

COORDINACIÓ ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS.

GRUP D'INFECCIÓ BAGES-BERGUEDÀ-SOLSONÈS

La nostra experiència



Dr. Rafel Pérez Vidal

Grup infeccions Bages-Berguedà-Solsonès

COMPOSICIÓ NUCLI CENTRAL



Institut Català de la Salut
Serveis d'Atenció Primària
Bages-Berguedà-Solsonès

- 3 METGES DE CAPÇALERA
- 1 PEDIATRE
- 1 FARMACÈUTICA

- 17 ABS
- 2 HOSPITALS
- > 90 FARMÀCIES



- 2 METGES INTERNISTES
- 2 MICROBIÒLOGUES
- 1 FARMACÈUTICA



COL·LEGI DE
FARMACÈUTICS
DE LA PROVÍNCIA DE BARCELONA

- 1 FARMACÈUTICA

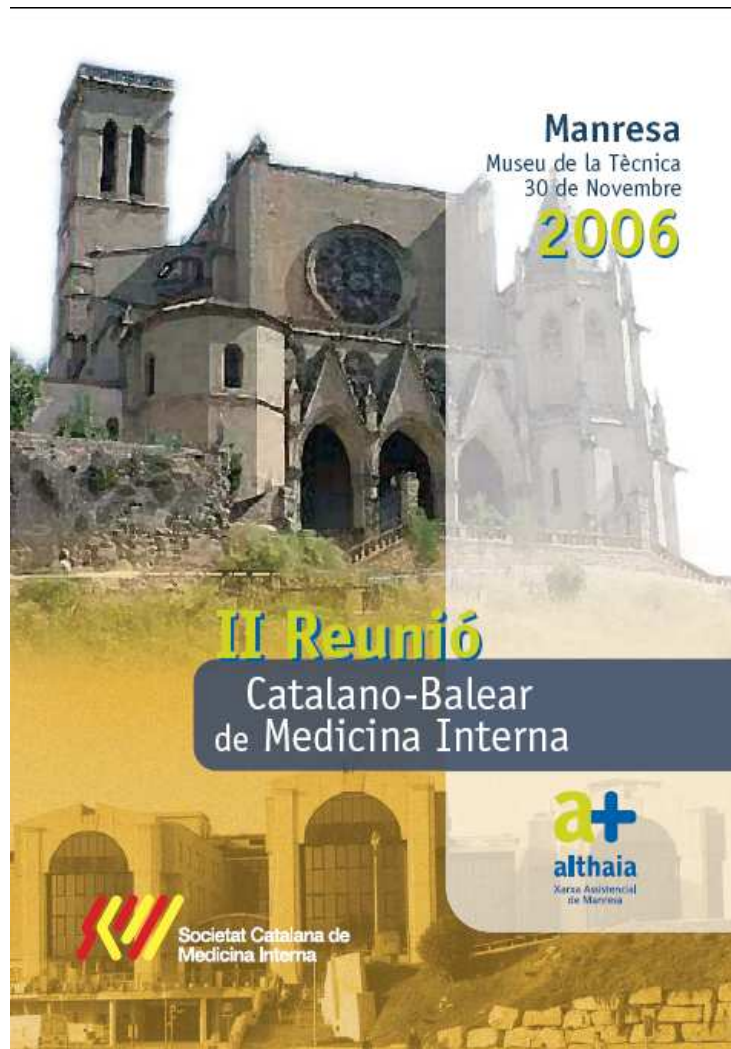


HOSPITAL COMARCAL
DE SANT BERNABÉ

- 1 METGE INTERNISTA
- 1 MICROBIÒLOGA
- 1 FARMACÈUTICA

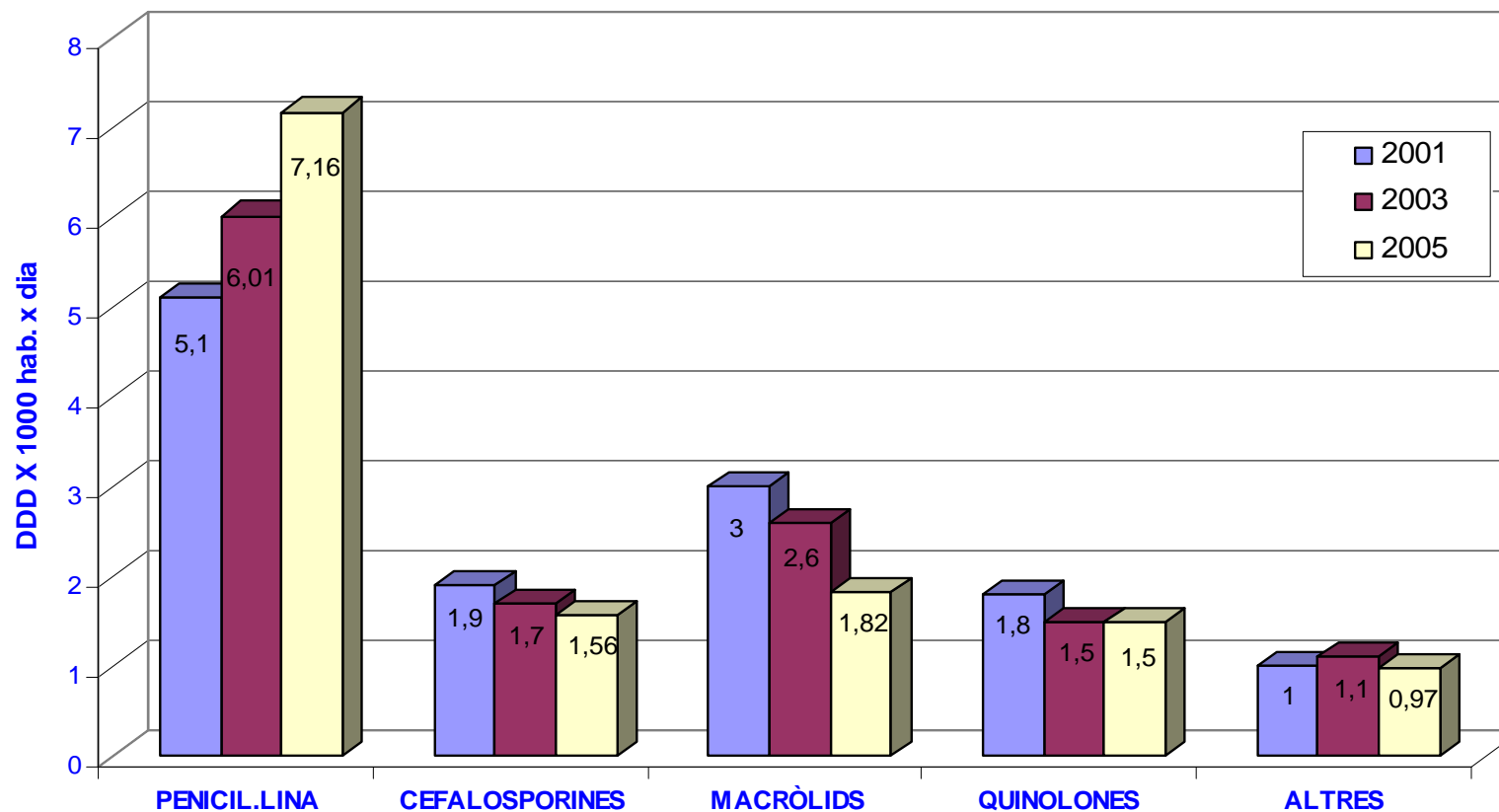
Grup d'Antibiòtics i Malalties Infeccioses del Bages, Berguedà i Solsonès

- Estudi de les **Sensibilitats i Resistències** dels gèrmens responsables de les infeccions més freqüents del nostre entorn (Bages, Berguedà, Solsonès).
- Proposta d'utilització d'antibioteràpia empírica **consensuada**, segons els resultats anteriors. (***Política d'Antibiòtics Comunitària***).
- Proposta d'actuacions unificades segons **situacions d'alerta o patologia prevalent**: Brots, endèmies, malalties concretes (Tuberculosi, Hepatitis, Patologia de l'immigrant, Multiresistents, Infecció per VIH...).



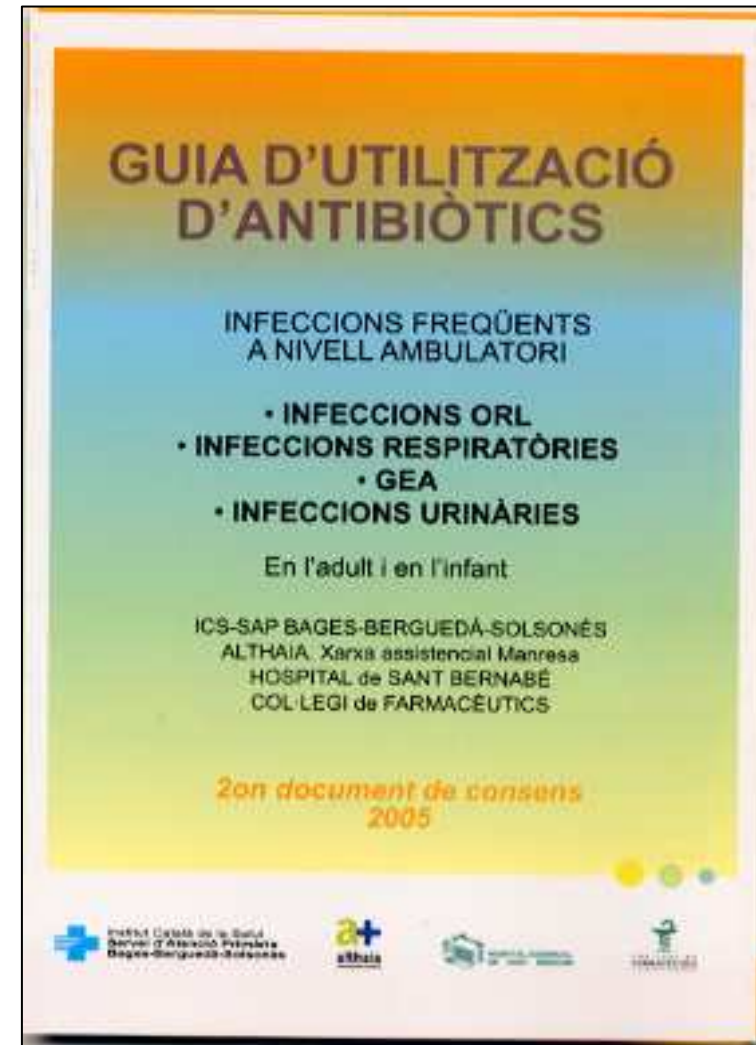
Política d'antibiòtics coordinada en un àmbit territorial

CONSUM D'ANTIBIÒTICS A LES ABS DEL BAGES / BERGUEDÀ. ANYS 2001, 2003, 2005



CATALUNYA	2001	6,1	1,1	2,6	1,9	0,7
CATALUNYA	2003	6,5	1,3	2,2	1,7	1,7
EUROPA	2002	16,3 – 3,9	6,7 – 0,03	7,8 – 0,3	3,76 – 0,17	

Guies d'utilització d'antibiòtics 2002 i 2005



OBJECTIUS

- Conèixer els patrons de sensibilitat dels patògens més prevalents a la comunitat
- Consensuar el tractament empíric de les infeccions comunitàries més freqüents
- Monitoritzar el consum global d'antimicrobians
- Monitoritzar resistències antibiòtiques
- Difusió en forma de guia de butxaca i de sessions clíniques

Guia d'utilització d'antibiòtics 2005

- Faringoamigdalitis
- Otitis mitjana
- Otitis externa
- Sinusitis
- Bronquitis aguda
- MPOC
- Pneumònia
- Gastroenteritis aguda
- Infecció urinària



MOSTRES RESPIRATÒRIES

Antimicrobians (% soques sensibles)

Microorganismes	Any	Núm	PEN	AMP	AMC	CFR	CTX	SXT	CIP	ERI
<i>H.influenzae</i>	2004	127		83	100	100	100	80	100	98
<i>S.pneumoniae</i>	2004	89	68				99	62		64
<i>S.pyogenes</i>	2004	189	100							86

Haemophilus influenzae:

Un 17% de les soques són resistents a l'amoxicil·lina per producció de B-lactamases.

Les resistències a eritromicina són d'un 2%.

Streptococcus pneumoniae:

El 30% de les soques són moderadament resistents a la penicil·lina, un 2% són resistents a la penicil·lina.

L'addició d'àcid clavulànic no augmenta l'eficàcia de l'amoxicil·lina sobre els pneumococs resistents a penicil·lina, perquè la resistència no es relaciona amb la síntesi de B-lactamases, sinó amb l'alteració de les proteïnes fixadores de penicil·lines (PBP). Si es sospita la resistència es pot augmentar la dosi d'amoxicil·lina.

Les resistències del pneumococ a eritromicina són d'un 36%.

Streptococcus pyogenes:

No hi ha resistències del *S.pyogenes* a les penicil·lines.

El 14% de les soques de *S. Pyogenes* són resistents a eritromicina, i el 11% presenten el fenotip M, és a dir, són resistents als macròlids de 14 i 15 àtoms de carboni (com la eritromicina, la azitromicina i la claritromicina) i sensibles als macròlids de 16 àtoms de carboni (com la espiamicina, josamicina).

AMC: Amoxi/Àc. clavulànic
AMP: Ampicil·lina
CFR: Cefuroxima
CTX: Cefotaxima
CIP: Ciprofloxacina
ERI: Eritromicina
FOS: Fosfomicina
FUR: Nitrofurantolna
GEN: Gentamicina
NOR: Norfloxacina
PEN: Penicil·lina
SXT: SulfametoX/Trimeto
VAN: Vancomicina
Núm.: nombre de soques aïllades

URINOCULTIUS/ COPROCULTIUS

URINOCULTIUS

Antimicrobians (% soques sensibles)

Microorganismes	Any	Núm	AMP	AMC	CFR	CTX	GEN	SXT	FUR	NOR	FOS
<i>E. coli</i>	2004	4206	42	94	96	98	92	69	98	78	99
<i>P. mirabilis</i>	2004	413	51	96	100	100	85	56		84	83
<i>K. pneumoniae</i>	2004	335		95	97	98	97	92		95	

Microorganismes	Any	Núm	PEN	AMP	VAN	CIP	FUR
<i>E. faecalis</i>	2004	551	99	99	100	69	98

COPROCULTIUS

Antimicrobians (% soques sensibles)

Microorganismes	Any	Núm	AMP	AMC	CTX	CIP	SXT	GEN	ERI
<i>Salmonella spp</i>	2004	242	54	91	99	99	83		
<i>C. jejuni</i>	2004	189				11		99	99

MPOC AGUDITZAT adults

Etiologia més freqüent:

Haemophilus influenzae
Streptococcus pneumoniae
Moraxella catarrhalis
Virus

RECOMANACIONS D'ANTIBIOTERÀPIA:

- amoxi-clav 500+125 mg/8h o 875+125 mg/ 8h, 10 dies

Si intolerància digestiva: cefalosporina de 2^a generació (com cefuroxima)

Si al·lèrgia a β -lactàmic: levofloxacina

MPOC greu: levofloxacina

MPOC greu amb risc de Pseudomonas (corticoteràpia, > 4 cicles d'antibiòtic/any): ciprofloxacina 500mg/12h, 10 dies

Només es recomana antibiòtic si dues o més situacions :

- augment clar de la dispnea
- augment clar de la quantitat de l'esput
- augment en la purulència de l'esput

PNEUMÒNA adults

Etiologia més freqüent:

Streptococcus pneumoniae *Mycoplasma pneumoniae*
Chlamydia pneumoniae
Virus

RECOMANACIONS D'ANTIBIOTERÀPIA:

Síndrome típica

- amoxicil·lina 1 g/8 h, 10 dies

Si no millora o al·lèrgia a β -lactàmic: levofloxacina o moxifloxacina

Síndrome atípica

- macròlid, 14 dies

Si no millora: levofloxacina o moxifloxacina

Síndrome indeterminada:

- levofloxacina o moxifloxacina

En > 65 anys, malaltia de base i/o criteris de gravetat: valoreu atenció hospitalària

INFECCIÓ URINÀRIA NO COMPLICADA adults

Etiologia més freqüent:

Escherichia coli > 70%

RECOMANACIONS D'ANTIBIOTERÀPIA:

En dones:

- fosfomicina trometamol 3 g, dosi única
- amoxi-clav 500+125 mg/8 h, 5 dies
- cefuroxima 250 mg/12 h, 5 dies
- norfloxacin 400 mg/12 h, 3 dies

PNEUMÒNIA NO COMPLICADA pediatria

Etiologia més freqüent: variable segons l'edat

Virus (la majoria; considereu-los sobretot en menors de 3 anys)

Bacteris:

Streptococcus pneumoniae

Haemophilus influenzae

Mycoplasma pneumoniae

Chlamydia pneumoniae

RECOMANACIONS D'ANTIBIOTERÀPIA:

(en lactants <3-6 mesos o si existeix afectació de l'estat general, vòmits o alguna patologia associada és aconsellable l'ingrés hospitalari)

Nens < 5 anys o clínica de pneumònia típica (a qualsevol edat):

L'objectiu és oferir cobertura contra el pneumococ

- amoxicil·lina 80-100 mg/Kg/dia, c/8h, 10 dies.

Si sospita de cobertura vacunal no adequada a *H.influenzae* en nens < 5 anys: amoxi-clav 80-100+10 mg/Kg/dia, c/8h, 10 dies.

Si al·lèrgia a β -lactàmic: macròlid

Nens > 5 anys amb clínica de pneumònia atípica:

- macròlid

eritromicina 50 mg/Kg/dia, c/8h, 10-15 dies

josamina 50 mg/Kg/dia, c/12h, 10-15 dies

claritromicina 15 mg/Kg/dia, c/12h, 10-15 dies

azitromicina 10 mg/Kg/dia, c/24h, 5 dies

TALLER SOBRE TUBERCULOSI

Cal ser més efectiu en la lluita contra la TBC



Grup de treball:

ICS-SAP BAGES- BERGUEDÀ-SOLSONÉS
ALTHAIA Xarxa Assistencial de Manresa
HOSPITAL DE SANT BERNABÉ
COL·LEGI de FARMACÈUTICS
MARÇ 2008

Grup d'Antibiòtics i Malalties Infeccioses del Bages, Berguedà i Solsonès

ENTITATS:

SAP Bages-Berguedà-Solsonès.

A.Alvarez. X.Forga. D.Saavedra. G.Trujillo. M.Xandre.

Althaia. Xarxa Assistencial. Manresa.

C.Antolín. D.Estivill. Z.Lobato. JM.Marcos. D.Mas. M.Morta. R.Pérez

Hospital Sant Bernabé. Berga.

M.Curriu. M.Esquius. Q.Gorgas.

Farmàcia Comunitària.

S.Serarols.

ESPECIALITATS:

Metges: A. Primària; M Interna; Pediatria.

Microbiòlegs: A. Primària; Hospitals.

Farmacèutics: A. Primària; Hospital; F. Comunitària.

Infermeria

TUBERCULOSI. Propostes

- Evitar retards diagnòstics. Diagnòstic precoç.
- Uniformització dels criteris diagnòstics, terapèutics i profilàctics.
 - **Lectura i interpretació del PPD.**
 - **Tractament adequat i seguiment fins el final.**
 - **Estudi de contactes escrupulós.**
- Necessitat de col·laboració entre nivells.
- Segons SEPAR: Creació de una UNITAT d'Atenció a la TUBERCULOSI quan en un àmbit poblacional es donen +/- 30 casos per 100.000 habitants i any.
 - **Derivació i/o Interconsulta**

TALLER sobre TUBERCULOSI

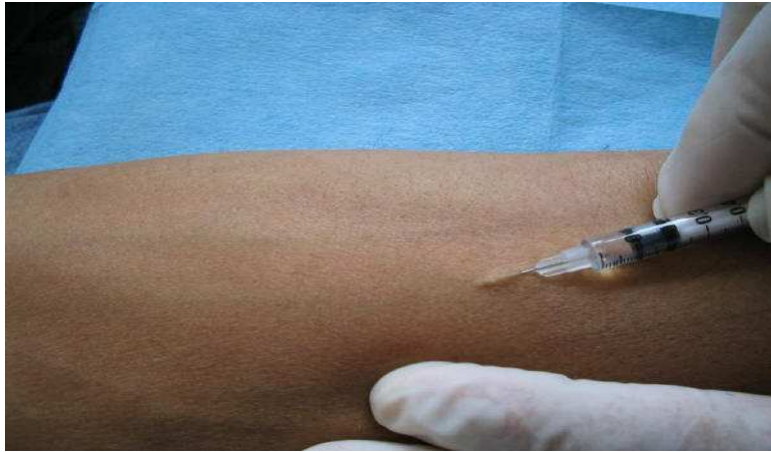
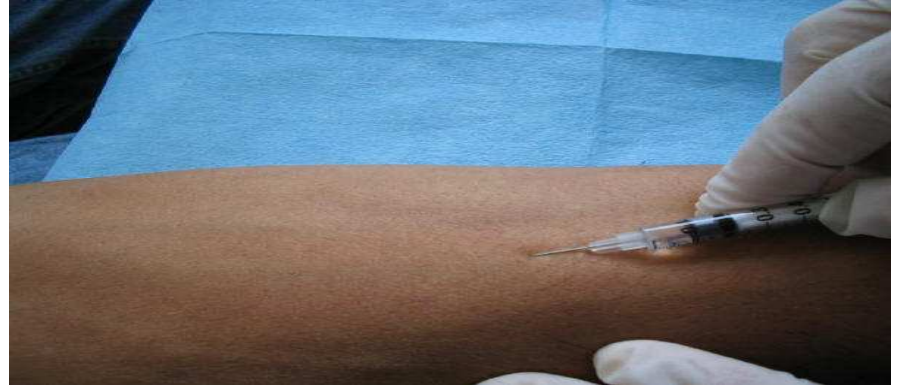
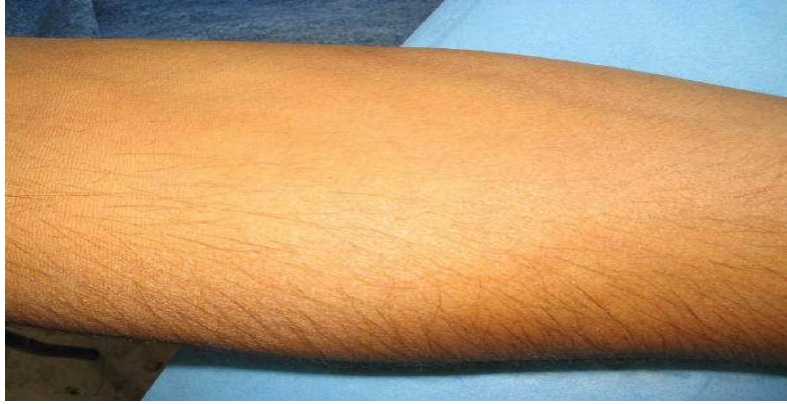
Coordinació:

- Dra. A. Álvarez
- Dra. MC. Antolín
- Presentació. Justificacions.
 - Dra. Marta Chandre. Direcció Mèdica SAP Bages-Berguedà-Solsonès.
 - Dr. Josep M^a Marcos. Medicina Interna. Althaia.
- Casos clínics il·lustratius.
 - Dr. Rafel Pérez. Medicina Interna. Althaia.
 - Dra. Zulema Lobato. Pediatria. Althaia.
- Criteris diagnòstics. Estudi de contactes.
 - Dra. Antònia Flor. Medicina Interna. Althaia.
 - DI. Dolors Mas. Infermeria. Althaia.
- Pautes terapèutiques actuals. Quimioprofilaxi.
 - Dr. Miquel Esquius. Medicina Interna. Hospital Sant Bernabé.
- Conclusions.
 - Dr. Xavier Forga. Atenció Primària Pobla de Lillet.. SAP Bages-Berguedà-Solsonès.



L'objectiu: intentar reduir el retard diagnòstic

- **Davant tos de > 10 dies en pacient que no té perquè estossegar, tos diferent a l'habitual +/- quadre tòxic +/-febre..**
- No demorar el dg demanant BK d'esput.
- **Resulta més productiu la pràctica de PPD i Rx de tòrax.**
- Especial sensibilitat en col·lectiu jove, amb molts contactes, segons professió, activitats lúdiques, immigrants, si IS de base..
- **Pensar sempre que a més retard més nombre de contactes**
- Intentar aconseguir màxima eficàcia en tractament de casos índex i estudi de contactes
- **Coordinació amb la primària i seguir els mateixes pautes** (evitar errors com no administrar QPP en nens, no fer segona lectura de PPD a les 10 setmanes.



INTERPRETACIÓ DEL RESULTAT DE PPD

PPD + EN ESTUDI DE CONTACTES:

No vacunats de BCG

> = 5mm

Vacunats amb BCG que son **contactes íntims,**
o **contactes freqüents de malalts bacilífers**

> = 5mm

Vacunats amb BCG, **contactes esporàdics de**
Bacilífers o **contactes íntims o freqüents de**
Baciloscopia negativa

> = 15mm

HIV o altres IS

Qualsevol induració

Viratge tuberculínic

> = 5 mm

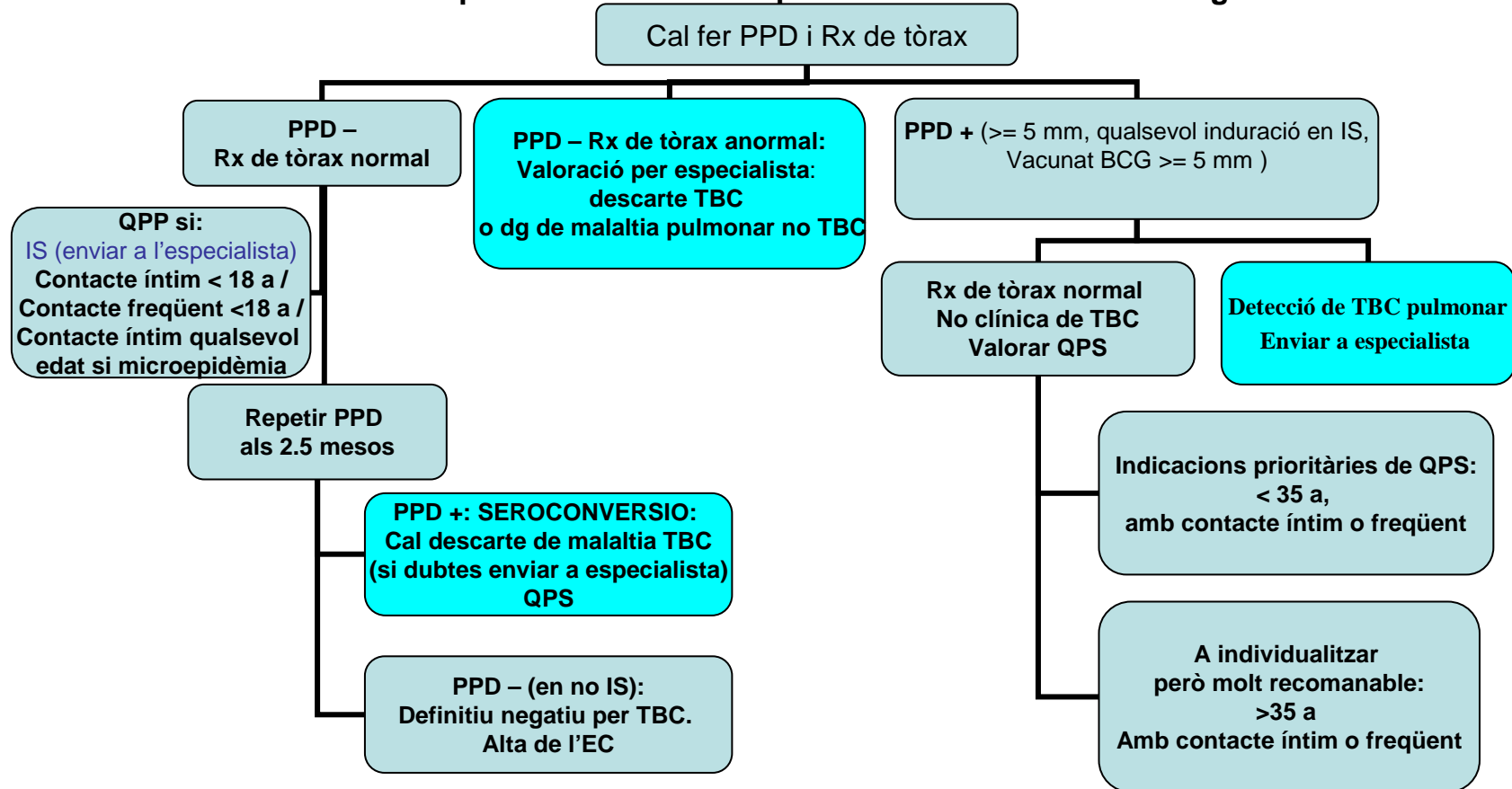
PPD + FORA DE L'ESTUDI DE CONTACTES: > = 10 mm

**UDVP, personal sanitari, nens, immigrants, personal d'institucions, DM,
IRC, silicosi, malabsorció..**

Vacunat BCG amb PPD + Fora de l'estudi de contactes: > =15 mm

Recomanacions generals d'estudi de contactes (EC) **Situació de més alt risc de contagi:**

Cas índex BACIL.LÍFER i CONTACTE ÍNTIM (>6 h/d) o FREQUËNT (<6 h cada dia):
A més bacil.lífer, més retard diagnòstic, més induració del PPD en contacte, més jove, més factors de risc en el contacte i més temps de contacte i més proximitat: més risc de contagi i mes sentit té la QP



**FULL TERAPÈUTIC .Grup Infeccioses Bages,
Berguedà, Solsonès.
Tractament de la infecció urinària**

Març-2009

DISTRIBUCIÓ A. PRIMÀRIA EN FORMAT FULL TERAPÈUTIC
SESSIONS PRIMÀRIA/HOSPITAL AL BAGES I BERGUEDÀ
ESMENT RESISTÈNCIES I TRACTAMENTS EMPÍRICS
DURADES
INDICACIONS UROCULTIU

FULL TERAPÈUTIC . Grup Infeccioses Bages-Berguedà

Visita d'acollida a l'immigrant

Març-2010

Exploracions complementàries específiques

(Taula 1)

	Paràsi ts en femta	Sedime nt d'orina	VH B	VHC	VIH	Lues	Malà ria	T.cru zi
Àfrica del Nord	Valora r	Si	Sí	Valorar	No	No	No	No
Àfrica subsahariana	Valora r	Sí	Sí	Sí	Sí	Valo rar	Valor ar	No
Europa de l'Est	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No
Àsia	Valora r	Sí	Sí	Valorar	Valorar	No	No	No
Amèrica llatina	Valora r	No	Sí	Valorar	No	No	No	si

SARM

JUSTIFICACIÓ

SUBGRUP DEPENDENT DEL GRUP CENTRAL PER A ESTUDI SARM A L'ÀMBIT TERRITORIAL I ELABORAR I DIFONDRE PROTOCOL SARM CONSENSUAT AL SOCIOSANITARI, RESIDÈNCIES, A. PRIMÀRIA I HOSPITAL.

COMPOSICIÓ:

2 METGES: 1 HOSPITAL I 1 SOCIOSANITARI

7 INFERMERES: 1 HOSPITAL, 2 SOCIOSANITARI, 2 RESIDÈNCIES, 3 AP

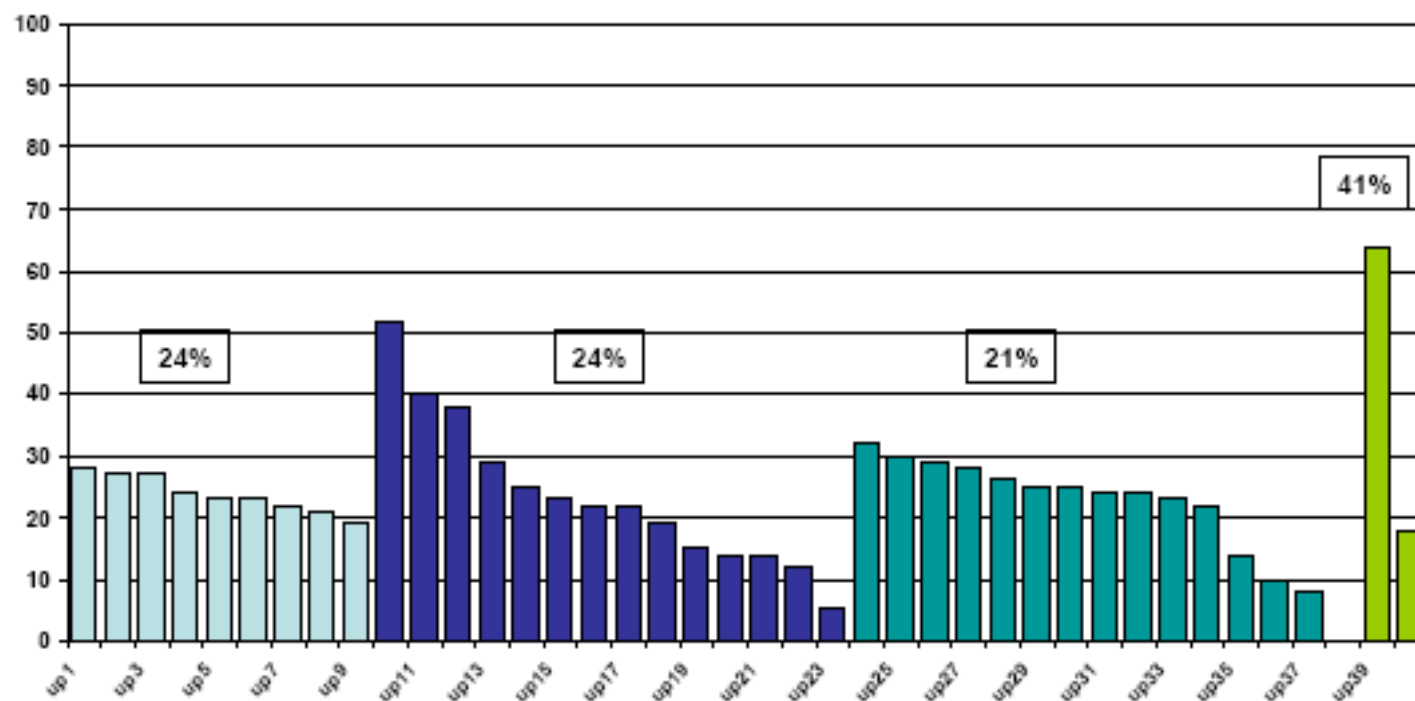
1 MICROBIÒLEG

1 FARMACÈUTIC

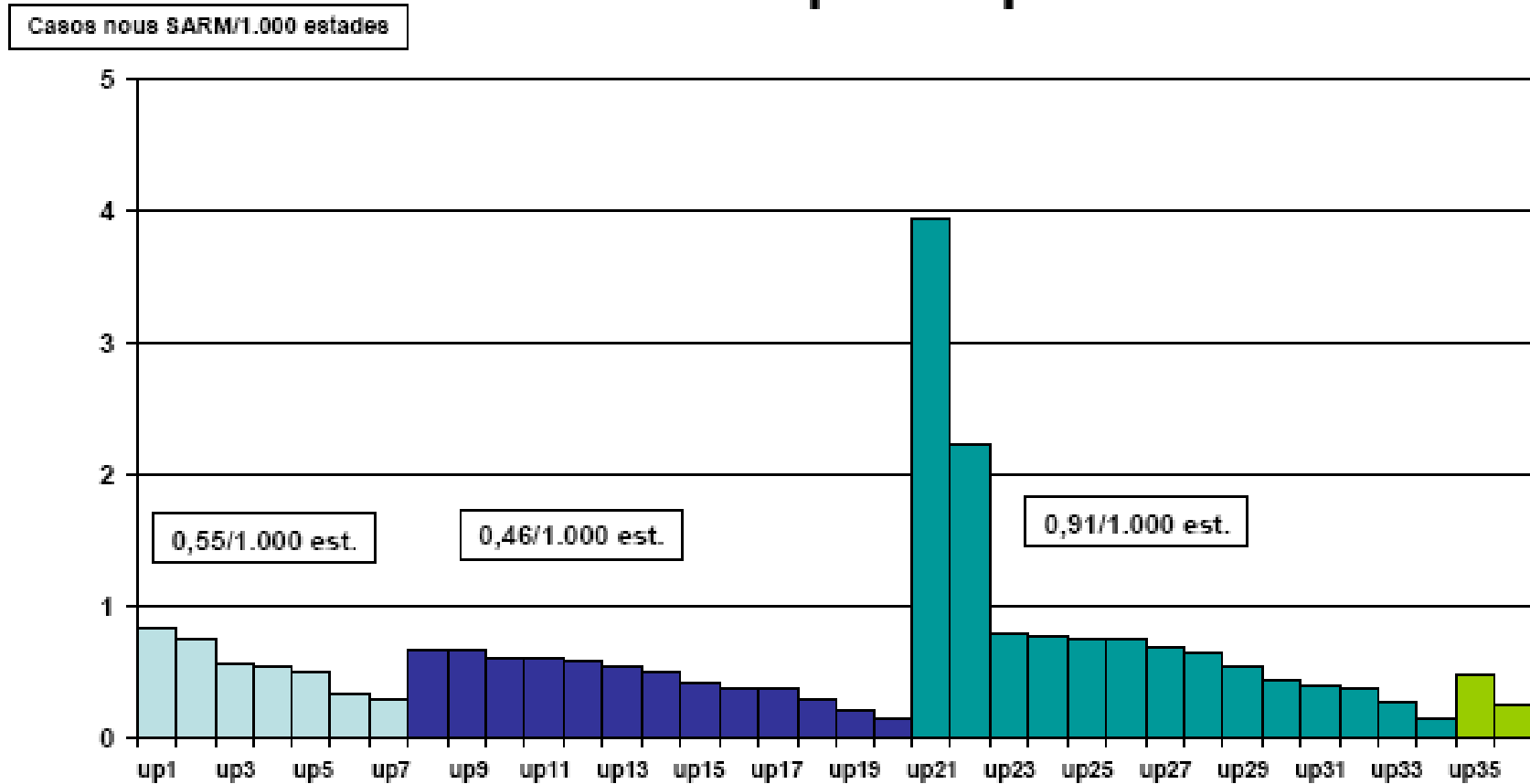
Taxes de Resistència a la Meticil·lina Hospitals del VINCat. Any 2008 40 Centres participants

Mitjana
Taxa de SARM/S.aureus
(%)

Grup 1 Grup 2 Grup 3 Grup 4



“Casos Nous” de SARM Hospitals del VINCat. Any 2008 36 Centres participants

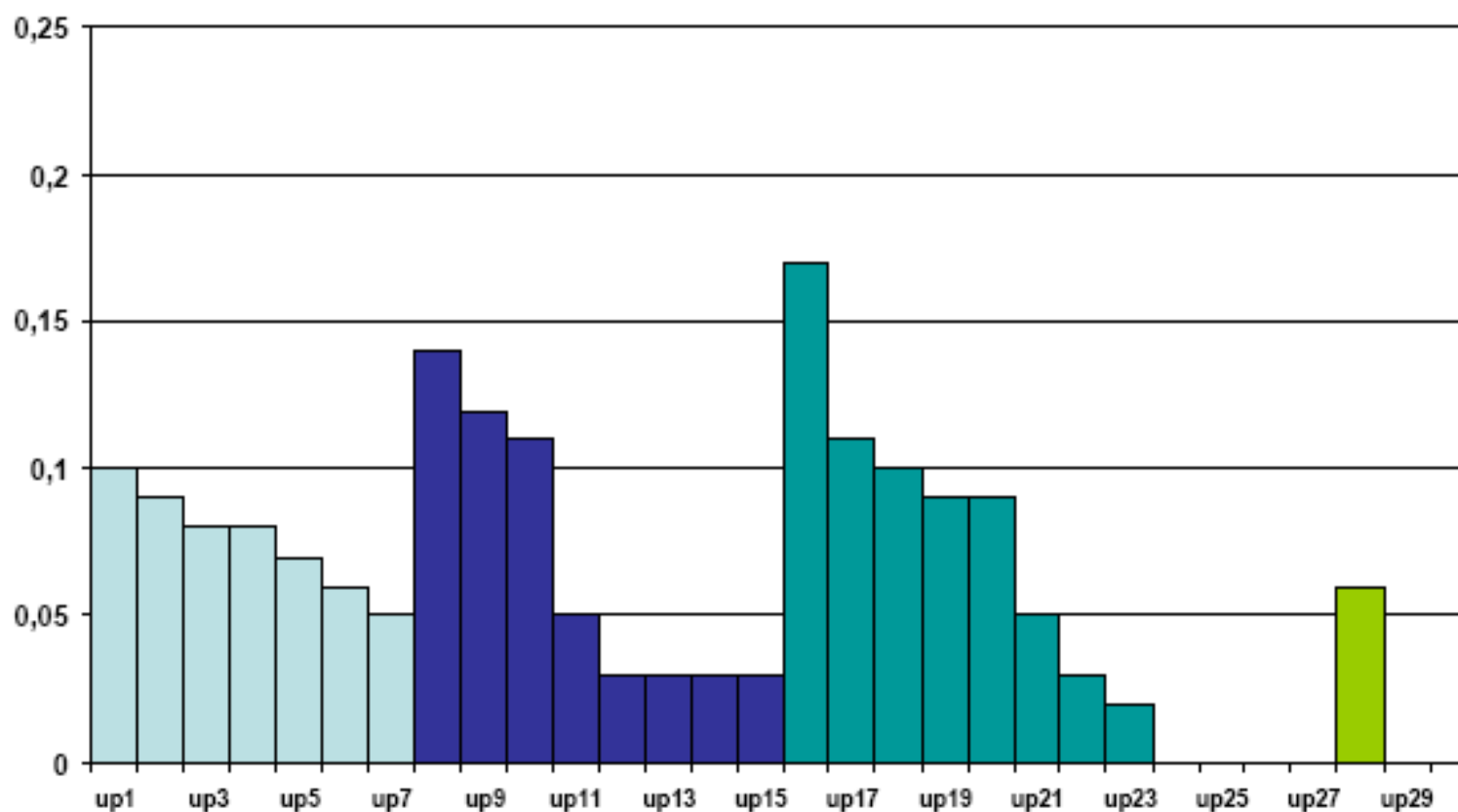


Bacterièmia per SARM

Hospitals del VINCat. Any 2008

30 Centres participants

Bacterièmia SARM/1.000 estades



Importància del SARM

- Infeccions hospitalàries més difícils de tractar (infeccions quirúrgiques, bacterièmia, pneumònia...)
- Major mortalitat vs SASM
- Major impacte econòmic
- Element de complexitat: aïllaments, morbiditat...
- Emergència de VISA
- Necessitat de nous ABS.

Importància del SARM II

- Taxes de colonització al sociosanitari i residències > Hospital d'aguts
- Relacionat amb grau de dependència, instrumentalitzacions, comorbiditat, úlceres de decúbit i consum d'antibiòtics
- Poca eficàcia mesures de descolonització
- Factor predictiu de mortalitat

OBJECTIUS

- REGISTRE ÚNIC COMPARTIT
- INDICADORS COMUNS. CONTROL EVOLUTIU
- CONÈIXER LES TAXES DE COLONITZACIÓ A LES RESIDÈNCIES
- ESTABLIR MESURES DE VIGILÀNCIA I CONTROL AL SOCIOSANITARI, RESIDÈNCIES I A. PRIMÀRIA
- CRITERIS DE DESCOLONITZACIÓ
- ACTUALITZACIÓ DEL TRACTAMENT

Problemàtica del SARM què fer?

- Política antibiòtics (?!)
- Política de prevenció infecció nosocomial
- Protocols de prevenció de la transmissió del SARM: **Protocol de consens entre nivells assistencials**
- **Difusió a Primària, Sociosanitari i Residències**