

## **Título: Prevalencia Nacional de Infecciones Nosocomiales. Cuba 2004**

**Autores:** F. Izquierdo-Cubas, A. Zambrano, I. Frómeta, A. Gutiérrez, M. Bastanzuri,  
H. Guanche, D. Rodríguez

Hospital Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba  
epi@hha.sld.cu

### **Introducción**

Las Infecciones Nosocomiales (IN) constituyen un serio problema de salud en todo el mundo como causa principal de morbilidad y mortalidad de los pacientes, de aumento de la estadía hospitalaria y el costo de los tratamientos<sup>(1,2)</sup>.

Cuba cuenta con un sistema sanitario que cubre la totalidad del país que garantiza el derecho a la protección de la salud y cuidados médicos. El servicio incluye la red de servicios médicos rurales, policlínicas, hospitales, centros de atención especializada y preventiva así como el cuidado de la salud bucal.

Las campañas sanitarias, educación para la salud, exámenes médicos regulares, vacunación general entre otras medidas también contribuyen a la prevención de brotes de enfermedades y al mantenimiento de altos estándares de bienestar.

Los resultados del Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales (PNPCIN) representa la pujanza de los primeros indicadores de calidad en los hospitales del país.

La participación de la enfermera epidemióloga en la supervisión de las prácticas asistenciales hospitalarias y el reporte de las IN fueron elementos iniciales y básicos en la buena consolidación de este programa.

El primer PNPCIN fue introducido en Cuba en 1983 y contenía un sistema de vigilancia continuo. Ya en 1983 todos los hospitales con más de 100 camas contaba con al menos una enfermera epidemiológica a cargo de la vigilancia de las IN.

El método de vigilancia nacional es bien reconocido y recoge información confiable de 89 hospitales del país, desafortunadamente los resultados no pueden ser comparados con otros debido a que la mayoría de los países no cuentan con programas de vigilancia continua y necesitarían realizar estudios de prevalencia de forma regular para obtener una visión general de su problemática. Gastmeier et al<sup>(3)</sup> han reportado las limitaciones de algunos estudios de prevalencia nacional. Las restricciones en las comparaciones de estudios entre diferentes hospitales y países están dadas mayormente por diferencias en la selección de pacientes, calificación y entrenamiento de los investigadores y del método de detección utilizado para encuestar los casos.

### **Objetivos**

Calcular la prevalencia de IN en el país después de 7 años de realizado el estudio anterior, comparar sus principales resultados con dicho estudio así como con los datos de incidencia en Cuba y con los resultados de otras investigaciones internacionales.

## Diseño metodológico

Este estudio fue diseñado como una prevalencia puntual que se realizó entre los días 24 y 29 de mayo del 2004.

### *Población de estudio:*

En Cuba se cuantifican 356 hospitales distribuidos en 14 provincias y un municipio especial. Los criterios de inclusión para los hospitales fueron contar con 50 o más camas, servicios de emergencia y pertenecer a la red de hospitales del Ministerio de Salud Pública, finalmente 139 hospitales formaron parte del universo de estudio.

Fue utilizada una técnica estadística estratificada polietápica que tuviese en cuenta la categoría y tamaño de los hospitales para lograr una muestra representativa de 33 unidades que representó el 23.7% del total combinado con un total de 4328 camas. Definitivamente se incluyeron 139 hospitales del país en el estudio.

### *Recolección de datos:*

Los equipos de encuestadores fueron escogidos de médicos de control de infecciones, epidemiólogos y enfermeras con la mayor experiencia en cada provincia. Fueron entrenados en su totalidad en todos los acápites de la encuesta en dos regiones del país. El cuestionario fue primariamente evaluado en tres hospitales de la capital.

En cada institución participante se recolectaron los datos de cada sala de hospitalización en un día único y dentro de la semana de estudio para todo el hospital. La validez de los datos fue confirmada por un supervisor en el 5% de los modelos de encuesta en cada hospital, a su vez era responsable de suministrar asistencia metodológica siempre que fuese requerida y de enviar las formas completadas a la sede del Ministerio de Salud Pública que fungió como centro procesador de la información.

### *Definición de caso:*

Infección Nosocomial fue definida como una infección no presente o incubándose en el momento del ingreso al hospital. Una infección nosocomial se consideró que estaba activa o presente cuando el tratamiento antimicrobiano estaba siendo administrado el día de la encuesta.

Todos los sitios de infección fueron estudiados y recogidos hasta cinco IN por paciente. Las definiciones para cada sitio de la infección fueron tomadas de las establecidas por los Centros para el Control de las Enfermedades <sup>(4,5)</sup> y adaptadas en nuestro programa nacional.

Todas las muestras microbiológicas fueron procesadas en cada hospital excepto para los hospitales pequeños en los cuales los laboratorios de los Centros provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología asumieron como de forma habitual, dicha tarea. Los resultados de los estudios de resistencia y susceptibilidad antimicrobiana no formaron parte de este estudio.

Los factores de riesgo para la adquisición de la IN fueron determinados mediante el contraste de exposiciones antes del inicio de la infección con el día de comienzo de dicha infección para los pacientes *Infectados* y con la exposición el propio día de la encuesta para los pacientes *No infectados*.

Los pacientes con infecciones adquiridas en la comunidad fueron excluidos de este análisis.

### *Análisis de los datos:*

Toda la información fue consolidada y procesada en el Ministerio de Salud Pública utilizando el programa estadístico Epi-Info versión 6.0.

## Resultados

En total fueron estudiados 4240 pacientes de los cuales el 38% se encontraban ingresados en hospitales generales, 37% en hospitales clínico-quirúrgicos, 13% en pediátricos, 7% en gineco-obstétricos y 6% en institutos. Ocho por ciento de los casos estudiados se encontraban en hospitales de menos de 100 camas; 27% en hospitales entre 100 y 249 camas; 18% en los de entre 250 y 500 camas y el restante 47% en hospitales de más de 500 camas.

Un total de 300 IN fueron identificadas resultando en una prevalencia general de 7.3%, por su parte 284 pacientes (6.7%, CI: 5.9-7.4) tuvieron al menos una infección nosocomial.

Las instituciones del nivel terciario de atención tuvieron las tasas mayores de IN (10.1%, CI: 6.1-13.8) mientras los hospitales pediátricos y generales las más bajas, 5.4% (CI: 4.3- 6.5) y 7.6%(CI: 1.1-8.7) respectivamente. Las tasas más bajas de infección fueron registradas en los hospitales entre 100 y 249 camas con 5.0% (CI: 3.7-6.3).

Al tomar en cuenta las especialidades médicas y quirúrgicas, la prevalencia varió entre 0 y 31%, siendo las mayores en quemados así como en las unidades de terapia intensiva e intermedia. En estas dos últimas, la neumonía y la infección del torrente circulatorio fueron las más frecuentemente registradas, mientras que la infección del sitio quirúrgico fue prácticamente la totalidad en las unidades de caumatología. Entre otras especialidades con altas tasas de IN se encontraron Nefrología, Proctología, Neonatología y Hematología.

La infección del sitio quirúrgico fue la localización mayormente diagnosticada, 25% del total, seguida de la infección del tracto respiratorio bajo (21.2%), el torrente circulatorio (9.0%) y el tracto urinario (6.4%) .

Los resultados de estudios microbiológicos se hallaron disponibles en el 53% de las IN y aproximadamente en el 57% de los mismos resultaron positivos. Un total de 125 microorganismos fueron aislados de ellos los más prevalentes resultaron el *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas spp.* y *Staphylococcus coagulasa-negativa*. La *Candida spp* alcanzó el 4.9% de los aislamientos.

Las cefalosporinas (31%) y los aminoglucósidos (16%), como grupos antimicrobianos, fueron los más frecuentemente utilizados en el tratamiento de las IN. Como agentes individuales fueron, en orden decreciente de utilización el ceftriaxone, penicilina, ciprofloxacina y amikacina.

Los factores de riesgo también fueron estudiados. La distribución de la edad en los pacientes con IN se comportó con la mayor tasa (22%) en niños entre 7 y 21 días. A partir de esta edad las tasas decrecieron a 3.2% en el grupo de 5 a 9 años. A partir de aquí se observó un ligero pero mantenido aumento según aumentaba la edad.

Los factores de riesgo extrínsecos con mayores Odds Ratio (OR) incluyeron la ventilación mecánica (OR: 13.36), el catéter venoso central (OR: 6.04), catéter urinario con drenaje cerrado (OR: 5.43), catéter urinario con sistema de drenaje abierto (OR: 3.71), cirugía (OR: 3.60) e inmunodeficiencias o tratamientos inmunosupresores (OR: 2.78). Otros reconocidos como factores de riesgo, dígase diabetes mellitas y enfermedades malignas no resultaron significantes

estadísticamente en este estudio. De igual forma no hubo diferencias cuando se tomo el sexo en cuenta.

## Discusión

La vigilancia continua de las IN no es factible en la mayor parte de los hospitales en el mundo debido a las habilidades profesionales y el tiempo requerido. La mayor parte de los reportes publicados en IN están por tanto basados en estudios de prevalencias a pesar de las reconocidas restricciones de este método.

Este es el segundo estudio realizado en Cuba, ambos fueron llevados a cabo empleando un diseño completamente aleatorizado. Estamos prevenidos de las limitaciones al comparar estudios de prevalencia entre hospitales y países, con varios factores importantes que influyen en los resultados, incluyendo el diseño, la selección de pacientes a estudiar, calificación y entrenamiento de los investigadores y el método de vigilancia usado para detectar las IN.

La aleatorización reduce la posibilidad de posibles sesgos que inadvertidamente son introducidos en los estudios de forma voluntaria y que a menudo incluye solo hospitales grandes con una gran proporción de pacientes con enfermedades de base severas siendo probablemente mayor el riesgo de adquirir IN <sup>(12,13,16,18,19)</sup>. Aún en intentos de comparar estudios aleatorizados surgen diferencias significativas en el diseño, por ejemplo, algunos estudios incluyen todas las localizaciones de la infección <sup>(9)</sup>, algunos incluyen solo cinco <sup>(6)</sup>, cuatro <sup>(10)</sup> o solo tres de las infecciones principales <sup>(13,18)</sup>.

Varias investigaciones de prevalencia han sido realizadas en Europa y en otras áreas geográficas mostrando tasas de IN entre 3.5% y 10.1%. Gastmeier et al. documentan que esta variabilidad depende de las poblaciones en estudio, los criterios aplicados para definir las IN y el periodo en el cual estos estudios han sido realizados <sup>(3)</sup>.

Los resultados de este estudio revelan una tasa de IN general de 6.7%. Como era esperado varios reportes muestran tasas de prevalencia similares <sup>(6-13)</sup>, o mayores <sup>(14-20)</sup>, mientras que otros hallaron tasas menores <sup>(21-23)</sup> comparadas con nuestros resultados.

El sistema de salud cubano comprende cinco categorías hospitalarias: general, pediátrico, clínico quirúrgico, gineco obstétrico e institutos. Las tasas de prevalencia estuvieron en el rango de 5.4% a 10.1%, las mayores en los institutos donde eran más probables los procedimientos médicos mas complejos; las diferencias de tasas entre otros tipos de hospitales no fueron significativos. Similarmente en México, Avila-Figueroa et al. Encontraron las tasas mas altas en hospitales donde los pacientes sufrían de enfermedades de base severas y se les realizaban procedimientos invasivos en alta proporción <sup>(24)</sup>.

De acuerdo a la aseveración de Gastmeier *et al*, a mayor tamaño del hospital mayor probabilidad de encontrar mayores tasas de IN, las mayores y menores tasas debieron haber sido recogidas en los hospitales con mayor o menor número de camas respectivamente (<100 y >500 camas), pero sorpresivamente no ocurrió así en nuestro estudio.

Las tasas de IN en las unidades de terapia intensiva e intermedia superaron cuatro veces la media nacional. Mientras estos servicios acumulaban solo el 7.6% de los pacientes en estudio, sus IN contabilizaron el 25% del total. La

comparativamente alta prevalencia observada en las unidades de quemados, nefrología y hematología era esperada en vista de las características particulares de sus pacientes.

El subconjunto de infecciones compuesto por el sitio quirúrgico (ISQ), tracto respiratorio bajo (ITRB), torrente sanguíneo (ITS) y tracto urinario (ITU) contabilizaron el 62% de todas las IN en nuestro estudio. A pesar de que resultó mayor que las cifras de 51.2% alcanzadas en el estudio de prevalencia nacional del año 1997, es menor que el 80% reportado por Emori *et al* en Estados Unidos en 1991 que en general es consistente con otros reportes (25-28). Steinmiller<sup>(29)</sup> también encontró que las cuatro principales infecciones nosocomiales contabilizaban el 60% del total cuando se tomaban en cuenta de forma estricta las definiciones de IN de los CDC.

Las infecciones del sitio quirúrgico continúan siendo las más frecuentemente observadas; la tasa en nuestro estudio fue ligeramente superior que en la de prevalencia anterior en Cuba (23.4% vs 25.7%). Similarmente las tasas de ITRB y ITS subieron de 15.1% a 21.2% y de 6.2% a 9% respectivamente, mientras la de ITU decreció de 7.5% a 6.4%. Los últimos resultados son destacadamente diferentes de algunos estudios internacionales en los cuales las ITU suman hasta el 40% del total de IN<sup>(7,8,18)</sup>. Sin embargo, al igual que nuestros resultados, varios estudios reportan que la ITU no es la localización más frecuente de sus IN<sup>(6,14,16,22)</sup>. En Cuba la frecuencia de la ITU se comportó igualmente baja en el primer estudio de prevalencia. Los datos de la vigilancia continua del Ministerio de Salud Pública reportan una tasa de 0.13% a 0.17% de pacientes egresados de los hospitales durante los últimos siete años<sup>(30)</sup>. La aparente reducción en la prevalencia de 0.6% en 1997 a 0.5% en el 2004 no es estadísticamente significativa.

Después de 1997 fueron introducidas varias medidas para mejorar la detección de las ITU y una vigilancia intensiva fue desarrollada con el objetivo de identificar las infecciones subclínicas. Se necesitan aún nuevas investigaciones para determinar de forma cuantitativamente cuantas infecciones urinarias no se están reportando de ser cierto el subregistro. Así mismo se ha extendido la educación continuada en enfermeras y médicos acerca de estos tópicos pero consideramos que aún es limitada e insuficiente por lo que estamos obligados a lograr su disseminación en todo el país.

En general, los agentes etiológicos resultaron similares a los identificados en otros estudios internacionales, aunque existen ligeras diferencias relacionadas con la posición relativa de frecuencia de cada patógeno. *Staphylococcus spp.* y *Pseudomonas aeruginosa* se encontraron entre los diez más prevalentes en la mayor parte de las investigaciones publicadas. *Escherichia coli* fue el patógeno individual más frecuentemente aislado en algunos estudios incluyendo la prevalencia en Cuba de 1997<sup>(9,17)</sup>. *Candida spp.* Fue el único hongo reportado en este estudio, en frecuencia ligeramente mayor que en el estudio de 1997.

Se alcanzó el diagnóstico microbiológico en el 53% del total de IN comparable con los estudios de Alemania, Gran Bretaña y España<sup>(12,15,19)</sup>. Otros han reportado cifras mucho más bajas como Italia con el 32%. Por otra parte en Francia se alcanzó el 81.2% de diagnóstico microbiológico (9). A pesar de la baja utilización de los estudios microbiológicos encontrada en nuestro estudio, fue incrementado en un 6% comparado con la prevalencia anterior.

Los factores de riesgo relacionados con las IN encontrados en nuestro estudio resultaron similares a las investigaciones internacionales. El riesgo

incrementado por el uso de catéteres urinarios permanentes, ventilación mecánica e intubación endotraqueal, catéter venoso central y cirugía han sido ampliamente reportadas. La baja asociación de ITU con el drenaje abierto comparado con el drenaje cerrado pudiera ser explicada por las controladas circunstancias de su uso en los hospitales en nuestro estudio.

Las frecuencias de las IN variaron con la edad. Las altas tasas observadas en niños menores de 1 año, especialmente los lactantes entre 7 y 27 días, y en pacientes mayores de 65 años fueron explicadas por la inmadurez o la debilidad del funcionamiento del sistema inmune <sup>(31)</sup>.

Contrariamente a lo esperado<sup>(32,33)</sup>, el cáncer y la diabetes mellitus no parecieron incrementar el riesgo de IN en nuestro estudio, así como que no se detectó diferencias significativas en cuanto al sexo.

Como mencionamos anteriormente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se han tornado más invasivos y el promedio de edad en los pacientes admitidos en los hospitales se ha incrementado a lo largo del tiempo. Los estudios de prevalencia repetidos en el mismo país tienden a mejorar los resultados debido a la introducción de medidas preventivas a la vez que se perfecciona la vigilancia. En un intervalo de siete años hemos encontrado una aparente reducción de las tasas generales de IN, pero esta diferencia no resultó significativa estadísticamente (8.2% vs 6.7%  $p=0.85$ ).

## Conclusiones

- 1- Los estudios de prevalencia nos permiten una evaluación periódica de nuestra vigilancia continua de IN y determinar cuales datos de los estudios de prevalencia deban ser incorporados a la vigilancia hospitalaria a nivel local.
- 2- Las ITU podrían estar subregistradas por no diagnóstico en nuestro país. Nuevos estudios requieren ser diseñados para su definición.
- 3- Se necesita expandir la educación continuada en el personal médico hospitalario acerca de definiciones y diagnóstico de Infecciones urinarias.
- 4- Es preciso incrementar la utilización de los estudios microbiológicos en el diagnóstico de las IN.

## Bibliografía

- 1- Haley RW, Schaberg DR, Crossley KB, von Allmen SD, McGowan JE. Extra charges and prolongation of stay attributable to nosocomial infections: a prospective interhospital comparison. *Am J Med* 1981; **70**: 51-57.
- 2- Mahieu LM, Buitenweg N, Beutels P, De Dooy JJ. Additional hospital stay and charges due to hospital-acquired infections in a neonatal intensive care unit. *J Hosp Infect* 2001 Mar; **47**: 223-229.
- 3- Gastmeier P, Kampf G, Wischniewski N, Schumacher M, Dashner F, Rüden H. Importance of the surveillance method: National prevalence studies on nosocomial infections and its limits of comparison. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998; **19**: 661-667.
- 4- Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Am J Infect Control* 1992; **20**: 271-274.

- 5- Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. *Am J Infect Control* 1988; **16**: 128–140.
- 6- Azzam R, Dramaix M. A one-day prevalence survey of hospital-acquired infections in Lebanon *J Hosp Infect* 2001; **49**: 74–78.
- 7- Quenon J-L, Gottot S, Duneton P *et al.* First national prevalence survey of hospital acquired infections in France. Presented at the 32nd Interscience Conference on Antimicrobials Agents and Chemotherapy; October 1992; Anaheim, C.A. Abstract.
- 8- Gastmeier P, Kampf G, Wischnewski N, Hauer T, Schulgen G, Schumacher M. Prevalence of nosocomial infections in representative German hospitals. *J Hosp Infect* 1998; **38**:37-49.
- 9- The French Prevalence Survey Study Group. Prevalence of nosocomial infections in France: results of the nationwide survey in 1996. *J Hosp Infect* 2000; **46**:186-193.
- 10- Scheel O, Stormark M. National prevalence survey on hospital infections in Norway. *J Hosp Infect* 1999; **41**:331-335.
- 11- MacLaws ML, Gold J, King K, Irwing LM, Berry G. The prevalence of nosocomial and community-acquired infections in Australian hospitals. *Med J Aust* 1988; **149**:582-590.
- 12- Moro ML, Stazi MA, Marasca G, Greco D, Zampieri A. National prevalence survey of hospital-acquired infections in Italy, 1983. *J Hosp Infect* 1986; **8**:72-85.
- 13- Srámová H, Bartonová A, Bolek S, Krecmerová M, Subertová V. National Prevalence Survey of Hospital-acquired infections in Czechoslovakia. *J Hosp Infect* 1988; **11**:328-334.
- 14- Gikas A, PEDIADITIS I, Roumbelaki M, Troulakis G, Romanos J, Tselentis Y. Repeated Multi-centre prevalence surveys of hospital-acquired infection in Greek hospitals. CICNet. Cretan Infection Control Network. *J Hosp Infect* 1999; **41**:11-18.
- 15- Emmerson AM, Enstone JE, Griffin M, Kelsey MC, Smyth ET. The Second National Prevalence Survey of infection in hospitals – Overview of the results. *J Hosp Infect* 1996; **32**:175-190.
- 16- Meers PD, Aylife GAJ, Emmerson AM, Leigh DA, Mayon-White T, Mackintosh CA. Report on the national survey of infections in hospitals. *J Hosp Infect* 1981; **2**(suppl):1-5.
- 17- Sax H, Swiss-NOSO. Nationwide surveillance of nosocomial infections in Switzerland –methods and results of the Swiss Nosocomial Infection Prevalence Studies (SNIP) in 1999 and 2002. *Ther Umsch* 2004; **61**:197-203.
- 18- Mertens R, Kegels G, Stroobant A *et al.* The national prevalence survey of hospital-acquired infections in Belgium, 1984. *J Hosp Infect* 1987; **9**:219-229.
- 19- EPINE Working Group. Prevalence of hospital-acquired infections in Spain. *J Hosp Infect* 1992; **20**:1-13.
- 20- Mayon-White RT, Ducel G, Kereselidze T, Tikomirov.E. An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection. *J Hosp Infect* 1988; **11**(Supl A):43S-48S.
- 21- Lizioli A, Privitera G, Alliata E *et al.* Prevalence of nosocomial infections in Italy: result from the Lombardy survey in 2000. *J Hosp Infect* 2003; **54**:141-148.

- 22-Jepsen OB, Jensen LP, Zimakoff J *et al.* Prevalence of infections and use of antibiotics among hospitalized patients in Mauritius. A nationwide survey for the planning of a national infection control programme. *J Hosp Infect* 1993;**25**:271-278.
- 23-Klavs I, Bufon T, Skerl M *et al.* Prevalence of and risk factors for hospital-acquired infections in Slovenia-results of the first national survey, 2001. *J Hosp Infect.* 2003;**54**(2):149-157.
- 24-Avila-Figueroa C, Cashat-Cruz M, Aranda-Patrón E *et al.* Nosocomial infections in children: Prevalence survey in 21 public hospitals in Mexico. *Salud Publica Mex* 1999;**41** (Suppl 1):S18-S25.
- 25-Izquierdo-Cubas F, Bastanzuri M, Zambrano A, Malpica J. Prevalencia Nacional de Infecciones Nosocomiales. Cuba 1997. *Rev Panam Infectol* 2006;**8**(1):39-44.
- 26-Emori TG, Culver DH, Horan TC *et al.* National nosocomial infections surveillance system (NNIS): description of surveillance methods. *Am J Infect Control* 1991; **19**(1):19-35.
- 27-Hovig B, Lystad A, Opsjøn H. A prevalence study of infections among hospitalised patients in Norway. *NIPH Annals* 1981; **4**: 49–60.
- 28-Aavitsland P, Stormark M, Lystad A. Hospital acquired infections in Norway: A national prevalence survey in 1991. *Scand J Infect Dis* 1991; **24**: 477–483.
- 29-Steinmiller AM, Robb SS, Muder RR. Prevalence of nosocomial infection in long-term-care Veterans. Administration medical centers. *Am J Infect Control.* 1991; **19**: 143–146.
- 30-Ministerio de Salud Pública. Enfermedades Transmisibles. Infecciones Intrahospitalarias. Anuario Estadístico Cuba 2005. La Habana; MINSAP; 2005.
- 31-Donowitz GR, Maki DG, Crich CJ, Pappas PG, Rolston KV. Infections in the Neutropenic Patient —New Views of an Old Problem. *Hematology* 2001:113-139.
- 32-Vento S, Cainelli F. Infections in patients with cancer undergoing chemotherapy: aetiology, prevention, and treatment. *Lancet Oncol.* 2003;**4**(10):595-604.
- 33-Lavery LA, Armstrong DG, Wunderlich RP, Mohler MJ, Wendel CS, Lipsky BA. Risk factors for foot infections in individuals with diabetes. *Diabetes Care.* 2006 ;**29**(6):1288-1293.

### **Palabras claves**

Cuba; Infecciones Nosocomiales; Estudios de Prevalencia