

# ARTICULOS SOBRE DOCUMENTOS DE CONSENSO

- Alberto Delgado-Iribarren
- Microbiólogo
- Hospital Universitario Fundación Alcorcón

# CONSIDERACIONES PREVIAS

- DE QUE HABLAMOS: MBE

- GRADO DE EVIDENCIA:

Ensayos observacionales

Ensayos experimentales

- TEMAS: TODOS?????

CLINICOS

MICROBIOLÓGICOS

- FLUJO DE INFORMACIÓN EXCESIVO

Evidencia científica graduada según los estándares de calidad propuestos por la *Infectious Diseases Society of America*

<b>CALIDAD DE LA EVIDENCIA</b>	
<b>Grado</b>	<b>Definición</b>
I.	Evidencia de $\geq 1$ ensayo clínico, aleatorizado y controlado
II.	Evidencia de $\geq 1$ ensayo clínico no aleatorizado, o estudio cohortes o casos-control, preferiblemente de más de un centro
III.	Recomendación de expertos, basada en experiencia clínica o descripción de casos
<b>FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN</b>	
<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>
A.	Buena evidencia para recomendar su uso
B.	Moderada evidencia para recomendar su uso
C.	Pobre evidencia para recomendar su uso
D.	Moderada evidencia para desaconsejar su uso
E.	Buena evidencia para desaconsejar su uso

## MÉTODOS

### •Fuentes bibliográficas

-Bases de datos bibliográficas:

**Medline-PubMed, Cochrane Database, ovid....**

- Libros de texto:

Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Auxina V, Moreno S. Tratado SEIMC

- Procedimientos microbiológicos de la SEIMC:-  
<http://www.seimc.org/protocolos/microbiologia>

•**Palabras clave:** búsqueda en las bases de datos bibliográficas (bacteremia, bacteraemia, bacteriemia, septicemia, fungemia, bloodstream infections, *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas*)

- German
- Italian
- Japanese
- Russian
- Spanish
- More Languages**
- Afrikaans
- Albanian

- Dental journals
- Nursing journals
- Topics**
- AIDS
- Bioethics
- Cancer
- Complementary Medicine
- History of Medicine

- Type of Article** CLEAR
- Clinical Trial
  - Editorial
  - Letter
  - Meta-Analysis
  - Practice Guideline
  - Randomized Controlled Trial
  - Review
  - More Publication Types**
  - Addresses
  - Bibliography

- Ages** CLEAR
- All Infant: birth-23 months
  - All Child: 0-18 years
  - All Adult: 19+ years
  - Newborn: birth-1 month
  - Infant: 1-23 months
  - Preschool Child: 2-5 years
  - Child: 6-12 years
  - Adolescent: 13-18 years
  - Adult: 19-44 years
  - Middle Aged: 45-64 years



**Tag Terms** CLEAR

Default Tag: All Fields

GO Clear All Limits

Medscape Top 10 [TopTen@mp.medscape.com]  
Delgado-Iribarren, Alberto

Enviado el: martes 02.12.2008 12:5

to: Top 10 Articles of 2008



## Top 10 Articles of 2008

### Top 10 Infectious Diseases Articles of 2008:

1. [New Recommendations Issued for \*Clostridium difficile\*-Associated Disease](#) **CME**  
A review covers diagnosis and treatment of *Clostridium difficile*-associated disease, including use of existing and new antibiotic and nonantibiotic agents.
2. [A Puzzling Facial Rash on a 17-Year-Old Boy](#) **CME/CE**
3. [Pill to Treat Gonorrhea Is Back](#)
4. [New HIV Treatment Guidelines Issued](#) **CME**
5. [Nontuberculous Mycobacteria: Update on Diagnosis and Treatment](#) **CME/CE**
6. [What is the Most Dangerous Food?](#)
7. [A Traveler's Fever](#) **CME**
8. [New AHA Guidelines for Prevention of Infective Endocarditis](#)
9. [20 Drugs the FDA Is Watching](#)
10. [New Guidelines for Management of Urinary Tract Infection in Nonpregnant Women](#) **CME/CE**

### Top 10 Most Read Articles of 2008:



## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

- **AGENCIAS DE RECONOCIDO PRESTIGIO E INFLUENCIA A NIVEL MUNDIAL o EUROPEO**

**WHO, ACIP, EUCAST, ESCMID, CLSI**

- **TEMA MICROBIOLOGICO Y TEMA CLINICO**

- **TEMAS DE ACTUALIDAD Y DE GRAN REPERCUSIÓN**

- **EVITAR TEMAS MUY ESPECIALIZADOS**

Limits **Preview/Index** History Clipboard Details

**New Try the new Advanced Search**  
 Incorporating Limits, History, Preview/Index, Details, and Citation Search

Total 43

**Limits: published in the last 1 year, Humans, Practice Guideline**

- Enter terms and click Preview to see only the number of search results.
- To save search indefinitely, click query # and select Save in My NCBI.
- To combine searches use #search, e.g., #2 AND #3 or click query # for more options.

Search	Most Recent Queries	Time	Results
<a href="#">#2</a>	Select 13 document(s)	13:21:06	<a href="#">1</a>
<a href="#">#1</a>	Search Microbiology or Infectious Diseases Limits: published in the last 1 year, Humans, Practice Guideline	13:19:23	<a href="#">4</a>

**Add Term(s) to Query or View Index:**

- Enter a term in the text box; use the pull-down menu to specify a search field.
- Click Preview to add terms to the query box and see the number of search results, or click Index to view terms within a field.



# CONSIDERACIONES PREVIAS

TEMAS:

- CLINICOS

*BRUCELOSIS*

- EPIDEMIOLOGIA

*INFECCIONES EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA*

*CRIBADO VIH EN POBLACIÓN GENERAL*

*PROFILAXIS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA*

FUNDAMENTALMENTE EL OBJETIVO ES QUE EL INTERÉS  
SEA COMÚN

# OTROS TEMAS DE ACTUALIDAD

## Consenso

J. Mensa<sup>1</sup>  
J. Barberán<sup>2</sup>  
P. Llinares<sup>1</sup>  
J. J. Picazo<sup>1</sup>  
E. Bouza<sup>1</sup>  
F. Álvarez Lerma<sup>3</sup>  
M. Borges<sup>3</sup>  
R. Serrano<sup>2</sup>  
C. León<sup>3</sup>  
X. Guirao<sup>4</sup>  
J. Arias<sup>4</sup>  
E. Carreras<sup>5</sup>  
M. A. Sanz<sup>5</sup>  
J. A. García Rodríguez<sup>1</sup>

## Guía de tratamiento de la infección producida por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina

- <sup>1</sup> Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ)
- <sup>2</sup> Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
- <sup>3</sup> Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)

- <sup>4</sup> Asociación Española de Cirujanos (AEC)
- <sup>5</sup> Asociación Española de Hematología y Hemoterapia (AEHH)

# OTROS TEMAS DE ACTUALIDAD

---

## Artículos de consenso

---

J. Barberán<sup>1</sup>  
J. Mensa<sup>3</sup>  
C. Fariñas<sup>3</sup>  
P. Linares<sup>3</sup>  
R. Serrano<sup>1</sup>  
R. Menéndez<sup>2</sup>  
C. Agustí<sup>2</sup>  
M. Gobernado<sup>3</sup>  
J. R. Azanza<sup>3</sup>  
J. A. García Rodríguez<sup>3</sup>

Recomendaciones de tratamiento  
antifúngico en pacientes con bajo grado  
de inmunodepresión

---

<sup>1</sup> Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

<sup>2</sup> Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

<sup>3</sup> Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ)

Madrid

# OTROS TEMAS DE ACTUALIDAD

## Treatment of Aspergillosis: Clinical Practice Guidelines of the Infectious Diseases Society of America

**Thomas J. Walsh,<sup>1,a</sup> Elias J. Anaissie,<sup>2</sup> David W. Denning,<sup>1b</sup> Raoul Herbrecht,<sup>14</sup> Dimitrios P. Kontoyiannis,<sup>3</sup> Kieren A. Marr,<sup>5</sup> Vicki A. Morrison,<sup>4,7</sup> Brahm H Segal,<sup>8</sup> William J. Steinbach,<sup>9</sup> David A. Stevens,<sup>10,11</sup> Jo-Anne van Burik,<sup>7</sup> John R. Wingard,<sup>12</sup> and Thomas F. Patterson<sup>4,a</sup>**

<sup>1</sup>Pediatric Oncology Branch, National Cancer Institute, Bethesda, Maryland; <sup>2</sup>University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock; <sup>3</sup>The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston, and <sup>4</sup>The University of Texas Health Science Center at San Antonio, San Antonio; <sup>5</sup>Oregon Health and Sciences University, Portland; <sup>6</sup>Veterans Affairs Medical Center and <sup>7</sup>University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota; <sup>8</sup>Roswell Park Cancer Institute, Buffalo, New York; <sup>9</sup>Duke University Medical Center, Durham, North Carolina; <sup>10</sup>Santa Clara Valley Medical Center, San Jose, and <sup>11</sup>Stanford University, Palo Alto, California; <sup>12</sup>University of Florida, College of Medicine, Gainesville, Florida; <sup>13</sup>University of Manchester, Manchester, United Kingdom; and <sup>14</sup>University Hospital of Strasbourg, Strasbourg, France

---

# OTROS TEMAS DE ACTUALIDAD

## The Management of Encephalitis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America

Allan R. Tunkel,<sup>1</sup> Carol A. Glaser,<sup>2</sup> Karen C. Bloch,<sup>3</sup> James J. Sejvar,<sup>4</sup> Christina M. Marra,<sup>5</sup> Karen L. Roos,<sup>6</sup> Barry J. Hartman,<sup>7</sup> Sheldon L. Kaplan,<sup>8</sup> W. Michael Scheld,<sup>9</sup> and Richard J. Whitley<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Monmouth Medical Center, Long Branch, New Jersey; <sup>2</sup>California Department of Health Services, Richmond; <sup>3</sup>Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee; <sup>4</sup>Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; <sup>5</sup>University of Washington School of Medicine, Seattle; <sup>6</sup>Indiana University School of Medicine, Indianapolis; <sup>7</sup>Weill Cornell Medical Center, New York, New York; <sup>8</sup>Baylor College of Medicine, Houston, Texas; <sup>9</sup>University of Virginia School of Medicine, Charlottesville; and <sup>10</sup>University of Alabama at Birmingham

---

# OTROS TEMAS DE ACTUALIDAD

*Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*

46:S81–S184 © 2008 by European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition

## European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe

\*Alfredo Guarino (Coordinator), \*Fabio Albano, †Shai Ashkenazi, ‡Dominique Gendrel,  
§J. Hans Hoekstra, ¶Raanan Shamir, and ||Hania Szajewska

*\*Department of Pediatrics, University of Naples Federico II, Naples, Italy, †Schneider Children's Medical Center,  
Petach-Tikva, and Felsenstein Medical Research Center, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University,*

*Tel Aviv, Israel, ‡University Paris 5 and Hôpital Saint Vincent de Paul, Paris, France,*

*§Department of Pediatrics, Hieronymus Bosch Hospital, 's-Hertogenbosch, The Netherlands,*

*¶Schneider Children's Medical Center, Petach-Tikva, and Institute of Gastroenterology,  
Nutrition, and Liver Diseases, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University,*

*Tel Aviv, Israel, and ||Medical University of Warsaw, Second Department of Pediatrics  
(II Katedra Pediatrii), Warsaw, Poland*

# OTROS TEMAS DE ACTUALIDAD

INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY OCTOBER 2008, VOL. 29, NO. 10

SHEA/HICPAC POSITION PAPER

## Recommendations for Metrics for Multidrug-Resistant Organisms in Healthcare Settings: SHEA/HICPAC Position Paper

Adam L. Cohen, MD, MPH; David Calfee, MD, MS; Scott K. Fridkin, MD; Susan S. Huang, MD, MPH;  
John A. Jernigan, MD; Ebbing Lautenbach, MD, MPH, MSCE; Shannon Oriola, RN, CIC, COHN;  
Keith M. Ramsey, MD; Cassandra D. Salgado, MD, MS; Robert A. Weinstein, MD; for the Society for Healthcare  
Epidemiology of America and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

---

## 1. PROFILAXIS DE LA E.I.

**Prevention of Infective Endocarditis: Guidelines From the American Heart Association: A Guideline From the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group**

Walter Wilson, Kathryn A. Taubert, Michael Gewitz, Peter B. Lockhart, Larry M. Baddour, Matthew Levison, Ann Bolger, Christopher H. Cabell, Masato Takahashi, Robert S. Baltimore, Jane W. Newburger, Brian L. Strom, Lloyd Y. Tani, Michael Gerber, Robert O. Bonow, Thomas Pallasch, Stanford T. Shulman, Anne H. Rowley, Jane C. Burns, Patricia Ferrieri, Timothy Gardner, David Goff, David T. Durack and The Council on Scientific Affairs of the American Dental Association has approved the guideline as it relates to dentistry. In addition, this guideline has been endorsed by the American Academy of Pediatrics, Infectious Diseases Society of America, the In

*Circulation* 2007;116;1736-1754; originally published online Apr 19, 2007;



**Incidencia: 5-7 casos/100.000 personas/ año**

**Factores predisponentes:**

- cardiopatía reumática
- válvulas o material protésico (I: 2160 casos/pac/año)
- malformaciones cardíacas congénitas
- conductos sistémicos o pulmonares establecidos quirúrgicamente.

**Comorbilidad: peor pronóstico: edad avanzada, DM, inmunosupresión, diálisis**

**Mortalidad: 20% EI válvula protésica  
5% EI válvula nativa**

**Objetivos profilaxis:** evitar la bacteriemia asociada a diferentes procedimientos diagnósticos o terapéuticos, impidiendo así la colonización de estructuras intracardíacas.

### **Procedimientos de riesgo para EI:**

- nº de patógenos que colonizan el área y que pueden alcanzar el torrente sanguíneo durante el procedimiento
- cantidad de hemorragia durante el procedimiento
- proporción de hemocultivos positivos tras un determinado procedimiento
- magnitud y duración de la bacteriemia durante el procedimiento ¿¿??
- nº de EI que se han documentado después de un procedimiento

# CONTROVERSIA

- Bacteriemias causan EI
- SGV son causa del 50% de EI comunitaria sobre válvula nativa, y son sensibles a los ATB utilizados en profilaxis
- Muchas publicaciones, mal documentadas, sobre procedimientos dentales como causa de EI
- Baja probabilidad de efectos adversos en profilaxis en paciente, de forma individual.
- Elevada mortalidad

# CONTROVERSIA

- Escasas evidencias sobre el impacto de la profilaxis EI: ningún estudio
- Baja prevalencia de EI, mucha población susceptible
- Reacciones adversas, aumento de resistencias, coste

## actividades de la vida diaria

- cepillado dental 20-68%
- enjuagues bucales 7-50 %
- comer chicle 7-51 %

## manipulaciones dentales

- extracción dental 10-100 %
- cirugía periodontal 36-86 %
- limpieza dental > 40 %

El riesgo de bacteriemia por el cepillado de dientes dos veces al día es 154.000 veces mayor al año que el de una sola extracción dental. La exposición anual acumulada estimada es de 5,6 millones de veces superior y es obvio que no está indicada una profilaxis sistemática

American Heart Association

Frecuencia de bacteriemia transitoria

Magnitud de la bacteriemia:  $< 10^4$  UFC/ml tras proceso dental (dosis infectiva en animales de experimentación:  $10^6 - 10^8$  UFC/ml)

Flora orofaríngea  $> 700$  especies, 30% SGV.

La mayoría de los casos de EI NO han tenido intervenciones dentales en las 2 semanas previas.

<b>Afectación cardíaca</b>	<b>Comentarios</b>
Prótesis valvulares cardíacas	Grupo de riesgo más importante en países desarrollados
Endocarditis infecciosa previa	
Malformaciones cardíacas congénitas complejas y cianóticas	Sin cirugía reparativa, incluyendo shunts;
Conductos sistémicos o pulmonares establecidos quirúrgicamente	En los 6 meses posteriores a la cirugía si es reparadora
Enfermedades valvulares cardíacas adquiridas	Para la AHA solo en transplantados
Prolapso de la válvula mitral con regurgitación valvular o engrosamiento valvular severo	No recomendado por la AHA
Malformaciones congénitas del corazón no cianóticas (excepto CIA tipo ostium secundum), incluidas las válvulas aórticas bicúspides	No recomendado por la AHA
Miocardiopatía hipertrófica	No recomendado por la AHA

## Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

## Sociedad que emite recomendaciones y año

### ODONTOLOGICOS\*

**AHA  
(2007)**

**ESC  
(2004)**

**SEC  
(2000)**

Procedimientos dentales con manipulación de tejido gingival, periapical o alteración de la mucosa oral

si

si

si

### TRACTO RESPIRATORIO

Broncoscopia (broncoscopio flexible) con/sin biopsia

no

no

no

Broncoscopia (broncoscopio rígido)

no

si

si

Tonsilectomía y adenoidectomía

si

si

si

## Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

## Sociedad que emite recomendaciones y año

### TRACTO GENITOURINARIO\*\*

**AHA  
(2007)**

**ESC  
(2004)**

**SEC  
(2000)**

Cistoscopia

no

no

si

Biopsia del tracto urinario/próstata

no

si

si

Resección transuretral de próstata

no

si

si

Instrumentación/dilatación uretral

no

si

si

Litotricia

no

si

si

Histerectomía vaginal/Parto vaginal

no

no

Opcional

Otros procedimientos ginecológicos sin infección (aborto, DIU...)

no

no

no



American Heart Association

## Profilaxis EI. CONCLUSIONES

Los procedimientos que más se han asociado a la EI han sido los odontológicos y debemos entender que aunque no exista una evidencia científica consolidada, la morbilidad y mortalidad de esta infección así como otras razones de orden médico-legal justifican que el consenso general tienda a aplicar la profilaxis, pero actualmente ya disponemos de recomendaciones para rescindir su empleo a los pacientes de muy alto riesgo.

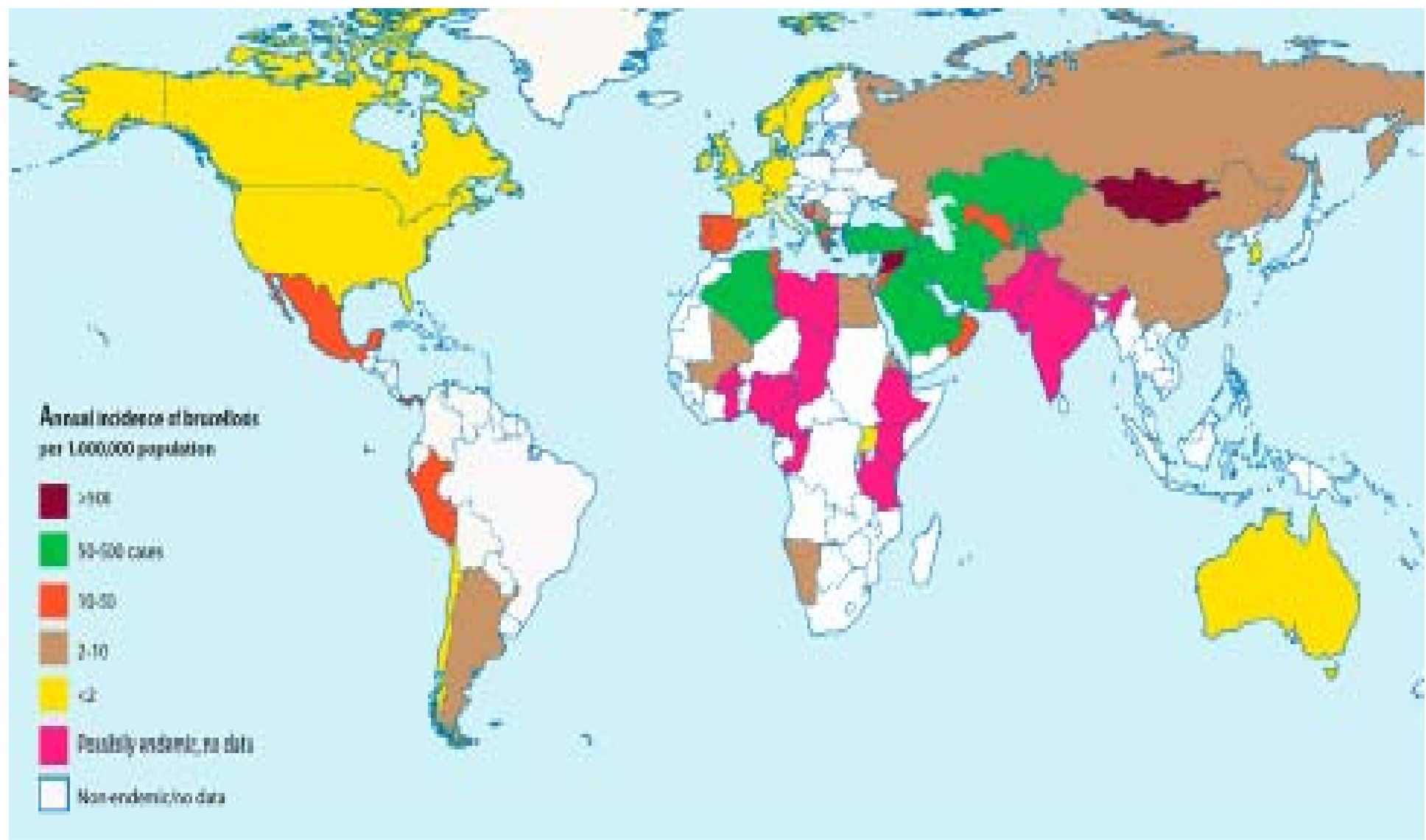
## 2. TRATAMIENTO DE LA BRUCELOSIS

# Perspectives for the Treatment of Brucellosis in the 21st Century: The Ioannina Recommendations

Javier Ariza, Mile Bosilkovski, Antonio Cascio, Juan D. Colmenero, Michael J. Corbel, Matthew E. Falagas, Ziad A. Memish, Mohammad Reza Hasanjani Roushan, Ethan Rubinstein, Nikolaos V. Sipsas, Javier Solera, Edward J.

Young, Georgios Pappas\* PLoS Medicine |

[www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org). December 2007, Volume 4, Issue 12,  
e317.



doi:10.1371/journal.pmed.0040317.g001

Figure 1. The Global Incidence of Human Brucellosis

Reproduced from: Gutierrez Ruiz C, Miranda JJ, Pappas G (2006) A 26-year-old man with sternoclavicular arthritis. *PLoS Med* 3(8): e293. doi:10.1371/journal.pmed.0030293 Derived from: Pappas G, Papadimitriou P, Alkritidis N, Christou L, Tsianos EV (2006) The new global map of human brucellosis. *Lancet Infect Dis* 6: 91-99.

# *Recomendaciones de Ioannina*

*(tratamientos para infecciones no complicadas)*

- DOX-STR DOX: 100 mg 2/dia 6 semanas; STR: 15 mg/kg d IM 2–3 semanas “gold standard.”
- DOX-RIF DOX: igual; RIF: 600–900 mg d 6 semanas (una dosis por la mañana)
- DOX-GENT DOX: igual; GENT: 5 mg/kg d parenteral en 1 dosis 7 dias (5-14 d)
- TMP-SMX: 800 + 160 mg /12 h d 6 semanas
- Quinolonas: en combinación  
Ofloxacina: 400 mg/12 6 s; ciprofloxacina: 500 Mg/12 6 s

# *Recomendaciones de Ioannina*

- *La terapéutica de infecciones graves (espondilitis, neurobrucelosis...) no variaciones salvo en la duración del tratamiento.*
- *La endocarditis requiere reemplazo valvular en la mayor parte de los casos.*
- *Embarazo: El régimen más utilizado es el cotrimoxazol, solo o asociado a la rifampicina, admitiéndose la monoterapia con este último en las últimas semanas de la gestación, y en caso de recidiva postparto retratar con las pautas convencionales.*

# *Recomendaciones de Ioannina*

## *CONCLUSIONES*

*“lenguaje común”*

- ensayos clínicos bien diseñados*
- definición de lo que es una recidiva*
- caracterización de las infecciones crónicas*
- variabilidad en la virulencia de las especies implicadas.*

# 3. CONTROL DE LA INFECCIÓN EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA

INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY SEPTEMBER 2008, VOL. 29, NO. 9

SHEA/APIC GUIDELINE

## SHEA/APIC Guideline: Infection Prevention and Control in the Long-Term Care Facility

July 2008

Philip W. Smith, MD; Gail Bennett, RN, MSN, CIC; Suzanne Bradley, MD; Paul Drinka, MD; Ebbing Lautenbach, MD;  
James Marx, RN, MS, CIC; Lona Mody, MD; Lindsay Nicolle, MD; and Kurt Stevenson, MD

### 3. CONTROL DE LA INFECCIÓN EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA

- ILE: Long-Term Care- Facility; LTCF) - RAN: Nursing Home; Estados Unidos 1,5 millones LTCFs
- Infecciones asociadas a cuidados (IAC): oscilan entre 1,8 y 13,5 casos/1000 residentes/día
- ITU: 7-10% portadores de sonda
- ITR: 0,3 y 2,5 episodios neumonía/1000 residentes día. (virus gripales, tuberculosis)
- PPB (UPP) hasta un 20% de los residentes, importancia en la prevención y en evitar el empleo de antibióticos en pacientes colonizados.



### 3. CONTROL DE LA INFECCIÓN EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA: TIPOS DE INFECCIONES

- Esporádicas, frecuentemente por colonización por microorganismos no muy virulentos
- Especial importancia los brotes epidémicos: vía respiratoria (gripe, tuberculosis, pero también neumococo, legionela y otros virus), por vía fecal-oral (norovirus, *Clostridium difficile*, *Salmonella*...) y por contacto (sarna, conjuntivitis...)
- Infecciones bacterianas por microorganismos multirresistentes (SARM, VRE...), enterobacterias productoras de BLEE y otros gram negativos multirresistentes (*Pseudomonas*, *Acinetobacter*) en ascenso

### 3. CONTROL DE LA INFECCIÓN EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA: TIPOS DE INFECCIONES

- EEUU años 80: leyes federales y normativas estatales
- Personal especializado en el tema: pe Canadá un profesional con dedicación exclusiva al tema por cada 150-250 camas (EEUU 50% de las instituciones)
- 4 veces menor que el de hospitales de agudos
- Relevancia del control de los brotes epidémicos (CDC un caso de gripe, aumento de síndromes febriles, *Legionella*, *Salmonella*, tuberculosis, sarna o cualquier otro agente asociado a epidemias)

### 3. CONTROL DE LA INFECCIÓN EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA: TIPOS DE INFECCIONES

- Medidas de aislamiento: la situación del paciente se aproxima más a la de un “hogar” que a la de un hospital
- Consecuencias psicosociales
- Balance coste/beneficio: controvertido especialmente respecto a los portadores de microorganismos multirresistentes a antibióticos
- Medidas de higiene básicas como el lavado de manos son fundamentales para el control de la IAC.
- Reflexión final: la situación en el nuestro es sobradamente más deficitaria por lo que urge una actuación de las Autoridades Sanitarias y de los profesionales que desarrollan su actividad en estos centros.

## 4. “Screening” VIH

### **CLINICAL GUIDELINES**

### **Screening for HIV in Health Care Settings: A Guidance Statement From the American College of Physicians and HIV Medicine Association**

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Vincenza Snow, MD; Paul Shekelle, MD; Robert Hopkins, Jr., MD; and Douglas K. Owens, MD, MS, for the Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians\*

# **Annals of Internal Medicine**

20 January 2009 | Volume 150 Issue 2

## 4. “Screening” VIH

- EEUU el CDC estima que hay entre 1 y 1,18 millones de portadores del virus, de los cuales entre un 24 y un 27% desconocen su situación
- 2006 la mayor parte de los caso diagnosticados eran de pacientes con edad comprendida entre 25 y 44 años., con una incidencia de 56.300 casos, de los cuales unos 20.000 se relacionaban con pacientes que no conocían su seropositividad.
- Datos del CDC indican que un 38% de los pacientes con un diagnóstico de infección por VIH en el último año desarrollan SIDA

## 4. “Screening” VIH

- Control de la diseminación: detección de portadores
- El cribado rutinario: controversia, claramente implementado en pacientes con factores de riesgo o en el embarazo
- Diagnóstico debe establecerse mediante un enzimoimmunoensayo de cribado (>99% de sensibilidad) y confirmación por un ensayo de tipo Western Blot (especificidad >99,99%).
- Método AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation): 23 apartados - objetivos del estudio y el ámbito intereses de los pacientes -rigurosidad en el análisis de la evidencia, claridad y presentación, aplicabilidad e independencia editorial.

## 4. “Screening” VIH: otras recomendaciones

- Las de la USPSTF (US Preventive Services Task Force (2007):

- Cribado en adolescentes y adultos con algún factor de riesgo
- No hay recomendación cuando no existen factores de riesgo pero tampoco hay una indicación explícita de no realizarlo como existía previamente
- Recomendado siempre en gestantes

## 4. “Screening” VIH: otras recomendaciones

CDC de 2006:

- Cribado universal en cualquier centro de salud que atienda a pacientes entre 13 y 64 años salvo que la prevalencia sea menor del 0,1%. Si no hay datos de seroprevalencia se iniciará el estudio hasta que se demuestre que el rendimiento diagnóstico es  $<1/1000$  pacientes estudiados.
- Pacientes con tuberculosis
- Pacientes con infecciones de transmisión sexual (en cada visita, independientemente del riesgo que manifieste)
- Gestantes



## 4. “Screening” VIH: recomendaciones ACP

*Recomendar a los médicos que adopten el cribado universal y a los pacientes que consientan en realizárselo:*

- La detección precoz presenta un beneficio importante para la salud al poder prolongar la vida del paciente infectado y además probablemente reduzca el riesgo de transmisión a otras personas
- El cribado basado en factores de riesgo no es válido para detectar portadores en fases tempranas de la infección
- Algunas estrategias de este tipo han sido ya implementadas con gran aceptación y éxito, como lo es el estudio sistemático durante la gestación
- Existe una fuerte evidencia de su coste-efectividad incluso con bajas prevalencias.

## 4. “Screening” VIH: recomendaciones ACP

Referencias particulares a pacientes de riesgo, gestantes y a pacientes de mayor edad (programas de educación)

- Posibles falsos positivos con técnicas rápidas
- Se recomienda iniciar el estudio rutinario y cuando haya un número suficiente de pacientes estudiado que permita conocer la prevalencia, reevaluar la necesidad de que sea empleada esta estrategia.

*Recomendar la repetición del estudio en función de una evaluación individual de factores de riesgo.* Para grupos de alto riesgo mantienen la recomendación del CDC de realizarlo anualmente, lo que ha demostrado ser coste-efectivo cuando la incidencia anual es mayor o igual al 1%.