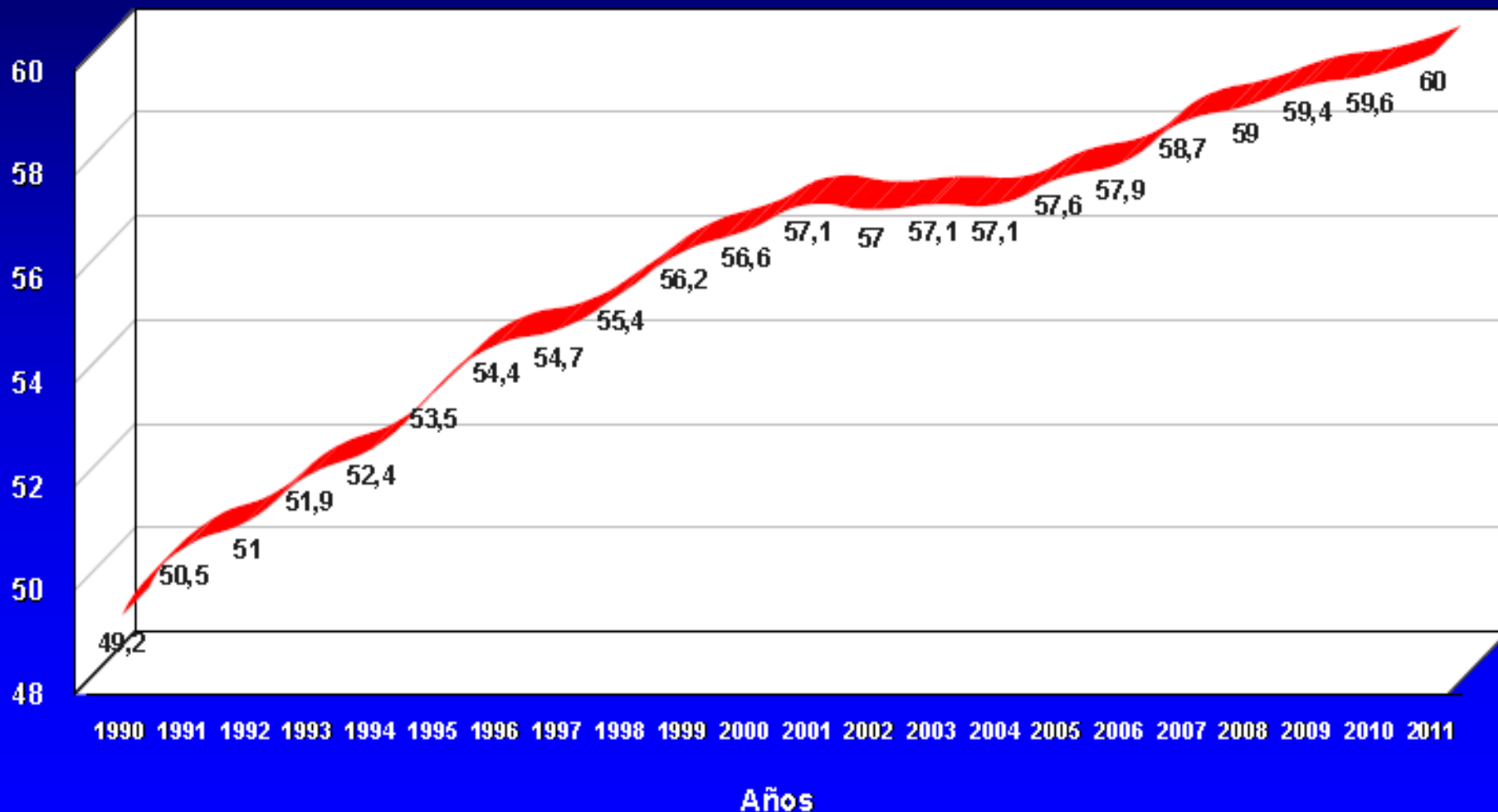
Empírica: 62%

Dirigida: 33%

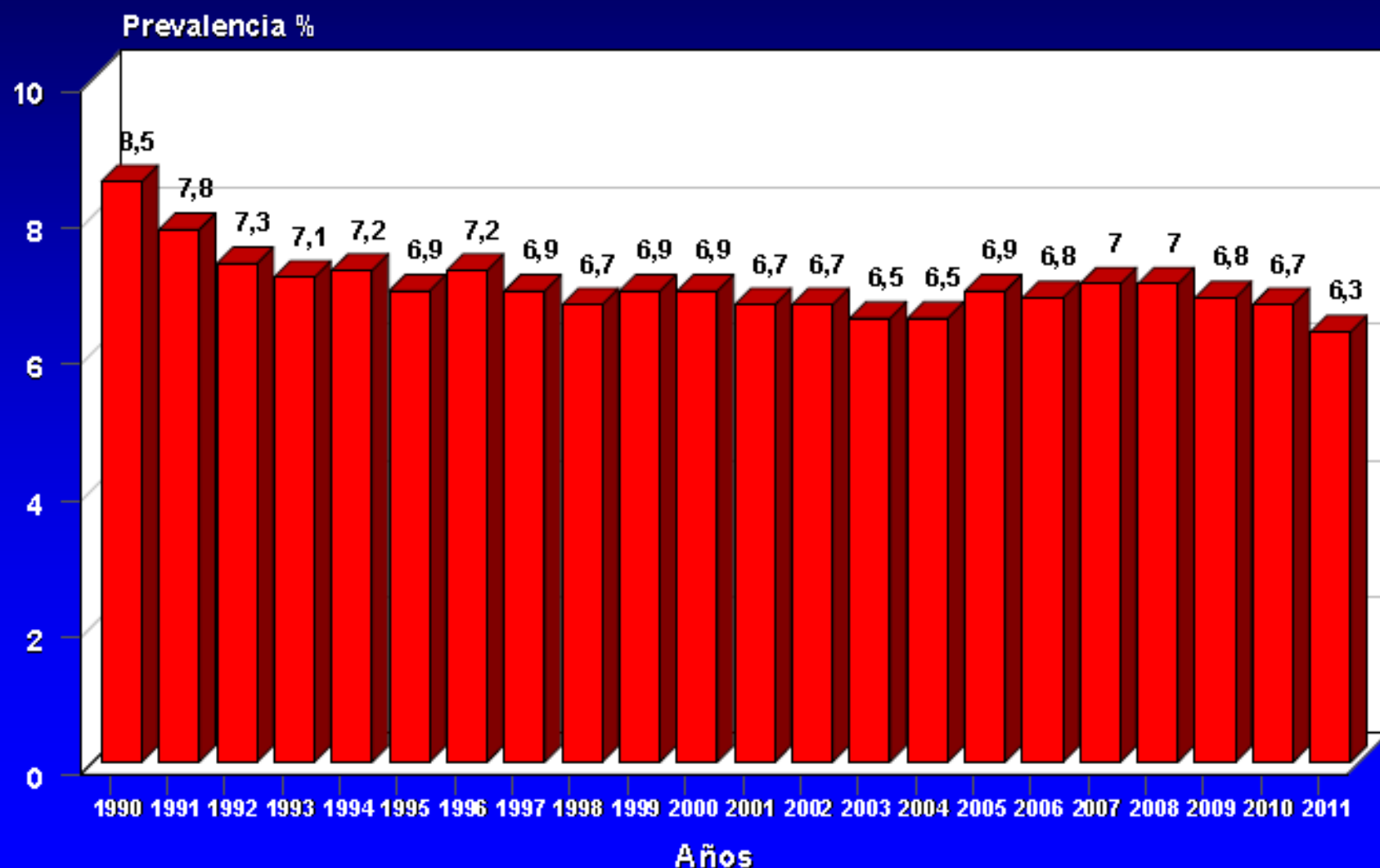
Profiláctica: 5%

EDAD MEDIA DE LOS PACIENTES EPINE 1990-2011

Edad media en años del total de pacientes estudiados

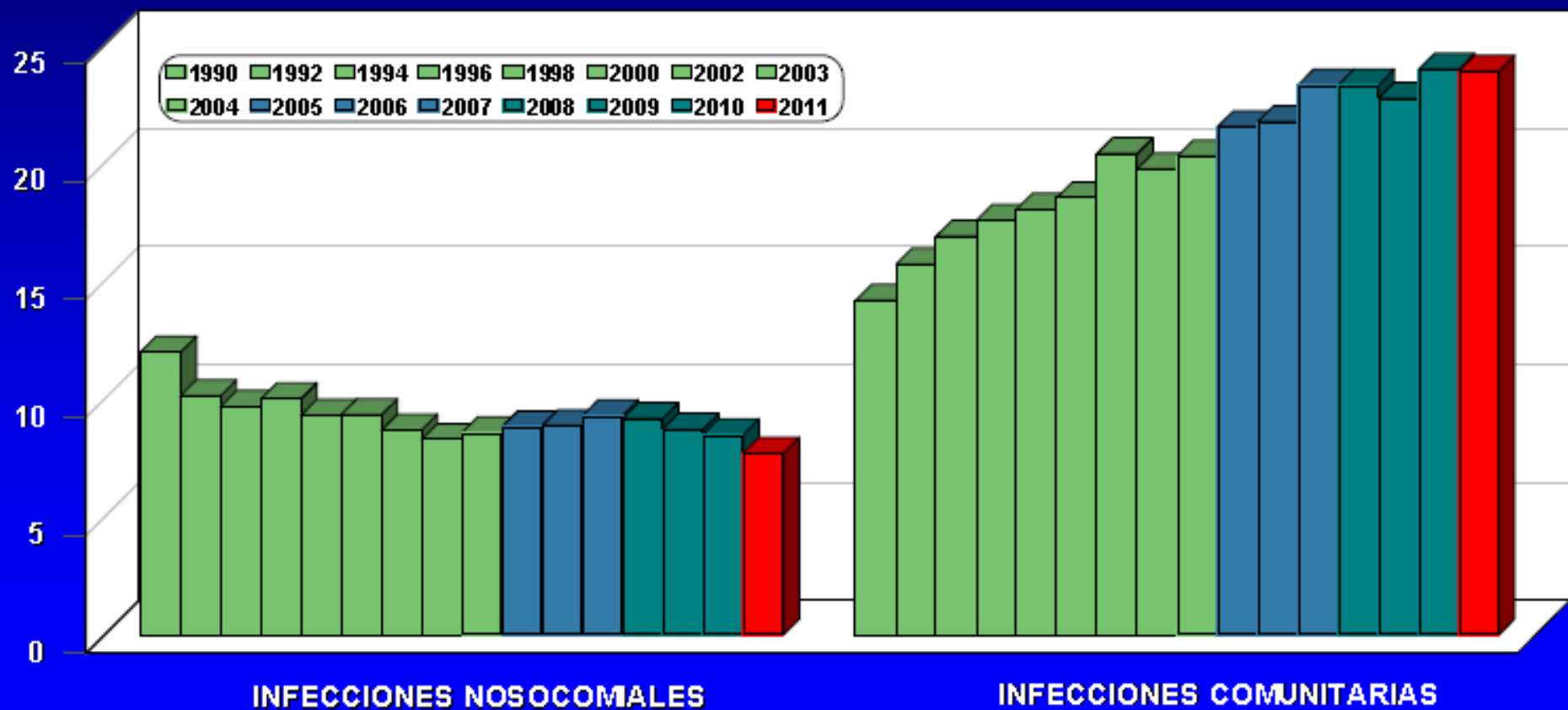


PREVALENCIA DE PACIENTES CON INFECCIÓN. PREVALENCIA GLOBAL DE ESPAÑA EPINE 1990-2011

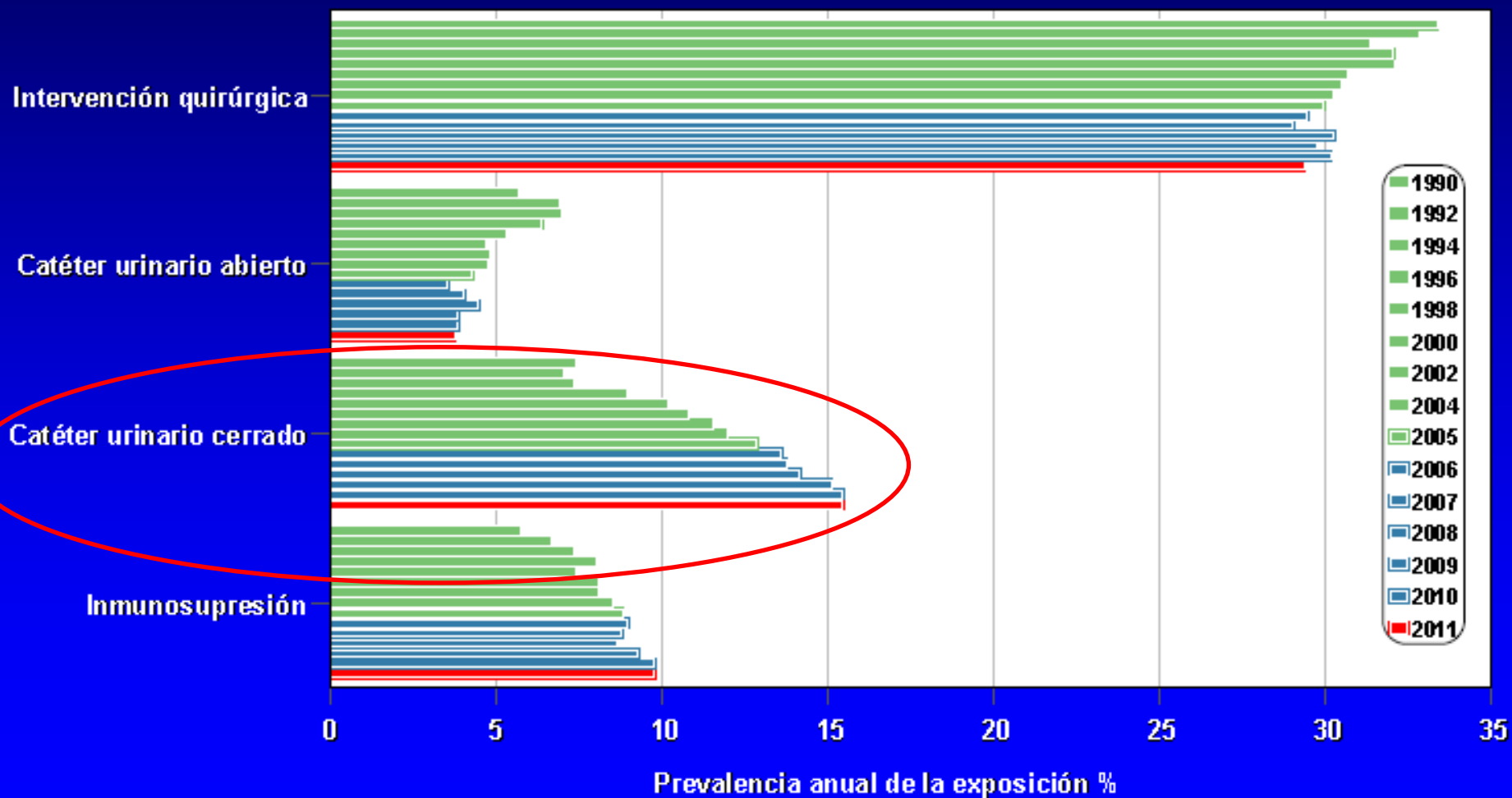


PREVALENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES Y COMUNITARIAS MAYORES DE 64 AÑOS. EPINE 1990-2010

Prevalencia de infecciones %



PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE TIPO EXTRÍNSECO (1)



ECDC SURVEILLANCE REPORT
Point prevalence survey of healthcare-associated
infections and antimicrobial
use in European long-term care facilities
April–May 2013



Prevalencia de infección en “Long term care facilities”

LTCF son instalaciones en las que los residentes:

- Necesitan supervisión constante 24 horas
- Necesitan cuidados de enfermería avanzados, no cuidados básicos.
- Están estables, no necesitan atención médica especializada.
- No necesitan procedimientos invasivos.

Están excluidos:

- Plantas hospitalarias de larga estancia.
- Centros residenciales, centros de día, pisos asistidos,

Tipos de LTCF

- General nursing homes
- Specialised LTCFs: multiple sclerosis, dementia, psychiatric illnesses, rehabilitation care, palliative care, intensive care, etc.
- Residential homes
- Mixed LTCFs
- Other LTCFs

En este estudio se incluyen : general nursing homes, residential homes y mixed LTCFs
1 056 'selected LTCFs'

Indicadores de carga de trabajo y riesgo de infección del HALT-2

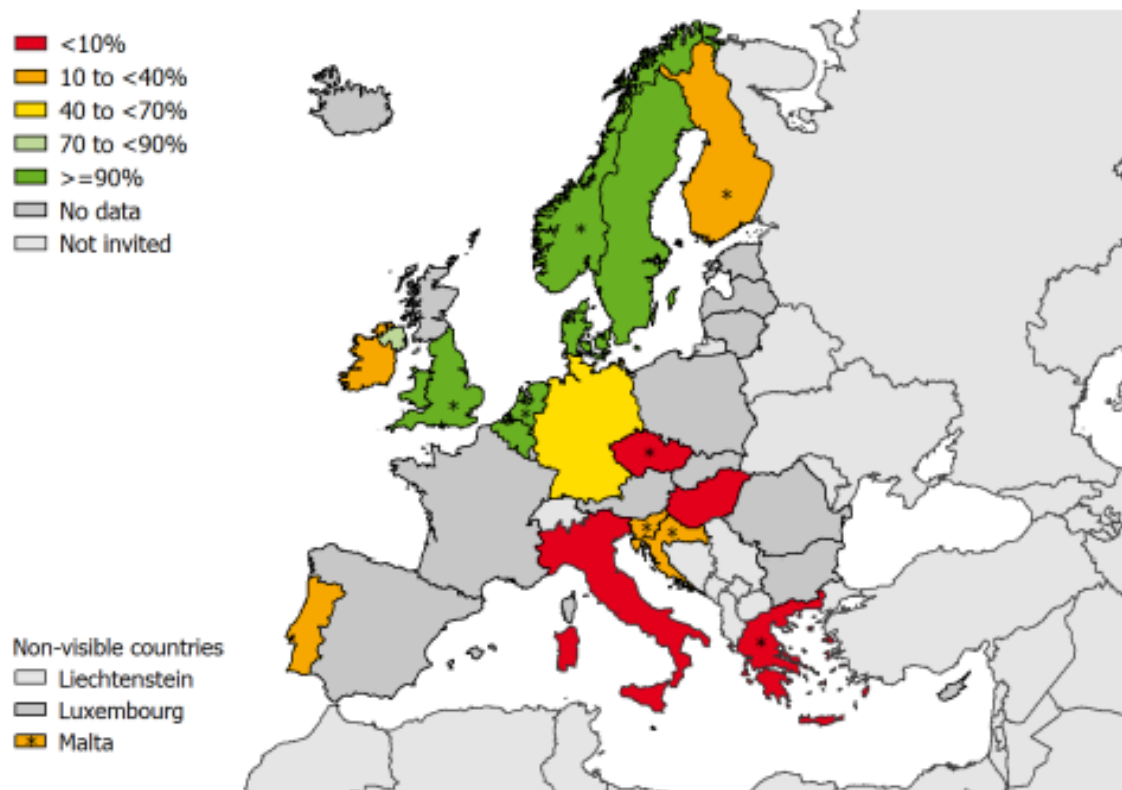
Indicadores de carga de trabajo:

- Prevalencia de incontinencia fecal y/o urinaria 66%
- Prevalencia de desorientación temporo espacial: 54.9%,
- Prevalencia de inmovilidad (silla de ruedas o encamados) 50.8%.

Factores de riesgo de infección:

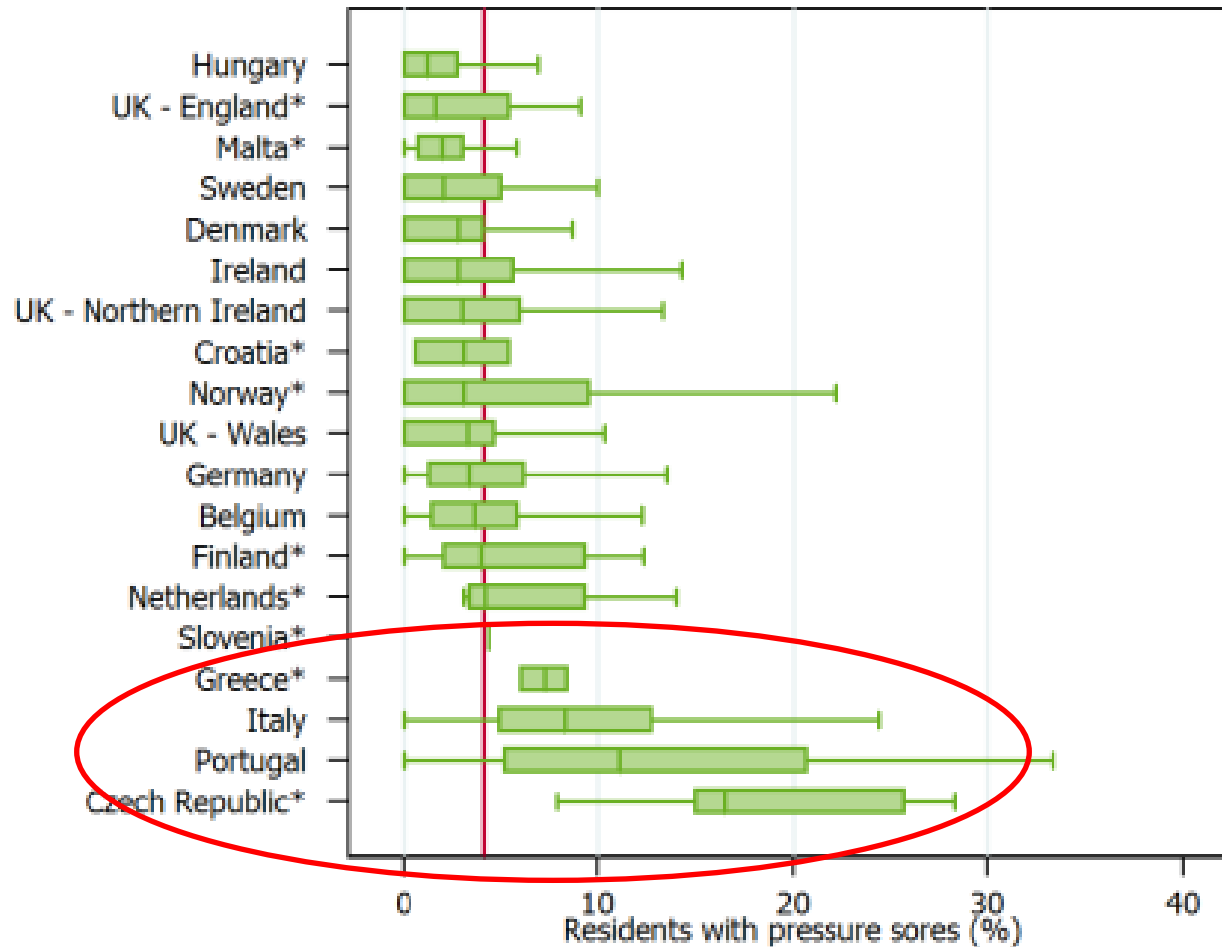
- Sonda urinaria 6%
- Catéter venoso 0%
- Cirugía reciente 0%
- Úlceras por presión 4.2% otra heridas 7.7%

Figure 3. Median percentage of beds in the included LTCFs that were in single rooms, HALT-2, 2013

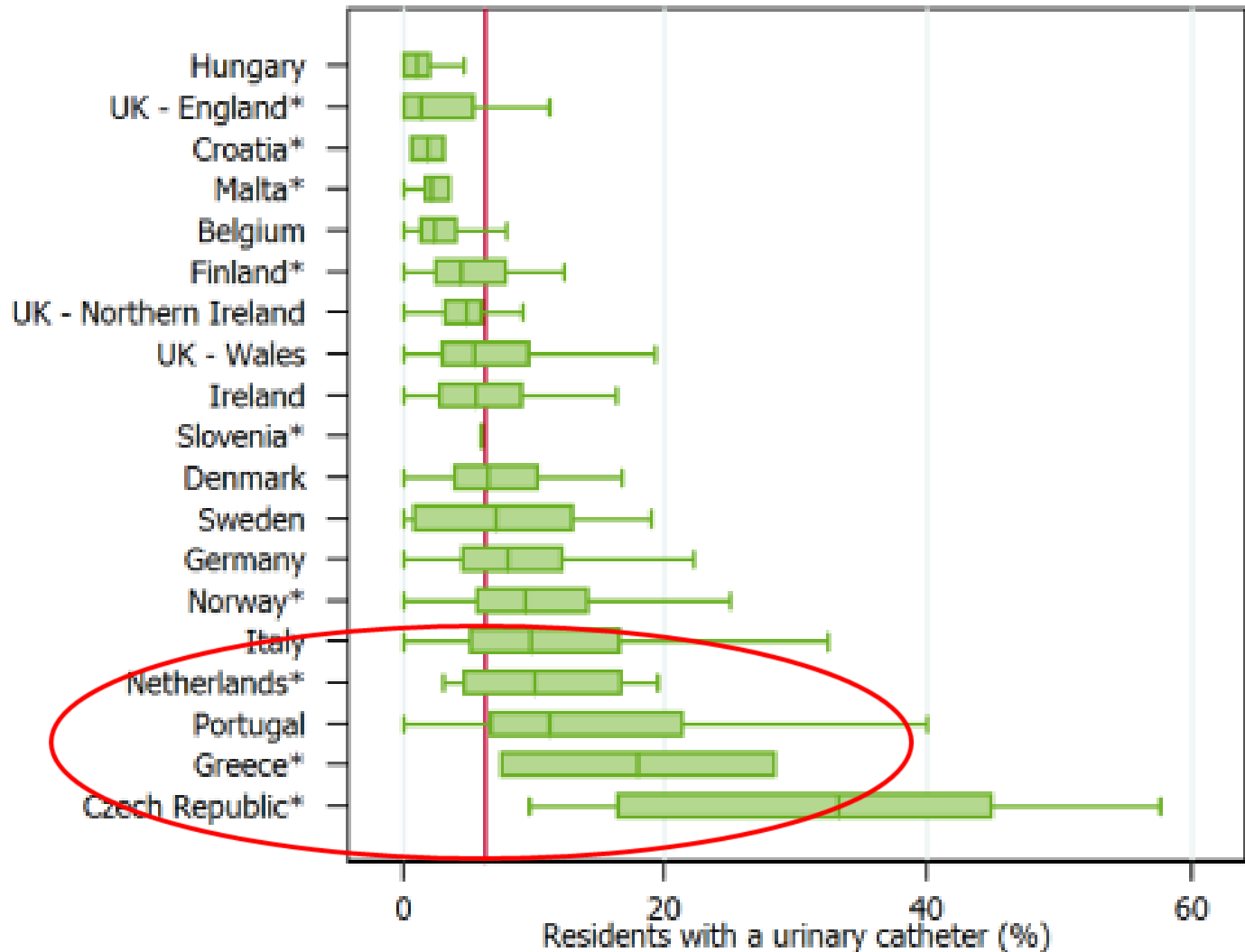


** Poor or very poor national representativeness of LTCF sample*

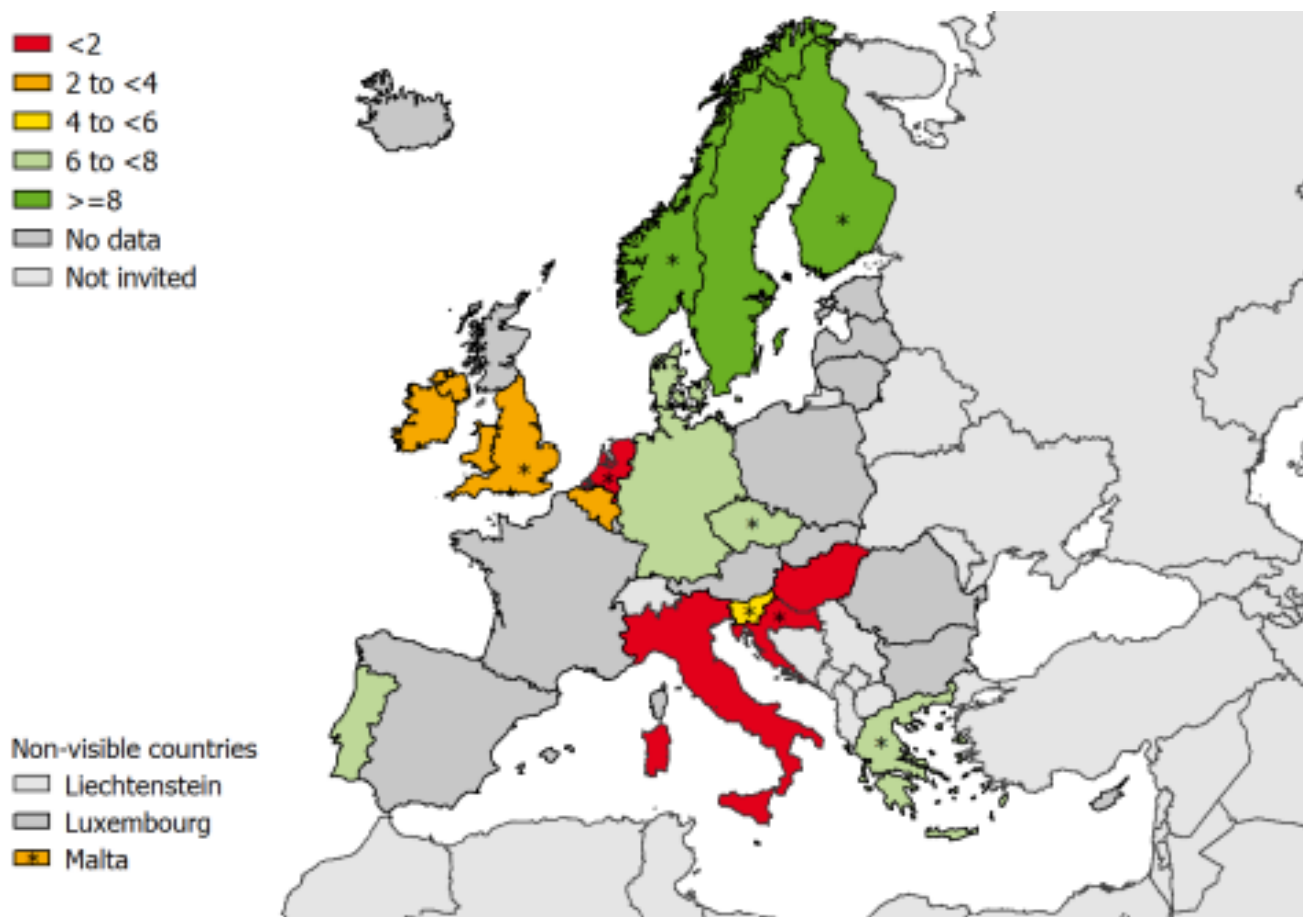
Prevalencia de internos con úlceras por presión



Prevalencia de internos con sonda urinaria



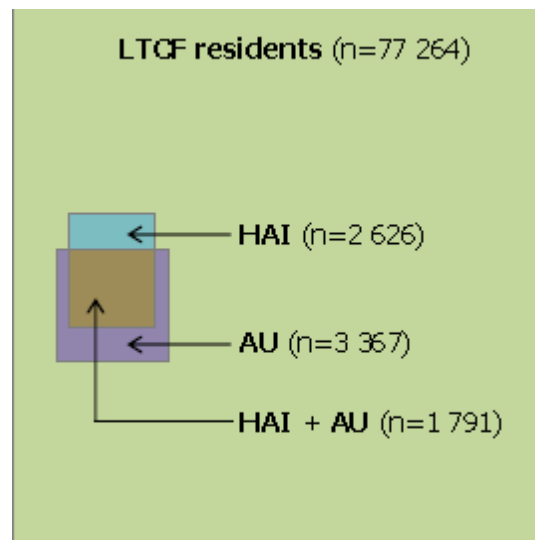
Uso de solución alcohólica (litros/1000 residentes día



** Poor or very poor national representativeness of L TCF sample*

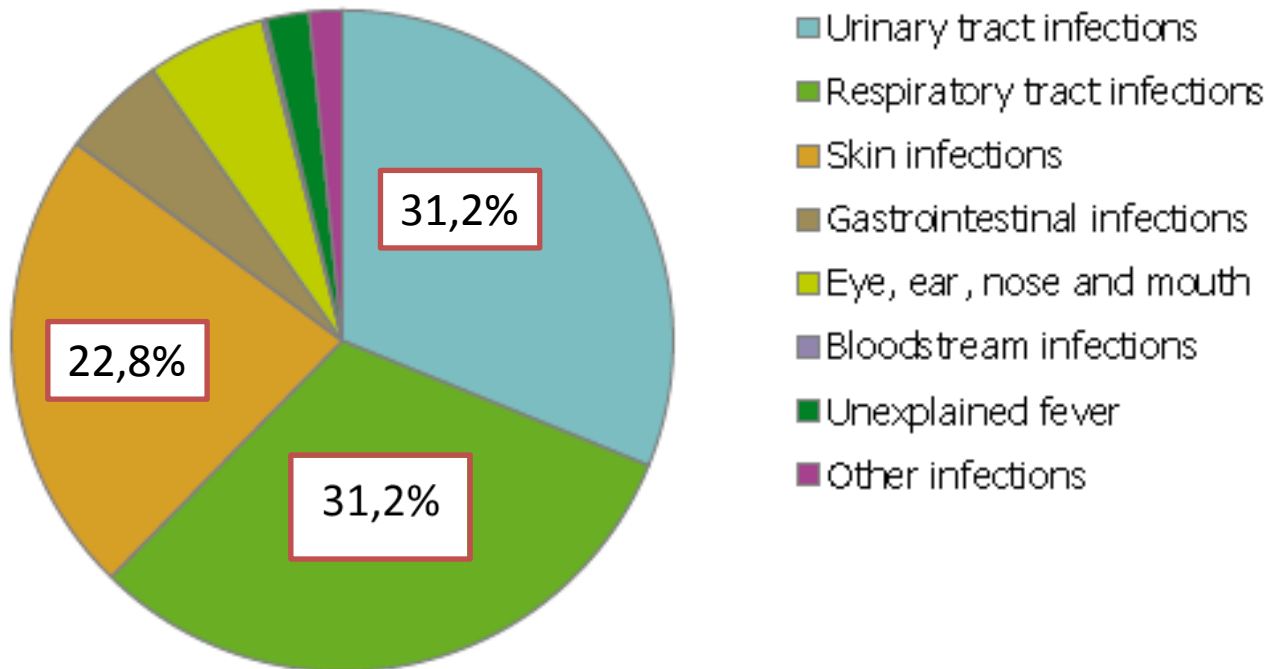
PREVALENCIA DE INTERNOS CON INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA:
2626/77.264 **3,4%**

PREVALENCIA DE INTERNOS QUE RECIBEN UN ANTIMICROBIANO:
3.367/77.264 **4,4%**



27,2% profilaxis

Tipos de infección



Limitaciones del HALT-2

- Grandes diferencias regionales:
 - Prevalencia HAI Croacia: 0,1%- Portugal 7%
 - Uso de antibióticos: Grecia 12%, Hungría 1%
- En la mitad de los países, la representatividad es baja.
- La participación voluntaria puede haber sesgado la participación de los centros más involucrados en el control de la infección y uso de antibióticos.

Estudio EARCAS
Eventos Adversos en
Residencias y Centros
Asistenciales Sociosanitarios

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2011
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E
IGUALDAD

Tabla 21. Número y porcentaje de expertos que marcaron las siguientes IRAS entre las cinco más frecuentes en el Delphi1

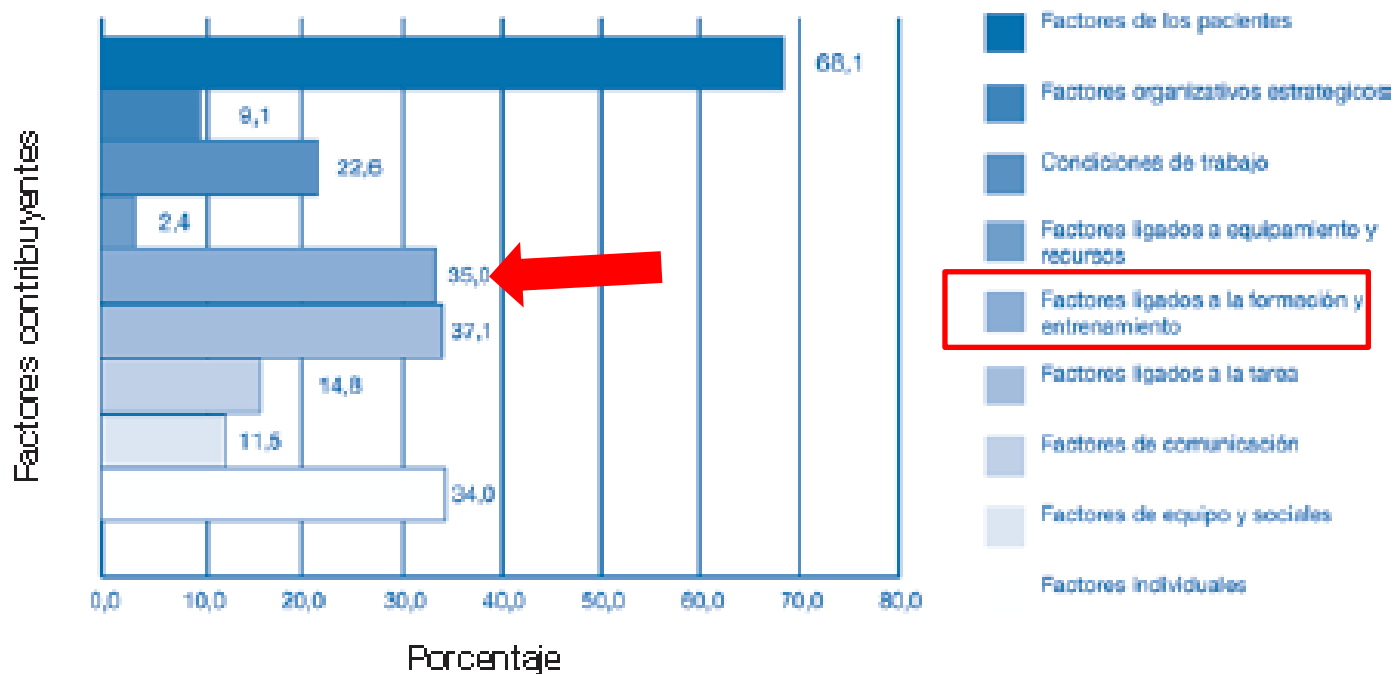
Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más frecuentes	n	%
Neumonía por aspiración	74	84,1
Infección de úlceras por presión	72	81,8
ITU (infección del tracto urinario) asociada a sondaje	70	79,5
Conjuntivitis	56	63,6
Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o uso de antibióticos	41	46,6
Infección de herida quirúrgica y/o traumática	38	43,2
Diarrea por <i>Clostridium difficile</i>	15	17,0
Bacteriemia asociada a catéter	9	10,2
Toxiinfección alimentaria	9	10,2
Infecciones del tracto urinario no asociadas a sondaje *	7	8,0
Infecciones respiratorias	6	6,8
Otros	5	5,7
Infección de prótesis	2	2,3
Micosis cutáneas	2	2,3
Legionelosis	0	0,0

* Ítem no incluido inicialmente en el Delphi1 y añadido a propuesta de algunos expertos consultados

Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88

EARCAS

Figura 5. Porcentaje de expertos que marcaron los siguientes factores contribuyentes a la aparición de IRAS en el Delphi1



Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88. Cada experto podía marcar uno o varios factores contribuyentes para cada IRSP y EA.

- Realización de protocolos para manejo y tratamiento de disfagias.
- Formación y adiestramiento a personal sanitario, familiares, cuidadores: reconocimiento precoz de disfagias, alimentación a pacientes con disfagias, manejo de disfagias, posicionamiento, volúmenes, síntomas de aspiración...
- Adecuación de dietas a pacientes con disfagia: necesidades nutricionales, texturas, uso de espesantes en líquidos, gelatinas, sueros...
- Utilizar sondas de alimentación y sondas vesicales como último recurso y el menor tiempo posible.
- Realización de protocolos de control y manejo de la incontinencia, colocación y cambios de sondas y cumplimiento de protocolos.
- Formación en el manejo de pacientes sondados, técnicas adecuadas y manipulación correcta de sondas.
- Realización de protocolos de actuación ante signos de infección de úlceras o sospechas, así como prevención, tratamiento y seguimiento de úlceras y cumplimiento de protocolos.
- Formación en técnicas de curas de úlceras e identificación de lesiones en la piel.
- Cumplimiento de los cambios posturales programados.
- Formación continuada por los médicos y enfermeros de los centros y dirigidas al resto del personal sobre medidas de prevención y control de infecciones.
- Formación, vigilancia y seguimiento de las precauciones estándar para evitar transmisiones.
- Facilitar por parte de la dirección del centro del material y estructura necesarios para poder realizar medidas de higiene.

Brotos epidémicos

Brotos epidémicos en residencias en Mallorca

S. Mèdic Privat	Palma	bar-restaurant	16	pek. Imarisc	Desconegut
Afèctats	Ca l'À	bar-restaurant	4	rebotèria, pastisseria	Desconegut
CS Est. Viver	Eixca	residència ancians	61	Desconegut	Desconegut
S. Mèdic Privat	Eixca	residència ancians	11	Desconegut	Desconegut
Afèctats	Palma	bar-restaurant	4	pek. Imarisc	Desconegut
Mbro C. J. J. J. J. J.	Ca l'À	centre escolar	31	can. lembotils	Salmonel·la Typhimurium
CS Artà	Artà	campament de stn	15	altres aliments	rotavirus/astrovirus
CS Son Pisà	Palma	bar-restaurant	2	pek. Imarisc	Desconegut
H. d'Inca	Sta Margalida	familiar	11	Desconegut	Salmonel·la sp
Afèctats	Camparet	bar-restaurant	10	Agra	E. coli

Afectats	GEA	Virus	22	Comunitari	Mallorca
H. de Muro (M. Interna)	GEA	Virus	70	Comunitari	Mallorca
CS Son Pisà	GEA	Virus	70	Establiment turístic	Mallorca
Consulta privada	GEA	Virus	10	Establiment turístic	Mallorca
Serveis Mèdics residència	GEA	Virus	50	Residència geriàtrica	Mallorca
Direcció establiment turístic	GEA	Virus	160	Establiment turístic	Pitiüses
CS Martí Serra	Sama	Sarcoptes Scabiei	8	Centre educatiu/docent	Mallorca
Directora Centre de dia	Sama	Sarcoptes Scabiei	3	Centre de dia sociosanitari	Mallorca
Establiment militar	Sama	Sarcoptes Scabiei	14	Comunitari	Mallorca
CS Inca	Sama	Sarcoptes Scabiei	3	Domiciliari	Mallorca
CS Inca	Sama	Sarcoptes Scabiei	3	Familiar	Mallorca
CS Son Cladera	Sama	Sarcoptes Scabiei	13	Familiar	Mallorca
CS S'Escorxador	Sama	Sarcoptes Scabiei	25	Residència geriàtrica	Mallorca
Serveis Mèdics residència	Sama	Sarcoptes Scabiei	28	Residència geriàtrica	Mallorca
Conselleria Treball	Sama	Sarcoptes Scabiei	13	Residència geriàtrica	Pitiüses

No olvidarse de ...

Legionella en España. Origen. Caracterización epidemiológica. Madrid 1999-2011

Lugar donde se produjo el brote	Total
MUNICIPIO	294
AL	110
RIO	33
EDIFICIO EMPRESA	28
APARTAMENTOS	10
CAMPING	9
INSTALACIÓN PISCINAS MOVIMIENTO	9
VIVIENDA	8
FRIGION	7
RESIDENCIA ANCIANOS	5
CLUB DEPORTIVO	4
OTRA INSTALACIÓN SANITARIA	2
POLIGONO INDUSTRIAL	2
BANCO	1
CENTRO ACOGIDA	1
CENTRO COMERCIAL	1
CENTRO INSERCIÓN SOCIAL	1
CLUB CARRETERA	1
TUNEL LAVADO COCHES	1
MATADERO	1
REFUGIO INDIGENTES	1
SPA PRIVADO	1
DESCONOCIDO	84
Total general	597

Legionella

Gripe

Rev. Esp. Salud Publica v.84 n.5 Madrid set.-oct. 2010

Brote de gripe por virus pandémico (H1N1) 2009 en una residencia para personas discapacitadas psíquicas en las Islas Baleares

Conclusiones

- La prevalencia de infección asociada a la atención sanitaria en los CSS es elevada, y la magnitud del problema va a ir en aumento en los próximos años.
- Hay unidades donde la prevalencia de IN y colonización por microorganismos multiresistentes es más propia de una UCI.
- Es fundamental tener datos locales de prevalencia de la infección asociada a cuidados sanitarios en nuestro medio.
- Las estrategias de mejora de la prescripción de antimicrobianos y de control de la infección se han de extender en este ámbito de manera paralela al ámbito de hospitales de agudos.