

Alertas por caso, cluster o brote asociadas a la Asistencia Sanitaria (ARAS) en Andalucía. Año 2016.

Este boletín resume parte del monográfico sobre Alertas por caso, cluster o brote asociadas a la asistencia sanitaria (ARAS) y Evaluación de brotes de IRAS y sus informes finales (vol. 22, nº2), disponible en breve en el Entorno Colaborativo de Trabajo y en la Biblioteca Virtual.

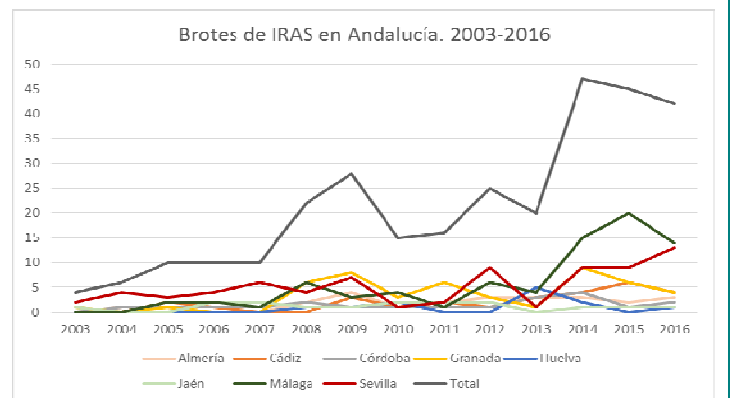
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son aquellas que se adquieren o desarrollan como consecuencia de la atención sanitaria y constituyen un grave problema de salud pública. Se consideran inherentes a la asistencia sanitaria. El European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) estima que las IRAS afectan a 1 de cada 20 pacientes hospitalizados, es decir, 4,1 millones de pacientes al año en la Unión Europea, produciendo cerca de 37.000 fallecimientos como consecuencia directa de dichas infecciones, 16 millones de días de hospitalización extra y un coste anual estimado de 7000 millones de euros aproximadamente. A pesar de ello, se ha estimado que, aproximadamente, un 20-30 % de las IRAS son prevenibles mediante programas de control de la infección e higiene, que incluyen listados de verificación, paquetes de medidas y, de forma global, la vigilancia epidemiológica como pilar fundamental.

En España, los datos obtenidos confirman las estimaciones a nivel europeo, con una prevalencia de infección nosocomial en torno al 8-9% (similar a la Europea), siendo *E. coli*, *Ps. aeruginosa* y *St. aureus* los agentes causales más frecuentes (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. EPINE, 2016).

En Andalucía, el número de alertas por brote de IRAS ha ido aumentando progresivamente desde el año 2003, año en el que se inicia el registro, hasta la actualidad, manteniéndose estable durante los dos últimos años (42 en 2016 y 45 en 2015). La tasa

total de brotes por IRAS por 100.000 altas ha disminuido de un 11,17 en 2015 a un 7,81 en 2016 (Figura 1).

Figura 1. Brotes de IRAS en Andalucía por provincia. Periodo 2003-2016



En la Tabla 1 se observa que la tasa más alta por 100.000 habitantes, se haya en la provincia de Málaga (0,86), seguido de Sevilla (0,67), y calculada la tasa por 100.000 altas hospitalarias, Málaga sigue siendo la provincia con más brotes por IRAS declarados (15,14), seguida igualmente por Sevilla (10,42), siendo la tercera Granada (6,44). Jaén, Huelva y Córdoba son las provincias que presentan unas tasas más bajas, tanto atendiendo a la población (0,15, 0,19 y 0,25, respectivamente) como a las altas hospitalarias (2,02, 2,87 y 3,61, respectivamente).

Tabla 1. Número de alertas por clúster/brote de infección relacionada con la asistencia sanitaria por provincia y año. Periodo 2003-2016.

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Total
Año 2016	3	4	2	4	1	1	14	13	42
Total brotes IRAS Periodo 2003-2016	25	27	20	48	12	16	78	74	300
Tasa por 10⁵ hab	0,43	0,32	0,25	0,44	0,19	0,15	0,86	0,67	0,5
Tasa por 10⁵ altas	6,33	5,59	3,61	6,44	2,87	2,02	15,14	10,42	7,81

Fuente: SVEA Redalerta. Elaboración propia

Se ha observado gran variabilidad en cuanto a la correcta cumplimentación de las declaraciones de brotes por IRAS. Teniendo esto en cuenta, y, con los datos disponibles, se observa que con respecto al año 2015 (188 afectados y 46 defunciones en 45 brotes), ha aumentado el número de afectados, pero ha disminuido considerablemente el porcentaje de defunciones. En 2016 se han registrado 221 afectados en los 42 brotes, con 35 defunciones (15,84% en 2016 frente a 24,5% en 2015). Hay una media de 5,3 afectados por brote.

Los gérmenes notificados en brotes con más frecuencia en el año 2016 (Tabla 2) han sido, *A. baumannii* multirresistente (14 brotes, 2 de los cuales producidos por *A. baumannii* OXA-23 y OXA-58), *Kl. pneumoniae* productora de betalactamasas de

espectro extendido BLEE (5 brotes) y *Kl. pneumoniae* productora de carbapenemasas KPC (4 brotes).

Con respecto a los años anteriores, ha habido un incremento en la declaración de brotes por *A.baumannii* multirresistente, *A.baumannii* OXA-23 y OXA-58, *Kl. pneumoniae* BLEE, *Virus Respiratorio Sincitial* (VRS), *Virus Influenza A* y *Ps. aeruginosa* multirresistente y un descenso en la notificación de brotes por *Kl. pneumoniae* productora de carbapenemasas KPC, *Enterobacter spp* y *Clostridium difficile*.

El germen causante de brote que presenta mayor número de afectados es *A. baumannii* multirresistente (73 afectados), seguido del *Virus Influenza A* (46 afectados) y la *Kl. spp* multirresistente (43 afectados).

Tabla 2. Brotes por IRAS en Andalucía. Notificaciones por germen. Periodo 2014-2016.

Germen	2016		
	Brotes	Afectados	Tasa brotes por 10 ⁵ altas
<i>Acinetobacter baumannii</i> MR	12	59	2,23
<i>Acinetobacter baumannii</i> OXA-23	1	2	0,19
<i>Acinetobacter baumannii</i> OXA-58	1	12	0,19
ABMR/ <i>Kl. pneumoniae</i> BLEE y OXA-48/SAMR	1	7	0,19
<i>Klebsiella pneumoniae</i> BLEE	5	14	0,93
<i>Klebsiella pneumoniae</i> BLEE/OXA-48	1	10	0,19
<i>Klebsiella pneumoniae</i> KPC	4	19	0,74
<i>Staphylococcus aureus</i> SAMR	2	5	0,37
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> MR	2	8	0,37
<i>Pseudomonas monteilii</i>	1	5	0,19
<i>Serratia marcescens</i>	1	7	0,19
<i>Clostridium difficile</i>	1	2	0,19
<i>Virus Respiratorio Sincitial</i>	3	13	0,56
<i>Aspergillus</i>	1	2	0,19
<i>Virus Influenza A</i>	4	46	0,74
<i>Streptococo agalactiae</i> grupo B	1	3	0,19
Agente causal no identificado	1	7	0,19
TOTAL	42	221	7,81

Fuente: SVEA Redalerta. Elaboración propia

En relación al área de hospitalización destacan la UCI de Adultos (23,81%), seguido de Medicina Interna (21,43%) y Neonatología (11,9%), como unidades más frecuentes de origen de los brotes.

Atendiendo a las medidas de control adoptadas, en el 83,33% de los brotes declarados se constituyó grupo de mejora, en el 100% de los brotes se realizaron las medidas de control de pacientes (aislamientos) y de control de la población expuesta. En el 95,24% de los brotes se aplicaron las medidas higiénicas y en el 97,62% de los brotes se aplicaron las medidas de control de la transmisión cruzada.

Enlaces de Interés

- Fiebre Crimea – Congo. Evaluación del riesgo para la población del Reino Unido. A propósito de la situación en España [Enlace](#)

Conclusiones y recomendaciones:

Se dispone de un sistema de vigilancia de las IRAS instaurado desde hace 14 años que, gracias al gran trabajo de los profesionales, permite hacer un análisis de situación y de estrategias de gestión y control de estas infecciones.

El registro a través de este sistema ha mejorado en los últimos años, a pesar de la variabilidad existente en el número de declaraciones registradas por cada hospital, aunque siempre existe la posibilidad de optimizarlo. En este sentido, habría que considerar la necesidad de modificar y actualizar algunas fichas de la aplicación RedAlerta-SVEA para facilitar esta tarea.

Resulta necesario facilitar información suficiente al alta hospitalaria sobre los pacientes cuando son trasladados a otra zona de hospitalización o bien a otro centro, como el agente infeccioso implicado y el estado de contagiosidad del paciente. En este sentido, están comenzando a implantarse sistemas de alerta al ingreso de este tipo de pacientes en los hospitales públicos del SSPA.

Se recomienda especial vigilancia en las unidades hospitalarias donde se han registrado mayor número de brotes.

Habría que investigar si existe una subdeclaración, ya que en algunas provincias las tasas de brotes por IRAS son muy bajas. Además, hay que resaltar la importancia de continuar fomentando la detección y declaración de las alertas por parte de Medicina Preventiva en RedAlerta-SVEA, así como la actualización de los datos disponibles de forma periódica y generación de informes para obtener la mejor calidad de la información posible.

En conclusión, la notificación e investigación de alertas por IRAS, contribuye a conocer fuentes, reservorio, mecanismos de transmisión y medidas de control más efectivas y facilita, en situaciones similares, la aplicación de estas medidas desde su detección, incluso al mismo tiempo que se inicia la investigación, minimizando su magnitud e impacto.

Autoría: Ortiz González-Serna, R. Lorenzo Ortega, R. Guillén Enríquez, J.
S^o Vigilancia y Salud Laboral. Consejería de Salud..

- Informe sobre zoonosis en Reino Unido.. [Enlace](#)
- Contaminación del aire y mortalidad. NEJM. [Enlace](#)

Tabla de EDO

Enfermedades de Declaración Obligatoria por provincias. Semana 28/2017 y acumulado desde la semana 1/2017.

Datos provisionales.

EDO	Almería		Cádiz		Córdoba		Granada		Huelva		Jaén		Málaga		Sevilla		Andalucía	
	Sem	2017	Sem	2017	Sem	2017	Sem	2017	Sem	2017	Sem	2017	Sem	2017	Sem	2017	20161	2017
Enf Meningoc.	0	3	0	4	0	4	0	5	0	1	0	2	0	4	0	9	32	32
Enf. Neumo. Inv.	0	2	0	18	0	7	1	33	0	5	0	11	0	53	1	94	145	223
Fiebre Q	0	0	0	3	0	2	0	4	0	1	0	1	0	2	0	16	52	29
Hepatitis A	1	59	0	104	0	44	1	99	2	37	0	41	0	259	1	259	143	902
Hepatitis B	0	5	0	7	0	8	0	9	0	2	0	1	0	11	0	18	92	61
Hepatitis C	0	6	0	11	0	5	2	40	0	3	0	3	0	16	0	11	134	95
Infec. Gonoc.	0	15	0	22	0	13	0	50	0	9	0	3	2	77	1	158	355	347
Legionelosis	0	5	0	4	0	3	0	5	0	1	0	4	1	21	1	22	41	65
Leishmaniasis	0	2	0	1	0	1	0	6	0	1	0	2	0	5	0	3	17	21
Paludismo	1	5	0	2	0	2	1	2	0	0	0	1	1	8	0	6	27	26
Parotiditis	1	60	0	108	0	80	0	181	2	30	0	17	3	114	3	216	92	806
Sífilis	0	14	0	21	0	12	3	65	0	18	1	24	0	57	4	186	468	397
Tosferina	0	6	0	8	0	3	0	23	0	1	0	10	0	9	0	39	787	99
Tuberculosis	0	42	0	34	0	11	0	32	0	31	1	11	1	54	0	67	407	282

¹ Casos acumulados en el mismo periodo en 2016.