

**Infecciones intrahospitalarias en las unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial de Ciego de Ávila.**

**Infections intrahospitalarios in the units of Intensive Cares of the provincial hospital of Blind of Avila.**

Dr. Raudel Blanco Rojas(1), Dr. Julio Guirola de La Parra(2), Dr. Férez Estrada (3), Dr. Ral Herrera Collado(4), Dr. Arcides Valera Valdez(5), Dr. Lester Quintana Durán (6), Dr. Reinier Pardo Machado (7).

**RESUMEN**

Se realizó un estudio transversal sobre infección intrahospitalaria que incluyó 357 pacientes que egresaron de la UCI del hospital provincial de Ciego de Ávila y 293 que lo hicieron en la del hospital Morón, y que abarco un período de tiempo desde el 1ro de Enero de 1995 hasta el 31 de Diciembre del mismo año. Fue demostrado que la tasa de morbilidad por sepsis nosocomial fue de 8.4 % para la UCI del hospital Ciego de Ávila y de 13.9 % para la de Morón. La infección más frecuente para ambas unidades fue la de vía respiratoria. En ambos casos se vio una estrecha relación entre VMA e infección respiratoria, siendo más acentuada en la UCI del hospital Morón donde el 71 % de los ventilados adquirieron este tipo de infección. También se comprobó que existe un estrecho vínculo entre VMA, pacientes politraumatizado e infección. Se recoge en ambas unidades un bajo porcentaje de cultivos realizados representando solamente el 40 % para la UCI de Ciego de Avila y el 43 % para la de Morón; no obstante, el índice de positividad de estos cultivos fue adecuado para ambas salas. Los gérmenes aislados más frecuentes en la UCI del hospital Morón fueron: E. Cloecae, P Auroginosa, A. Calcoacetico y C. Diversus. Para la unidad de Ciego de Avila fueron K. Pneumoneae, S. Coag - y P. Auroginosa. La letalidad por infección intrahospitalaria fue de 1.7 % para la UCI de Morón y no hubo letalidad en Ciego de Ávila.

**Palabras claves:** SEPSIS, NOSOCOMIAL, SEPSIS INTRAHOSPITALARIA

- 1.Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.
- 2.Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.
- 3.Especialista en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.
- 4.Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.
- 5.Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.
- 6.Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.
- 7.Especialista en 1er Grado en Anestesiología y Reanimación. Verticalizado en Cuidados Intensivos.

**INTRODUCCION**

El desarrollo científico técnico y su aplicación a la medicina ha conllevado a la proliferación de unidades especializadas que ofrecen terapia intensiva a pacientes seriamente enfermos, pero a la vez introducen un mayor riesgo de adquisición de infecciones intrahospitalarias que en algunas unidades han reportado hasta el 66 % del total de las infecciones (1,2). El conocimiento de la magnitud real de las infecciones hospitalarias en las unidades de cuidados intensivos mediante un sistema de vigilancia epidemiológica adecuada, es un aspecto fundamental para la aplicación de las medidas de control y frecuencia, aunque los datos al respecto son muy amplios y con gran variabilidad, se acepta que en las UCI de adultos la tasa oscila entre 10.3 y 50.9 % (2,4).

En relación al tipo de infección la mayoría de los autores concuerdan que la más frecuentes son las del sistema respiratorio, seguidas del tracto urinario, las bacteriemias y las heridas quirúrgicas. La alta incidencia de las infecciones respiratorias está justificada con la utilización frecuentemente de técnicas invasoras sobre las vías respiratorias, el uso de VMA, nebulizadores y anestesias que disminuyen los mecanismos locales de defensa y favorecen la contaminación bacteriana ya sea endógena o exógena (5, 6).

El laboratorio de microbiología juega un importante papel en el control de la infección intrahospitalaria. El mismo radica en la realización del diagnóstico etiológico con su antibiograma el descubrimiento de brotes epidemiológicos y el medio ambiental de rutina (1).

Cuando comenzamos nuestro trabajo profesional como médico en la UCI del hospital Antonio Luaces Iraola de Ciego de Avila nos llamó la atención la ausencia de trabajos científicos relacionados con este tema, lo que nos motivó a la realización de un estudio retrospectivo sobre este aspecto y que incluyera las UCI de la provincia.

## **MARCO TEORICO**

En determinadas circunstancias en las UCI se encuentran pacientes con patologías de base grave, estado crítico y con serio compromiso de su sistema defensivo, exigiendo el uso de potentes antibióticos que producen cambios en la flora microbilógica, con la consiguiente aparición de infecciones oportunista y de origen intrahospitalario (1,2).

Conocemos que el riesgo de adquirir una infección nosocomial en la UCI es diez veces mayor que en las demás salas del hospital , los factores del paciente anteriormente mencionado asociado a la instrumentación y manipulación a la que está sometido por parte del personal médico y paramédico aumentan considerablemente la posibilidad de infección , con una mortalidad mayor , con gérmenes como E. Coli , S. Aureus Coag - , K. Pneumoneae , P. Auroginosa , entre otros constituyen los responsables del mayor porcentaje en las infecciones de la UCI .

En el año 1847 Oliver Wendel Holmes postuló que las infecciones puerperales eran propagadas físicamente a las mujeres parturientas por los médicos a partir de los materiales infestados en las autopsias que practicaban o a partir de las mujeres infestadas que atendían (8). Semmelweis publico sus trascendentales trabajos sobre la fiebre puerperal que demostraron que las mujeres cuyo parto era atendido por medico resultaban infestadas 4 veces más a menudo que las que eran atendidas por comadronas, excepto en París donde las comadronas efectuaban sus propias autopsias (11).

En décadas siguientes Lister introdujo los principios de antisepsia en cirugía que fueron seguidos por los de asepsia durante los primeros años de la era de la bacteriología (14).

El interés por las infecciones nosocomiales ha crecido muy rápido desde principio de 1960, cuando fue estimulado por el alarmante aumento en el número de serias infecciones estafilocócicas , elevada tasa de mortalidad reportada en hospitales de varios países , además es sobre esa década que comienzan a surgir las primeras salas de cuidados intensivos despertando gran interés por parte del personal médico la elevada incidencia de infección adquirida en este nuevo tipo de modalidad terapéutica .

En nuestro país en la primera mitad de los años 60 se comienza con este nuevo tipo de servicio y en el transcurso de estos últimos 20 años se han realizado múltiples estudios de las infecciones nosocomiales, y a pesar del desarrollo actual de la antibióticoterapia y el conocimiento cabal de las normas de asepsia y antisepsia sigue siendo este tipo de infección un problema no resuelto que representa una alta mortalidad y gasto económico para el país.

## **METODOS**

El universo de estudio incluyó todos los pacientes que ingresaron en la UCI de los hospitales de Ciego de Ávila y Morón, en el período comprendido entre el 1ro de Enero de 1995 al 31 de Diciembre de 1995. Se crea un modelo de recopilación que incluye datos generales del clínico aspectos diagnósticos (Anexos).

Para incluir los pacientes en nuestro estudio deben tener manifestaciones clínicas de infección, comprobado o no microbiológicamente, independientemente de su naturaleza endógena o exógena.

Se considera infección intrahospitalaria a todo proceso transmisible local o sistémico que hizo aparición después de 48 horas de ingresado el paciente, durante la estadía o hasta 72 horas después del alta, y no hubiese evidencia de ello en el momento del ingreso.

Se utilizarán tablas de contingencia, y un diseño investigativo transversal para llegar a los objetivos propuestos en la investigación

## RESULTADOS Y DISCUSION

En el año 1995, periodo utilizado para la realización de nuestro estudio fue reportado por la UCI del hospital Provincial de Ciego de Avila un total de 357 Egresos, y por el hospital Clinico-Quirurjico de Morón 293.

En la tabla #1 reflejamos morbilidad por infección intrahospitalaria, que represento para la UCI de Ciego de Ávila una tasa de 8.4 % y de 13.9 % para la UCI del hospital Morón. Este resultado es favorable si comparamos la morbilidad media nacional que se encuentra en el orden de 24.3 % (7) y oscila entre el 10-50 % (2), no obstante, es justo mencionar que existe dificultad en el reporte de este tipo de infecciones si se añade en las malas condiciones estructurales y por ende higiénicas que presenta la unidad de Ciego de Ávila.

En la tabla # 2 se describe el diagnostico de infección atendiendo a su localización, resultando la sepsis respiratoria la de mayor incidencia para ambos hospitales coincidiendo con los reportes de la literatura nacional e internacional (5,10,11), pero no con tasas tan elevadas como la recogida por la UCI de Morón con valores de 78 %, donde la mayoría de los pacientes ventilados adquirieron infección respiratoria nosocomial. Si nos remitimos a la bibliografía internacional en Corcia, Sevilla (13) se reporta que los pacientes ventilados por más de 10 días se sobreinfestaron hasta en un 60%, y los que sobrepasaron los 20 días se le hicieron hasta en el 73,3 %, en la bibliografía nacional la UCI del hospital Miguel Enrique publica tasas similares a esta última (14). No obstante, hay elementos a descartar como es la infección respiratoria (14, 15), siendo Morón centro de recepción de gran cantidad de pacientes politraumatizados por prestar este centro de neurocirugía. Este tipo de paciente de por si lleva una estadía hospitalaria prolongada, deterioro inmunológico, alto nivel de estrés, desequilibrios nutricionales que se producen por la catabolia intensas de estos enfermos y la perdida de mecanismos fisiológicos que imponen la agresión traumática y los procederres invasivos (14, 16). En el caso de la UCI del hospital Ciego la tasa informada es de 33.3 %, ajustándose a estadísticas nacionales e internacionales (13, 17).

Existe una estrecha correlación entre la vía aérea artificial, la ventilación, y la aparición de infección respiratoria nosocomial. Ello está relacionado con el hecho conocido de que un porcentaje elevado de los pacientes que desarrollan neumonía intrahospitalaria lo hacen por aspiraciórmenes de la orofaringe (18).

La aspiración es más frecuente en pacientes con diferentes grados de alteración de la conciencia (19), depresión del reflejo de la deglución y disminución de la motilidad gastrointestinal y el empleo de sonda nasogástrica. La ventilación se suma a los mecanismos antes citados , los propios de los cambios fisiológicos que produce la presión positivas en la aérea , así como la posible contaminación de los respiradores y durante la aspiración de las secreciones bronquiales ( 20, 21 ) ; estos últimos dos elementos juegan un papel elemental en la producción de sepsis nosocomial en nuestras unidades , más si nos basamos en la cantidad de enterobacterias aisladas en las secreciones respiratorias de los pacientes estudiados .

Correspondió a la colonización de catéter centrovenoso la segunda causa de infección para la UCI de Morón reportando una tasa de 12.1 %; y la cuarta en importancia para la UCI de Ciego de Ávila con tasa de 10 %, que comparándose con la bibliografía estudiada son tasas aceptables (22). Varios autores señalan que un tiempo de permanencia del cateter intravascular por más de 72 horas, incrementa el riesgo de colonización e infección relacionadas en el paciente, y se informan porcentajes de contaminación desde 19 hasta más del 50 % de los dispositivos implicados (23,24,25).

Muy relacionado con el párrafo anterior, la flebitis constituye la segunda causa de infección intrahospitalaria para la UCI de Ciego de Ávila con tasa de 20 %, muy superior a la cifra de 2.4 % de la UCI de Morón. Si tenemos en cuenta la referencia bibliográfica anterior, el reporte de Morón es muy bajo, teniendo que existir un subregistro en tal sentido, creemos que haya influido el no reporte de las flebitis con cultivos negativos o no realizados, que constituyen criterios actuales de exclusión.

La infección de la herida quirúrgica constituye la tercera en importancia para ambos hospitales con tasas de 9.7 % para la UCI de Morón y 13.3 % para la de Ciego de Ávila, coincidiendo con la bibliografía revisada (26,27).

La infección de piel y mucosa, específicamente la escara representó para Ciego de Ávila junto con la colonización de cateter centrovenoso la cuarta causa de infección nosocomial con tasa del 10%,

elevada para los reportes internacionales (7,10). En la UCI de Morón no se recoge informe de este tipo de infección. Es notable que existen eficiencias en la atención del paciente por parte del personal de enfermería y falta de exigencia médica.

La urosepsis se manifiesta con una tasa de 4.8 % para Morón, baja para los reportes bibliográficos, que incluso algunos hospitales la definen como la segunda causa de sepsis nosocomial (10,12), algo lógico de confirmar teniendo en cuenta que casi la totalidad de los pacientes críticos requieren de sonda vesical. En tal sentido Ciego de Ávila reporta una tasa de 6.6 %, discretamente más elevada que Morón, pero no acorde a la revisión bibliográfica. Es indudable que en nuestras unidades no se realizan urocultivos a todos los casos con sonda vesical con más de 48 horas de implantadas.

Se destaca la sepsi generalizada como la 5 en importancia para la UCI de Ciego de Ávila con tasa de 6.6 %, discretamente elevada respecto a la bibliografía revisada (7,10). Para Morón este tipo de infección se encuentra en los valores recogido por la bibliografía, con tasas de 2.4 %.

Otras infecciones como la meningoenfalcitis y la sepsis abdominal no se presentaron con frecuencia en ninguno de los dos hospitales.

En la tabla # 3 se representa el comportamiento de la infección nosocomial respiratoria en pacientes que requirieron VMA, que para la UCI de Morón tuvo una relación muy estrecha con una tasa de 71 % de morbilidad. La UCI de Ciego de Ávila reporta una tasa de 50 %. Como se explicó anteriormente hay un marcado nexo entre la VMA y la sepsis respiratoria, y más si es en pacientes politraumatizados a lo que si añadimos que en nuestras unidades se violan medidas de antisepsia durante la entubación, la no constante utilización de filtros y humidificadores, junto a una mala técnica de instilación, aspiración y manipulación del paciente ventilado por parte del médico y el personal de enfermería; elementos que en su conjunto corroboran los resultados obtenidos.

En todo estudio de infección nosocomial es de gran ayuda diagnóstica y terapéutica la realización de exámenes microbiológicos, elemento que tuvimos en cuenta para nuestro trabajo , así fue que encontramos , como se señala en la tabla # 4 que en la UCI de Ciego de Ávila de un promedio de 30 cultivos a realizar solo se recogen 12 para un 40 % de utilización de este medio ; en el caso del hospital Morón de 41 caso reportado de sepsis intrahospitalaria solo fueron realizados 19 cultivos que representan un 46 %. Así queda demostrado el mal trabajo realizado en este aspecto, dificultad que atenta contra el uso adecuado de antibióticos y recursos y mejor atención al paciente grave, además de esta forma no puede ser definido los gérmenes de mayor circulación en sala siendo imposible la confección del mapa microbiológico.

A pesar de lo anterior el índice de positividad de los cultivos microbiológicos fue de un 75 % para la UCI de Ciego de Ávila y de 89.4 % para la de Morón, excelente resultado si comparamos los datos reportados por la bibliografía de referencia donde se recogen índices entre un 25 y 40 % (1,11,12).

La tabla # 5 contiene la frecuencia de gérmenes aislados por infección nosocomial siendo el E. Cloecae el más aislado en la UCI de Morón con 6 cultivos positivos, siguiéndole en orden de frecuencia la P. Auroginosa con 5 cultivos positivos, el A. Calcoacetico y el C. Diversus con 4 cultivos positivos cada uno, estos datos concuerdan con lo reportado en la literatura (13,26). Para la unidad de Ciego de Ávila es la K. Pneumoneae. el germen aislado más frecuente con 6 cultivos positivos, siguiéndole en orden de frecuencia el S. cog - aislados en 4 cultivos y la P. Auroginosa en 3; también son estos gérmenes los más aislados por algunas terapias del país e internacionales (27), aunque no con el mismo orden de frecuencia, lo que pudiera deberse a la poca cantidad de cultivos realizados.

Por ultimo consideraremos la tasa de letalidad por infección intrahospitalaria, la cual queda reflejada en la tabla # 6 donde el hospital Ciego de Ávila no reporta fallecidos en el periodo estudiado, a diferencia de Morón que reporta 5 fallecidos, con tasa de 1.7 %.

## **CONCLUSIONES**

1. La morbilidad por infección intrahospitalaria al egreso fue de una tasa de 8.4 % para la UCI del Hospital de Ciego de Ávila y 13.9 % para el de Morón.
2. El diagnóstico de infección intrahospitalaria más frecuente para ambas UCI fue la vía respiratoria.
3. En la UCI del Hospital de Morón se hicieron el 43 % de los cultivos posibles mientras que en la de Ciego de Ávila el 40 %.

4. El índice de positividad de los cultivos realizados fue un 75 % para Ciego de Avila y de un 89.4 % para Morón.
5. Los gérmenes más frecuentes en la sala de Morón fueron el *Enterobacter* c., *Pseudomona* a., *Acinetobacter* c., y el *Citrobacter*. En la unidad de Ciego de Ávila lo fueron la *Klepsiella* n., el *Estafilococo* Coag - y la *Seudomona* a.
6. La VMA y la sepsis respiratoria tubieron un estrecho vínculo, reportándose infección intrahospitalaria en el 71 % de los pacientes ventilados del Hospital de Morón y 50 % en los de Ciego de Ávila. También se comprobó relación entre VMA, politraumatismo e infección respiratoria en el Hospital de Morón.
7. La tasa de letalidad por infección intrahospitalaria fue de 1.7 % para la UCI del Hospital Morón, no reportándose fallecidos en la UCI de Ciego de Avila.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bennett JV, Bracchaman PS. Infecciones hospitalarias: Epidemiología de las infecciones nosocomiales. La Habana: Edit. Científico Técnica.1985:31-51.
2. Batanzuri N, Mateu N. Aspectos higiénico epidemiológicos en las unidades de cuidados intensivos. 1988.
3. Losos J, Trotman M. Estimated economic burden of nosocomial infection. *Can J Public Health* 1988;75(3):248-250 .
4. Scott R, Laser RA, Burke JP. Computer Surveillance of Hospital-Acquired infections and antibiotic use. *JAMA* 1986;256(8):1007-1011.
5. Tobin MJ, Malcepi MB, Ake MD. Nosocomial lung infection and it's diagnostic. *Critical Care Med* 1984;12(3):191-199.
6. Stoddart JC, Airey IL, Jumaili IJ, Bint AJ. *Pseudomonas aeruginosa* in the intensive care unit. *Intens Care Med* 1982;(6):279-282 .
7. O.P.S.El control de infecciones hospitalarias: resumen anal de los programas. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana, 1991.
8. Jay SJ. Infecciones nosocomiales. *Clin Med Norteamerica* 1983;6: 1265-1294.
9. O.P.S. El control de infecciones hospitalarias: infecciones y mortalidad hospitalaria entre los pacientes internados en UCI médicas y quirúrgicas. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana 1991:417-439.
10. Meakins JL, Malean PH. Unidad de cuidados intensivos quirúrgicos: conceptos actuales sobre infecciones. *Clin Quirur Norteamerica* 1988;(1):115-130.
11. Garcínez A. Microbiología de las neumonías nosocomiales en seis unidades de medicina intensiva. Estudio multicéntrico. *Med Intens Esp* 1988;12(8):404-406.
12. Garcínez A. Microbiología y patrón de sensibilidad a los antibióticos de las infecciones urológicas en seis unidades de medicina intensiva. Estudio multicéntrico. *Med Intens Esp* 1988;12(8):401-404.
13. Stanly WK, Fung JP. Unusual disseminations of *pseudomonas* by ventilations. *Anaesthesia* 1982;37:1074-1077.
14. Rabel Hernández S. La falla multiorgánica. Revisión del síndrome. UCI " Hospital Calixto García " 1991.
15. Pouluzzi L. A recent increase in asthma mortality in the north western United State. *Ann Allergy* 1986;56(5):392-5.
16. Fraser PM. The circumstances preceding death from asthma: a new epidemic in New Zeland. *Br Med J* 1982;285:771-4.
17. Ellis ME. How well do asthma clinic patient understan their asthma? *Br J Dis Chest* 1985;79:43.
18. Soler MR. Neumon a nosocomial en la UCI. *Rev Cubana Med* Febrero 1993;77:83.
19. Strunk RE. Identification of the fatality prone subject whit asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1989;83(2 par1):477-85.
20. Olson LG, Saunder NA. Ventilatory control in two ashmatics resucitate from respiratory arrest. *Aust Med* 1984; 14 : 231.
21. Perrotin D. Etat the mal asmatique hipercapnique. *Presse Med* 1986; 15(36):1809-12.

22. La Torre F. Ventilación en status asmático: experiencia con 49 pacientes ventilados mecánicamente. Arch Bronchoneumol 1983;19:6-10 .
23. Pérez Monrés EM. Vigilancia de la infección relacionada con cateterismo intravascular en las UCI. 1993;(94):99.
24. Ishinishi N. Arsenic . En :Briberg L, Nordberg GFL, Vouk V, eds. Handbook on the toxicology of metals. 2a ed. Amsterdam: Elsevier Science, 1986:53 .
25. NC 93-11/86. Higiene comunal: fuentes de abastecimiento de agua: calidad y protección sanitaria.
26. Iso 6595/1982 (E). Water quality: determination of total arsenic-silver diethyl dithiocarbamate spectrophotometric method.
27. Keon DJ, Fumkin H. Asthma inrespiratory therapist. Ann Intern Med 1989;110(10):767-73.
28. Stuart JM. Deaths from asthma in the mentally handicapped. Br Med J 1990;300(6726):720-1.

## ANEXOS

TABLA 1 Morbilidad por infección intrahospitalaria en las UCI de los hospitales provinciales de Ciego de Ávila y Morón 1995.

Hospitales	Total de ingresos	No. de pacientes	Tasa en %
Ciego de Ávila	357	30	8,4
Morón	293	41	13,9

FUENTE: H.C

TABLA 2 Diagnóstico de infección intrahospitalaria en los pacientes ingresados en las UCI de los hospitales provinciales de Ciego de Ávila y Morón 1995.

Tipo de infección	Hospital Morón		Hospital Ciego de Ávila	
	No	%	No	%
Respiratoria	32	68,08	10	33,33
Colonización de cateter	5	10,63	3	10
Herida Quirúrgica	4	8,51	4	13,33
Urosepsis	2	4,25	2	6,66
Meningoencefritis	1	2,12	0	0
Abdominal	1	2,12	0	0
Generalizada	1	2,12	2	6,66
Piel y mucosas	0	0	3	10
Flebitis	1	2,12	6	20
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

FUENTE: H.C

TABLA 3 Comportamiento de la infección respiratoria en pacientes que utilizaron VMA en las UCI de los hospitales provinciales de Ciego de Ávila y Morón 1995.

Hospitales	Pacientes	VMA	%
Ciego de Ávila	10	5	50
Morón	32	23	71,8

FUENTE: H.C

TABLA 4 Comportamiento de la realización de cultivos microbiológicos e índices de positividad en las UCI de los Hospitales provinciales de Ciego de Ávila y Morón 1995.

Hospitales	Pacientes	Cultivos	%	Positividad
Ciego de Ávila	30	12	40	75
Morón	41	19	46	89,4

TABLA 5 Frecuencia de gérmenes aislados en las UCI de los hospitales provinciales de Ciego de Ávila y Morón 1995.

<b>Infecciones</b>	<b>A.calco</b>	<b>S.coag</b>	<b>S.coag</b>	<b>K.neun</b>	<b>P.auro</b>	<b>C.div</b>	<b>S.neum</b>	<b>E.coli</b>	<b>E.cloec + -</b>
<b>Morón</b>									
Respiratoria	2	1	0	1	4	0	0	0	4
Cateter	2	0	2	0	1	2	0	0	0
Herida Quir	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Urosepsis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningoenc	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Abdominal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Generalizada	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Piel y mucosas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Flebitis	0	0	0	0	0	1	0	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>Ciego de Ávila</b>									
Respiratoria	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Cateter	0	0	2	1	0	0	0	0	0
Herida Quir	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Urosepsis	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Meningoenc	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Abdominal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Generalizada	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Piel y mucosas	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Flebitis	1	0	2	2	0	1	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

FUENTE: H.C

TABLA 6 Tasa de letalidad por infección intrahospitalaria en las UCI de los hospitales provinciales de Ciego de Ávila y Morón 1995.

<b>Hospitales</b>	<b>No. Ingresos</b>	<b>No. Fallecidos</b>	<b>Tasa</b>
<b>Ciego de Ávila</b>	357	0	0
<b>Morón</b>	293	5	1,7

FUENTE: H.C