



Prefeitura de Porto Alegre

Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
Equipe de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde

Outubro de 2018

Boletim nº 4

Nelson Marchezan Júnior
Prefeito

Erno Harzheim
Secretário SMS

Anderson Araújo de Lima
Coordenador CGVS

Fabio Rogerio Chaves
Chefe EVSIS

Taís Fernanda da Silva Anelo
Enfermeira CMCIH/EVSIS/CGVS

Lara Villanova Crescente
Enfermeira Residente em Vigilância em Saúde CMCIH/EVSIS/CGVS

Márcia Helena Aquino Severini
Médica CMCIH/EVSIS/CGVS

Alexia Carla Wachholz Dossa
Enfermeira CMCIH/EVSIS/CGVS

Lilian Berger
Acadêmica de enfermagem CMCIH/EVSIS/CGVS

Thiago Rodrigues
Diagramação - Coordenação/CGVS

BOLETIM

CMCIH

Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar

EDITORIAL

O Boletim Informativo da Coordenação Municipal de Controle de Infecção Hospitalar (CMCIH) apresenta os indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) notificados periodicamente pelas Instituições Hospitalares do município de Porto Alegre, no período de janeiro a dezembro de 2017. Tem como objetivo divulgar os indicadores epidemiológicos do município e identificar possibilidades de melhorias para agregar qualidade e segurança na assistência ao paciente.

Acesse o boletim pelo QR Code abaixo:



VIGILÂNCIA DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)

As IRAS são eventos adversos que representam significativo risco à segurança do paciente, visto que causam impacto sobre a mortalidade, tempo de internação e custos hospitalares. O fenômeno das IRAS é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um grave problema de saúde pública. Os países em desenvolvimento sofrem com maior incidência de IRAS, podendo ser até 20 vezes superior aos países desenvolvidos.

A ocorrência de IRAS leva ao uso das mais diversas classes de antimicrobianos em grandes proporções, o que favorece a ocorrência de resistência microbiana. O combate à emergência e propagação de bactérias resistentes aos antimicrobianos e ao desenvolvimento de novos mecanismos de resistência requer uma abordagem conjunta de vários segmentos governamentais e da sociedade, além de envolver a necessidade de proposição de políticas que resultem em um amplo investimento em pesquisas, na aquisição de tecnologias e no desenvolvimento de recursos humanos.

Os dados das IRAS prioritárias, definidas pelo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), são notificados mensalmente pelas instituições hospitalares do município por meio do formulário eletrônico FormSUS – Notificação de Indicadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e Resistência Microbiana.

Para fins de análise, são calculadas as Taxas de Densidade de Incidência (TDI) das IRAS prioritárias: Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL) associada a cateter

venoso central (CVC), Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) e Infecção do Trato Urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD), distribuídas por UTI adulto, pediátrica e neonatal. Também são calculadas as TDIs das Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) dos partos cesáreos, das cirurgias com implante de prótese mamária e das artroplastias primárias de joelho e quadril.

Para fins de vigilância epidemiológica das IRAS os serviços de saúde notificantes são orientados a utilizarem os critérios diagnósticos nacionais de IRAS publicados pela ANVISA. Em 2017 a ANVISA definiu novos critérios diagnósticos de IRAS, que trouxeram importantes mudanças, aproximando-se das definições de casos elaboradas pelo Centro para Controle e Prevenção de Doenças – CDC/EUA. Apesar de apresentarem impacto nos indicadores epidemiológicos, o que dificulta a análise das séries históricas das instituições, a mudança foi em direção aos critérios de grande parte da literatura mundial.

O município de Porto Alegre conta com 18 instituições hospitalares que dispõem de UTI, totalizando 863 leitos de terapia intensiva, sendo 574 destinados a cuidados de pacientes adultos, 129 para pacientes pediátricos e 160 para pacientes neonatos. Os leitos estão distribuídos em 18 UTI adulto, 08 UTI pediátricas e 09 UTI neonatais, totalizando 35 unidades de terapia intensiva no município.

No ano de 2017, no contexto de UTI adulto, todas as instituições do município de Porto Alegre realizaram as notificações de IRAS, com isso, conta-se com 100% de adesão às notificações no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS). Em relação às UTI neonatais, todas as instituições realizaram a notificação

deste agravo, no entanto, duas não foram incluídas no fechamento dos dados, sendo que uma das instituições não estratificava os dados por faixa de peso, o que impossibilitou o uso destes na presente análise. Já no conjunto de UTI pediátricas, 100% das UTI passaram a ser notificantes a partir do mês de abril de 2017.

Cabe ressaltar a importância da realização das notificações de IRAS pelas instituições hospitalares do município, de forma

sistemática e regular, para que os indicadores analisados possam refletir a realidade da forma mais fidedigna possível. A vigilância epidemiológica das IRAS constitui um importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização das ações de prevenção e controle nos serviços de saúde. Desta forma, as medidas de intervenção pertinentes podem ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

Infecções Primárias de Corrente Sanguínea (IPCS)

A Tabela 01 apresenta as taxas de densidade de incidência (TDI) de IPCS por tipo de UTI nos anos de 2016 e 2017 em Porto Alegre, bem como no Estado do Rio Grande do Sul e no Brasil no ano de 2016.

Tabela 01 - Taxa de densidade de incidência de IPCS em pacientes em uso de cateter venoso central internados em UTI. Porto Alegre, 2017.

Tipo de UTI	Nº Serviços*	Nº IPCSL [±]	Nº IPCSC [≠]	CVC-Dia	TDI IPCSC [≠] 2016	TDI IPCSC [≠] 2017	TDI IPCSL [±] 2016	TDI IPCSL [±] 2017	TDI IPCSL [±] 2016 RS	TDI IPCSL [±] 2016 BR
UTI Adulto	18	450	-	129820	-	-	4,11	3,47	4,5	4,6
UTI Pediátrica	08	54	-	21201	-	-	2,49	2,55	3,2	5,3
UTI Neonatal										
Menor que 750g	07	30	07	3053	3,25	2,29	7,59	9,83	-	9,9
De 750 a 999g	07	21	17	3629	5,02	4,68	9,67	5,79	-	8,7
De 1000 a 1499g	07	29	10	4627	12,64	2,16	5,39	6,27	-	8,2
De 1500 a 2499g	07	26	9	3977	2,59	2,26	6,04	6,54	-	7,0
Maior que 2500g	07	27	12	4000	2,91	3,0	6,94	6,75	-	6,9

*Número de serviços notificantes de IPCS e CVC-dia - 2017

±Número de casos de IPCS laboratorial

≠ Número de casos de IPCS clínica

TDI= $\frac{\text{Nº de casos novos de IPCS X 1000}}{\text{Nº de CVC-dia}}$

Observa-se que a TDI para IPCSL em UTI adulto no município de Porto Alegre no ano de 2017 apresentou redução de 15,6% em relação a 2016. A TDI de IPCSL no ano de 2017 em UTI Pediátrica não apresentou alteração significativa

em relação ao ano de 2016: de 2,49 infecções por mil cateter-dia para 2,55 infecções por mil cateter-dia em 2017. A TDI de IPCSL nas UTI Adulto e Pediátrica do município é inferior às taxas Estadual e Nacional. No entanto, cabe ressaltar que o Nacional

Healthcare Safety Network (NHSN) do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aponta taxas de IPCSL menores que 2,0 infecções por mil cateter-dia em UTI Adulto, 1,2 em UTI Pediátrica e de 0,6 a 2,5 em UTI Neonatal, de acordo com a faixa de peso ao nascer.

No ano de 2017 a taxa de utilização de Cateter Venoso Central em UTI Adulto foi de 80,71%, já em UTI Pediátrica foi de 56,37%. As taxas de utilização de Cateter Venoso Central em UTI Neonatal no ano de 2017 são decrescentes conforme o aumento da faixa de peso: 63,87% em neonatos com menos de 750 g, 49,03% em neonatos na faixa de peso de 750 a 999 g, 32,19% na faixa de 1000 a 1499 g, 22,77% na faixa de

1500 a 2499 g e 0,08% na faixa acima de 2500 g.

Observa-se que a vigilância de IPCSL é de grande relevância nas Unidades de Terapia Intensiva. Cabe ressaltar que as medidas de intervenção adotadas frente a essa topografia tem grande potencial preventivo. Estudos indicam a possibilidade de diminuir em até 70% as taxas de IPCS associada à CVC com a implantação efetiva de protocolos adequados e reforço das atividades de educação para a equipe multiprofissional. Também há registros em estudos, de reduções evidentes em IPCS relacionada a cateter nos EUA e Austrália através da implantação de Bundles (pacote de medidas).

Monitoramento do perfil de sensibilidade de agentes prioritários das IPCSL

No ano de 2017 foram notificados 483 microrganismos reportados como agentes etiológicos de 450 IPCSL em UTI adulto, 55 microrganismos de 54 IPCSL em UTI pediátrica e 135 microrganismos de 133 IPCSL em UTI neonatal. Os microrganismos identificados estão descritos na tabela abaixo.

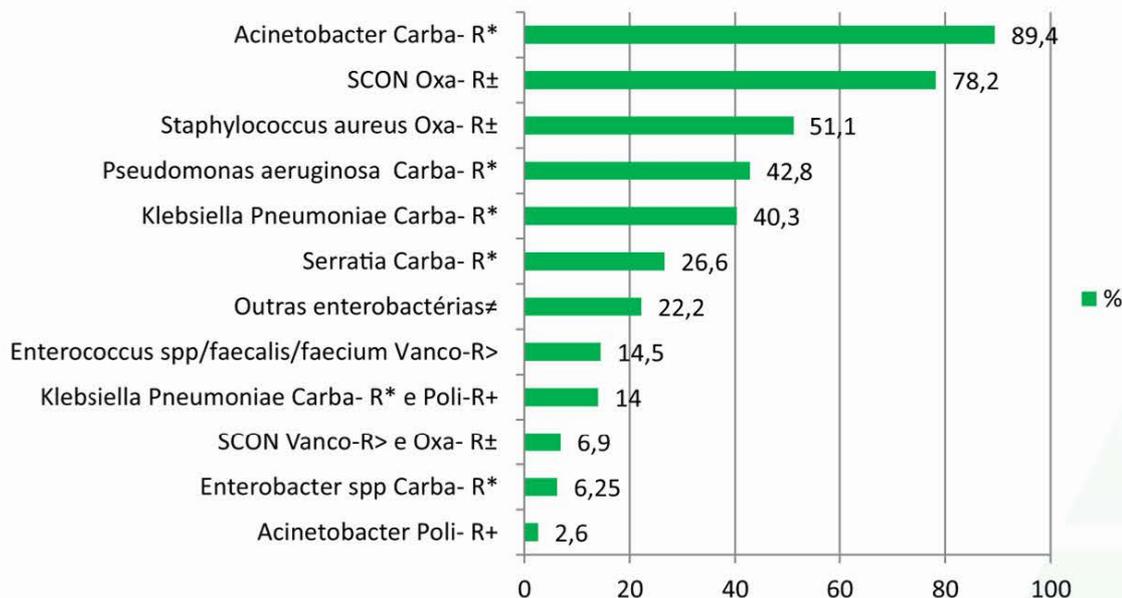
Tabela 02 - Microrganismos notificados em IPCSL em UTI adulto, pediátrica e neonatal no município de Porto Alegre, 2017.

Microrganismo em IPCSL	UTI Adulto IPCSL n*=450		UTI Ped IPCSL n*= 54		UTI Neo IPCSL n*=133	
	n	%	n	%	n	%
<i>Acinetobacter spp</i>	38	8,4	1	1,9	0	0
<i>Candida</i>	44	9,77	5	9,3	9	6,77
<i>Enterobacter spp</i>	16	3,6	5	9,3	2	1,5
<i>Enterococcus spp</i>	7	1,6	0	0	3	2,26
<i>Enterococcus faecalis</i>	26	5,77	2	3,7	6	4,51
<i>Enterococcus faecium</i>	22	4,88	1	1,9	0	0
<i>Escherichia coli</i>	17	3,77	2	3,7	4	3,01
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	57	12,6	8	14,8	6	4,51
<i>Serratia spp</i>	15	3,33	4	7,4	2	1,5
<i>Outras enterobactérias: Proteus / Morganella / Citrobacter</i>	9	2	0	0	4	3,01
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	21	4,66	0	0	11	8,27
<i>Staphylococcus aureus</i>	45	10	4	7,4	0	0
<i>Staphylococcus coagulase negativo</i>	129	28,6	17	31,5	78	58,65
<i>Complexo Burkholderia cepacia</i>	7	1,55	2	3,7	1	0,75
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	1	0,22	0	0	1	0,75
<i>Outros microrganismos</i>	29	6,44	4	7,4	8	6,02

* número absoluto

Gráfico 01 - Perfil fenotípico dos agentes etiológicos notificados em IPCSL em UTI adulto no município de Porto Alegre, 2017.

Perfil fenotípico dos agentes etiológicos das IPCSL UTI Adulto



*Microorganismo resistente a carbapenêmicos

+Microorganismo resistente a polimixinas

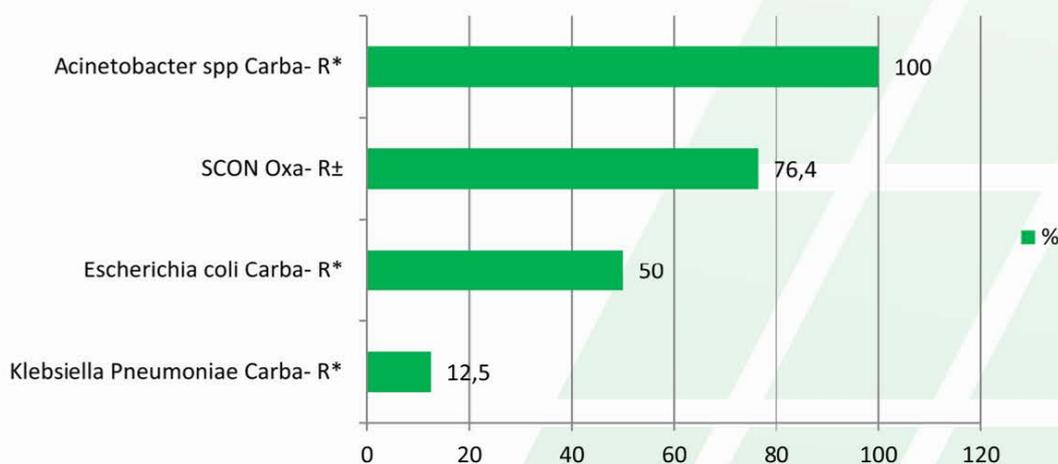
±Microorganismo resistente a oxacilina

>Microorganismo resistente a vancomicina

≠ Proteus/Morganella/Citrobacter

Gráfico 02 - Perfil fenotípico dos agentes etiológicos notificados em IPCSL em UTI Pediátrica no município de Porto Alegre, 2017.

Perfil fenotípico dos agentes etiológicos das IPCSL UTI Pediátrica

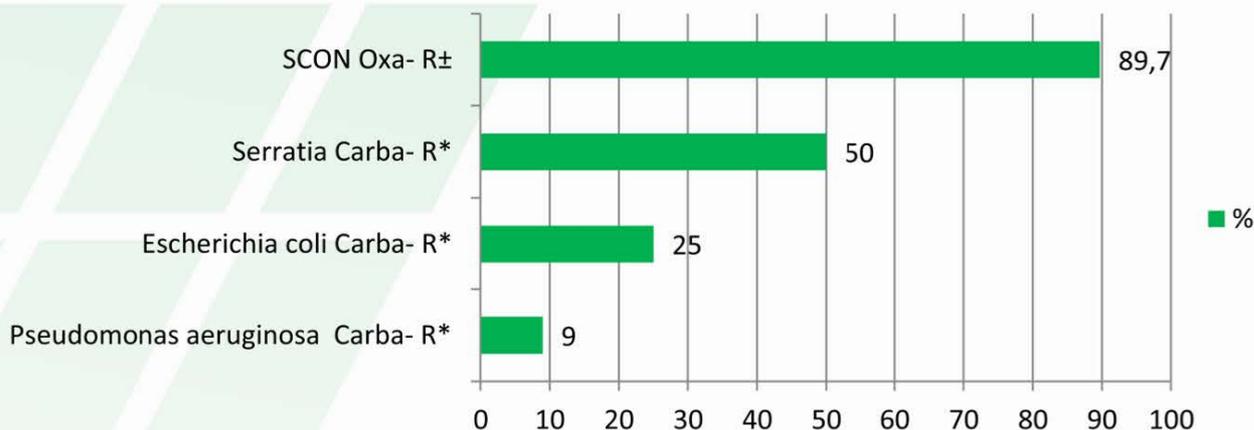


*Microorganismo resistente a carbapenêmicos

±Microorganismo resistente a oxacilina

Gráfico 03 - Perfil fenotípico dos agentes etiológicos notificados em IPCSL em UTI Neonatal no município de Porto Alegre, 2017.

Perfil fenotípico dos agentes etiológicos das IPCSL UTI Neonatal

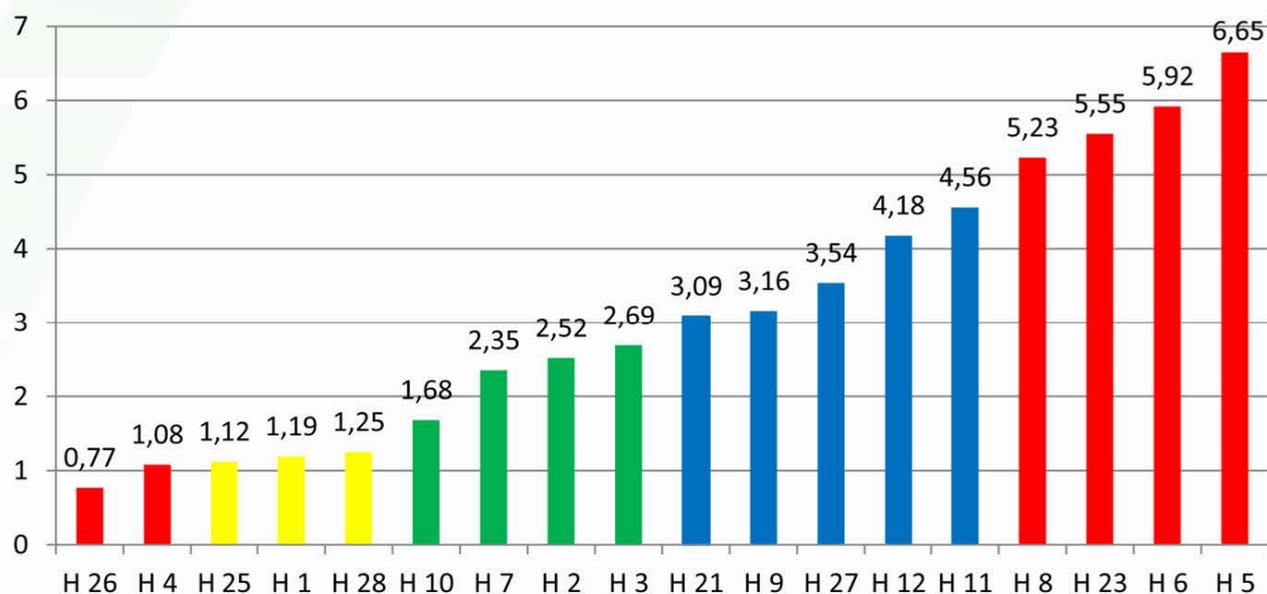


*Microorganismo resistente a carbapenêmicos

±Microorganismo resistente a oxacilina

Gráfico 04 - Distribuição dos percentis das TDI de IPCSL em UTI adulto dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

IPCSL UTI adulto



1,10 1,35 2,89 4,72 5,66

Gráfico 05 - Distribuição dos percentis das TDI de IPCSL em UTI pediátrica dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

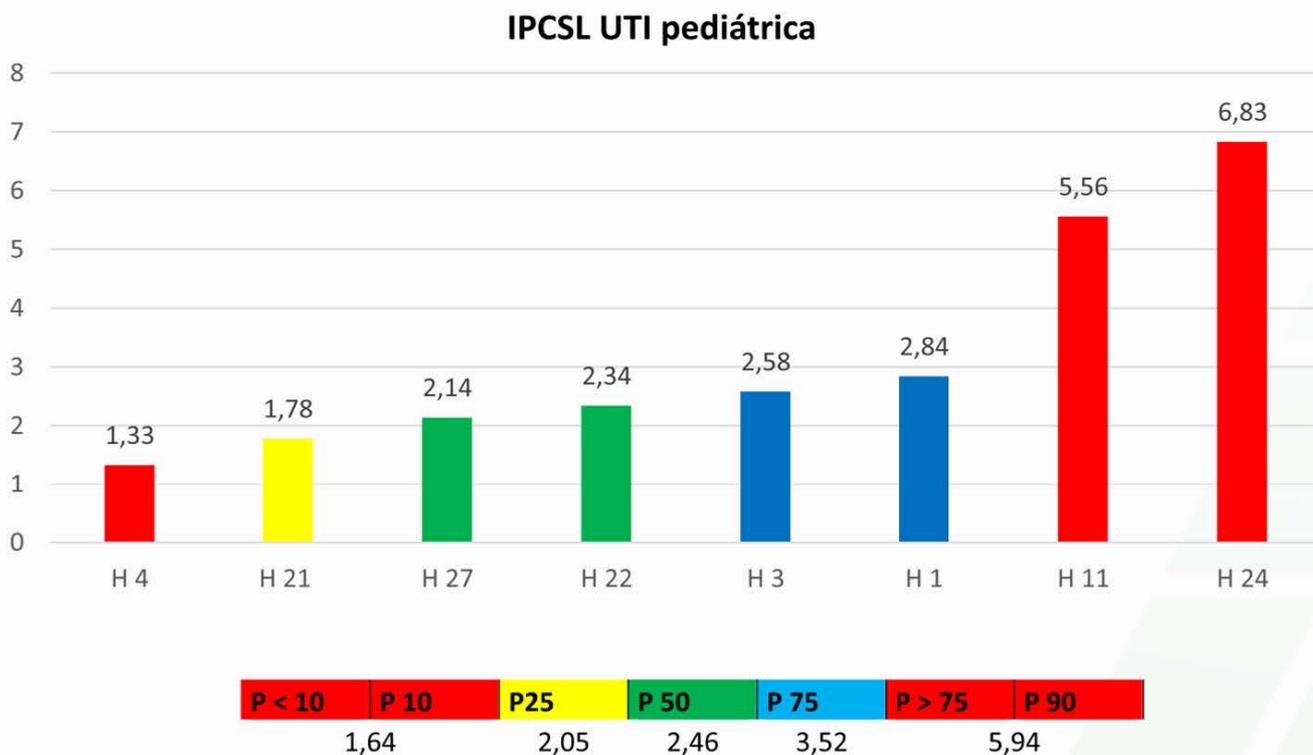


Gráfico 06 - Distribuição dos percentis das TDI de IPCSL em UTI neonatal dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

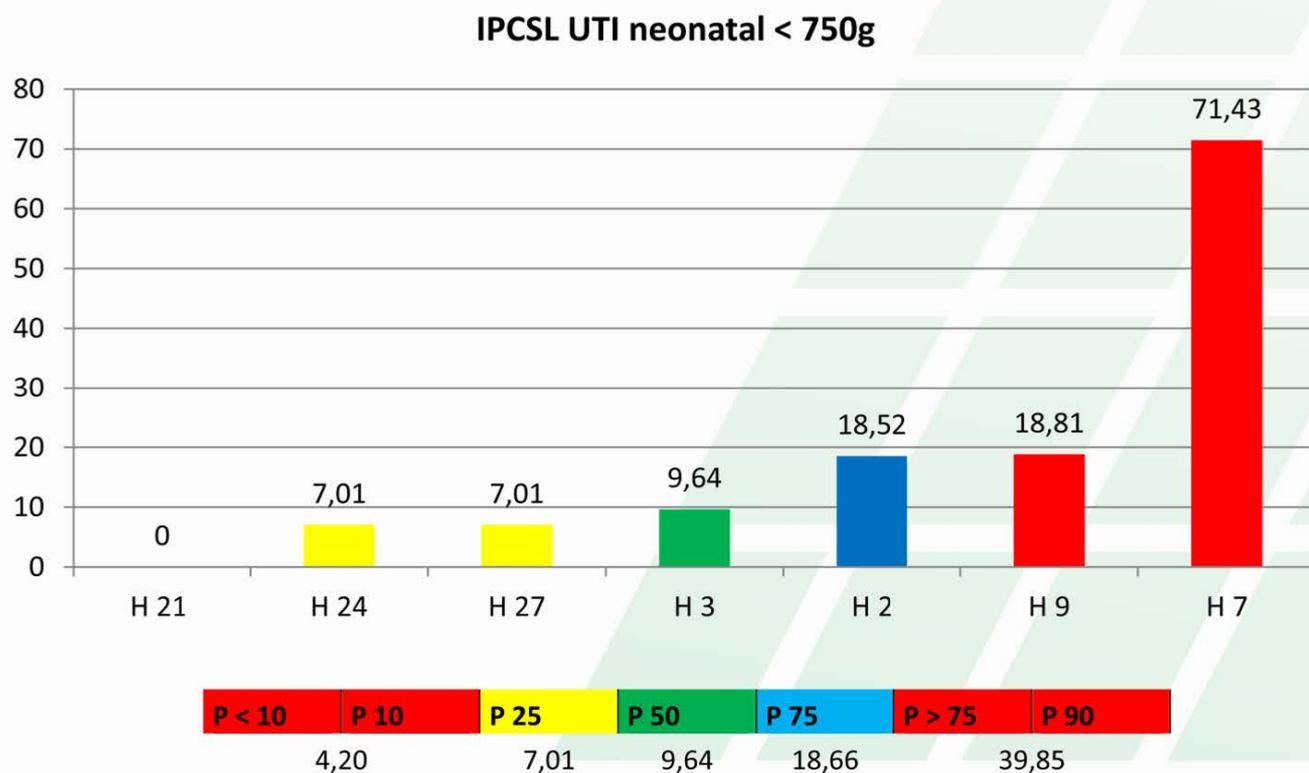


Gráfico 07 - Distribuição dos percentis das TDI de IPCSL em UTI neonatal dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

IPCSL UTI neonatal - 750 a 999g

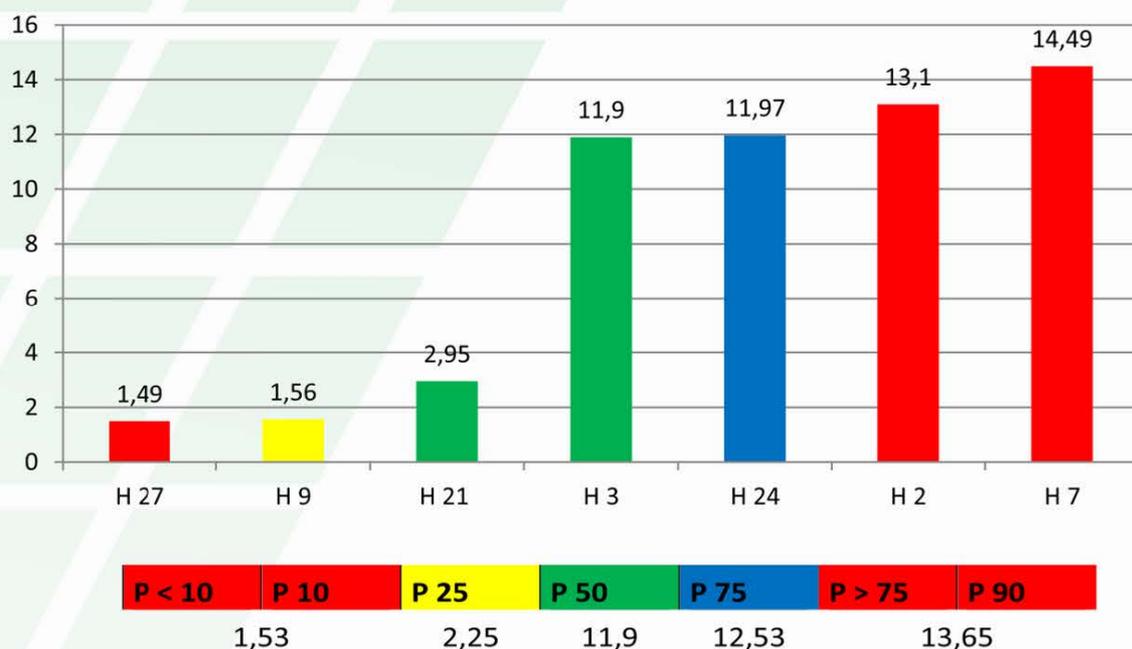


Gráfico 08 - Distribuição dos percentis das TDI de IPCSL em UTI neonatal dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

IPCSL UTI neonatal - 1000 a 1499g

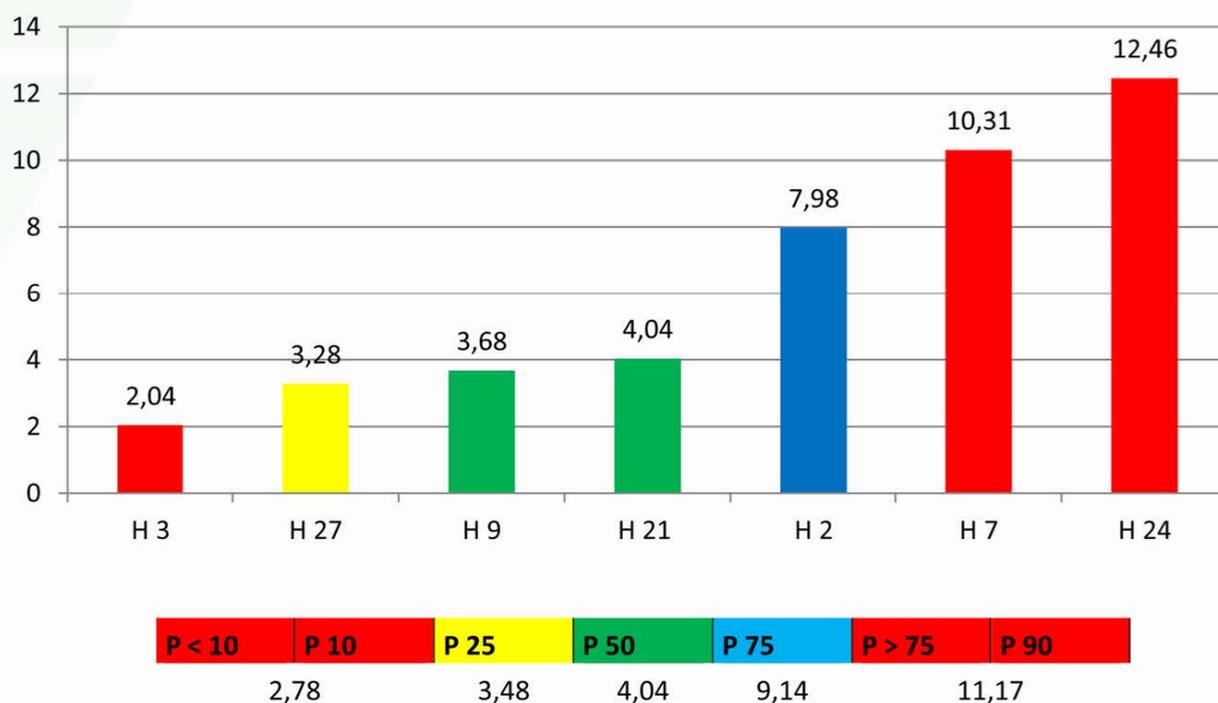


Gráfico 09 - Distribuição dos percentis das TDI de IPCSL em UTI neonatal dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

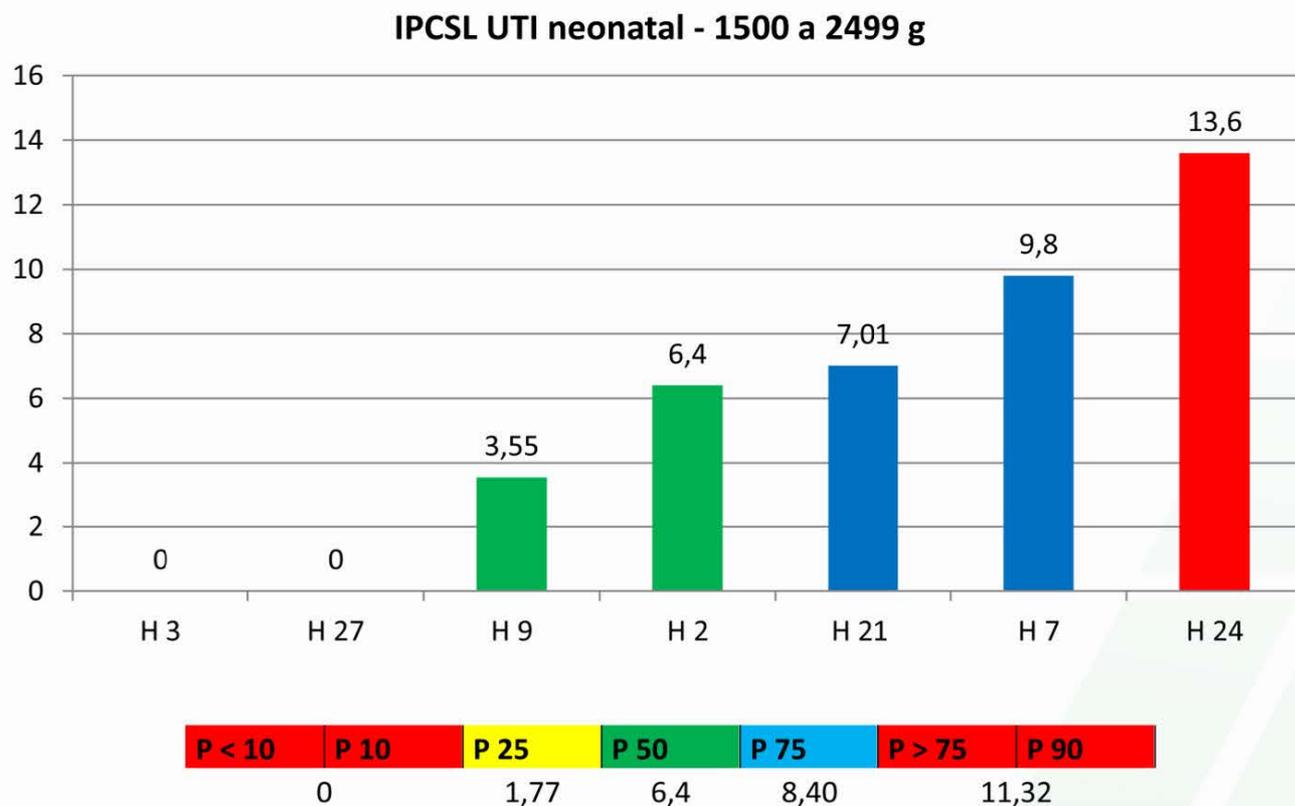
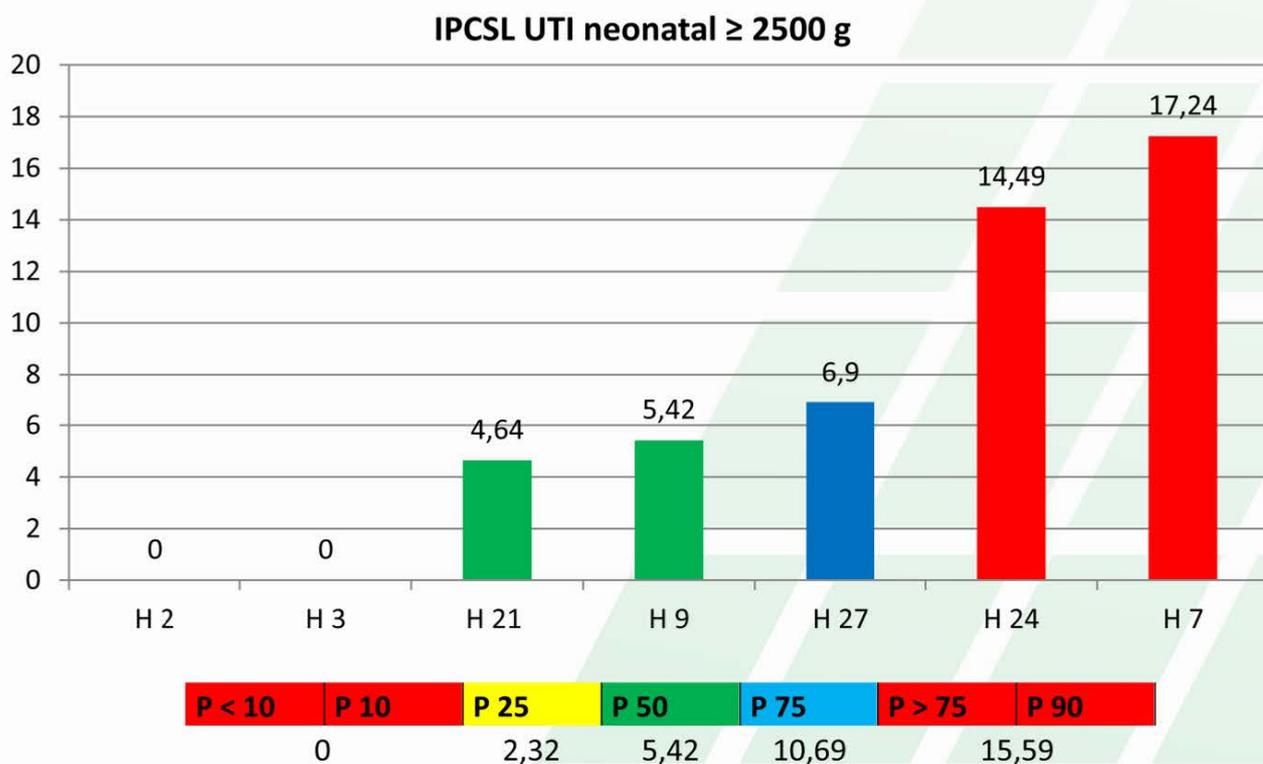


Gráfico 10 - Distribuição dos percentis das TDI de IPCSL em UTI neonatal dos hospitais de Porto Alegre, 2017.



Meus 5 Momentos para Higiene das Mãos Foco no cuidado do paciente com cateter venoso central



Considerações adicionais fundamentais para cateteres venosos centrais

1. **Indicação:** Assegurar que o uso do cateter venoso central tenha indicação clínica. Remover o cateter assim que não houver necessidade/indicação clínica.
2. **Inserção/manutenção/remoção:**
 - 2.1 Evitar inserir cateter na veia femoral;
 - 2.2 Preparar a pele aplicando antisséptico antes da inserção do cateter (preferencialmente com solução de clorexidina alcoólica 0,5% a 2%);
 - 2.3 Utilizar precaução de barreira máxima durante a inserção do cateter (gorro, máscara cirúrgica, avental estéril de manga longa, luvas estéreis e campo estéril que cubra todo o paciente);
 - 2.4 Substituir cobertura tipo gaze a cada dois dias e a película transparente a cada 7 dias; trocar a cobertura sempre que visivelmente suja;
 - 2.5 Considerar a troca do equipo para administração de sangue e hemoderivados, quimioterapia e emulsões lipídicas dentro do prazo de 24 horas após o início da infusão. Considerar a troca de todos os outros equipos a cada 96 horas;
 - 2.6. Utilizar técnica asséptica para todas as manipulações do cateter;
 - 2.7. Friccionar a conexão/conector com solução de clorexidina alcoólica no mínimo por 15 segundos.
3. **Monitoramento:**

Registrar a data e o horário da inserção e da remoção do cateter, bem como da troca de curativo; verificar diariamente a condição (aspecto visual) do sítio de inserção do cateter.

Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica (PAV)

A Tabela abaixo apresenta as TDI de PAV por tipo de UTI no ano de 2016 e 2017 no município de Porto Alegre.

Tabela 03 - Taxa de densidade de incidência de PAV em pacientes internados em UTI. Porto Alegre, 2017.

Tipo de UTI	Nº de Serviços*	Nº PAV	VM-dia	TDI ^z 2016	TDI ^z 2017	TDI ^z BR 2016
UTI Adulto	18	731	79905	11,21	9,15	13,6
UTI Pediátrica	08	37	21024	1,74	1,76	5,5
UTI Neonatal						-
Menor que 750g	07	03	2716	1,21	1,10	7,7
De 750 a 999g	07	01	2555	0,00	0,39	8,4
De 1000 a 1499g	07	02	1732	0,00	1,15	7,8
De 1500 a 2499g	07	0	1273	0,83	0	7,5
Maior que 2500g	07	03	1246	0,00	2,41	8,1

*Número de serviços notificantes de PAV e VM-dia - 2017

^zTDI= $\frac{\text{Nº de casos novos de PAV} \times 1000}{\text{Nº de VM-dia}}$

Dados do relatório da NHSN do CDC apontam taxas de PAV em UTI que variam de 0,7 a 4,4 infecções por mil VM-dia em UTI Adulto, uma média de 1,22 infecções por mil VM-dia em UTI Pediátrica e média de 0,6 a 2,5 infecções por mil VM-dia em UTI Neonatal, conforme faixa de peso ao nascer. Ressalta-se que as taxas descritas variam de acordo com as especialidades de cada UTI.

A TDI de PAV do município de Porto Alegre foi de 9,15 infecções por mil VM-dia em UTI Adulto no ano de 2017, sendo observada uma redução de 18,4% em relação ao ano de 2016 (11,21 infecções por mil VM-dia).

Na UTI Pediátrica a TDI de PAV foi de 1,76 infecções por mil VM-dia, não havendo diferença significativa em relação a 2016 (1,74 infecções por mil VM-dia).

Em relação à incidência de PAV em UTI Neonatal, houve uma concentração dos casos na maior faixa de peso ao nascer (maior que 2500g), com 2,41 infecções por mil VM-dia, o que difere da TDI do ano de 2016 que estava acumulada na faixa de peso referente a neonatos menores de 750g.

No ano de 2017 a Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica em UTI Adulto foi de 49,63%, enquanto que na UTI Pediátrica foi de 55,83%. Na UTI Neonatal as taxas de utilização de Ventilação Mecânica diminuem conforme aumenta a faixa de peso: 56,82% em Neonatos com menos de 750 g, 34,52% em neonatos na faixa de peso entre 750 a 999 g, 12,05% na faixa entre 1000 e 1499 g, 7,29% em neonatos de 1500 a 2499 g e 8,82% nos maiores de 2500g.

A PAV merece especial atenção por ser umas das IRAS mais comumente encontradas em UTI e estar associada à significativa morbidade e mortalidade, além de elevação dos custos

hospitalares. Estudos indicam que a aplicação efetiva de Bundles de prevenção de PAV, com abordagem e estratégia multidisciplinar, podem reduzir a incidência destes eventos.

Gráfico 11 - Distribuição dos percentis das TDI de PAV em UTI adulto dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

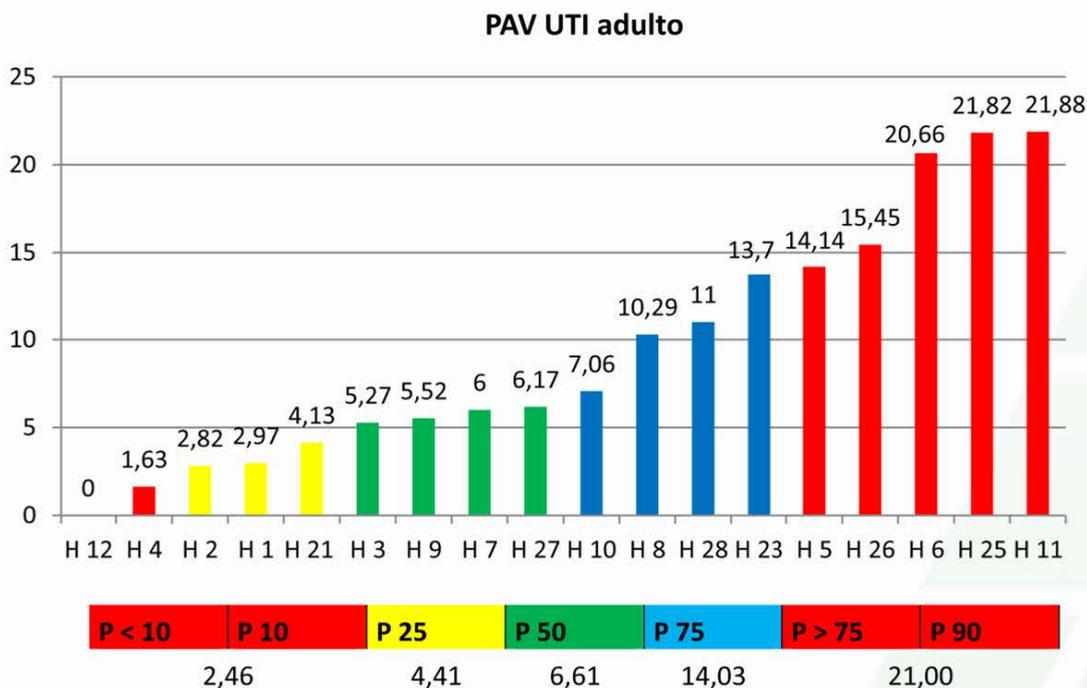


Gráfico 12 - Distribuição dos percentis das TDI de PAV em UTI pediátrica dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

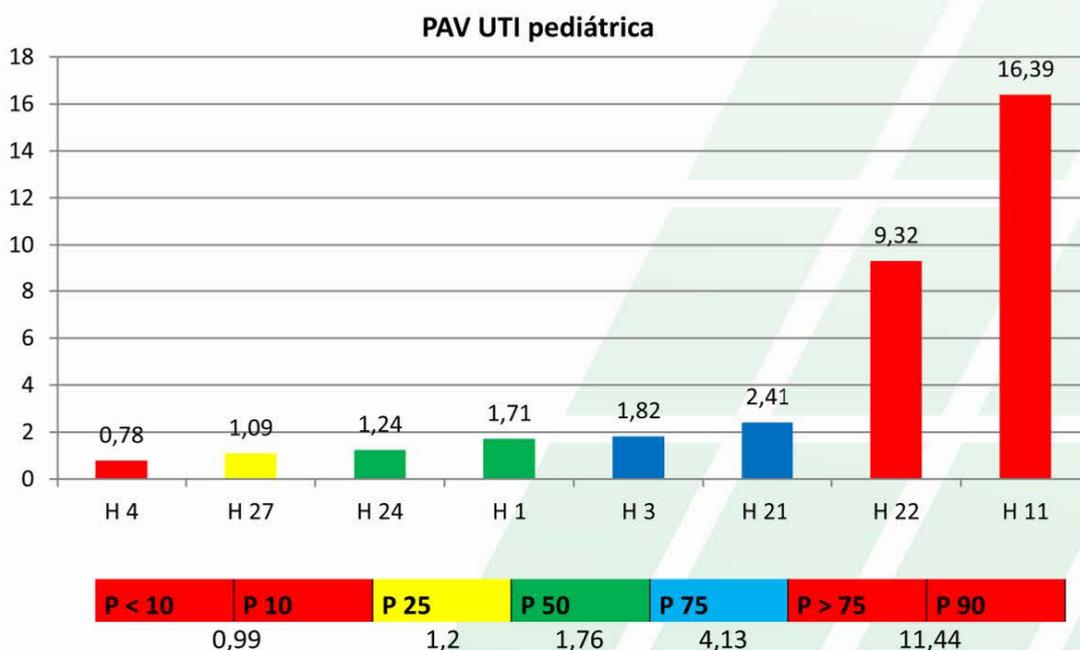


Gráfico 13 - Distribuição dos percentis das TDI de PAV em UTI neonatal dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

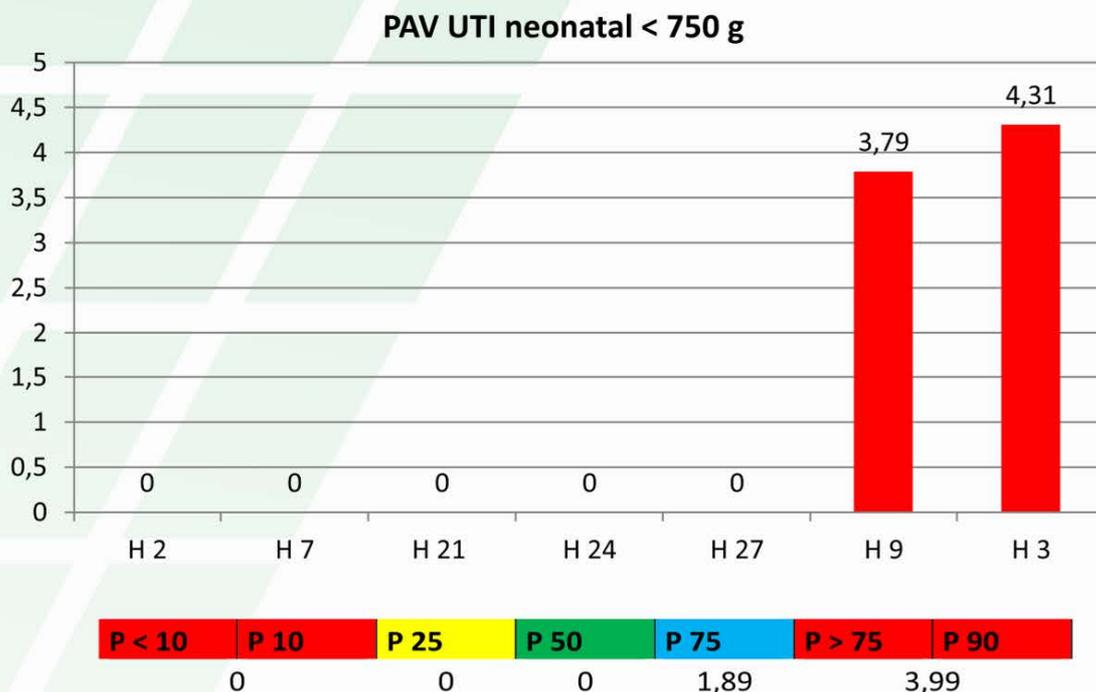


Gráfico 14 - Distribuição dos percentis das TDI de PAV em UTI neonatal dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

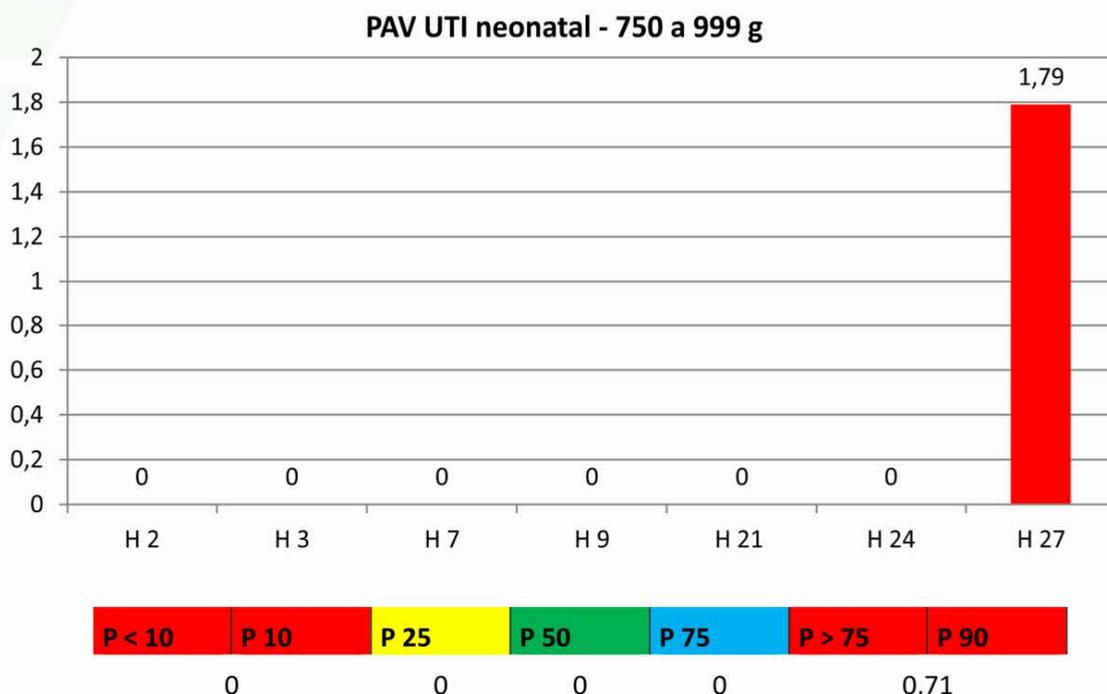


Gráfico 15 - Distribuição dos percentis das TDI de PAV em UTI neonatal dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

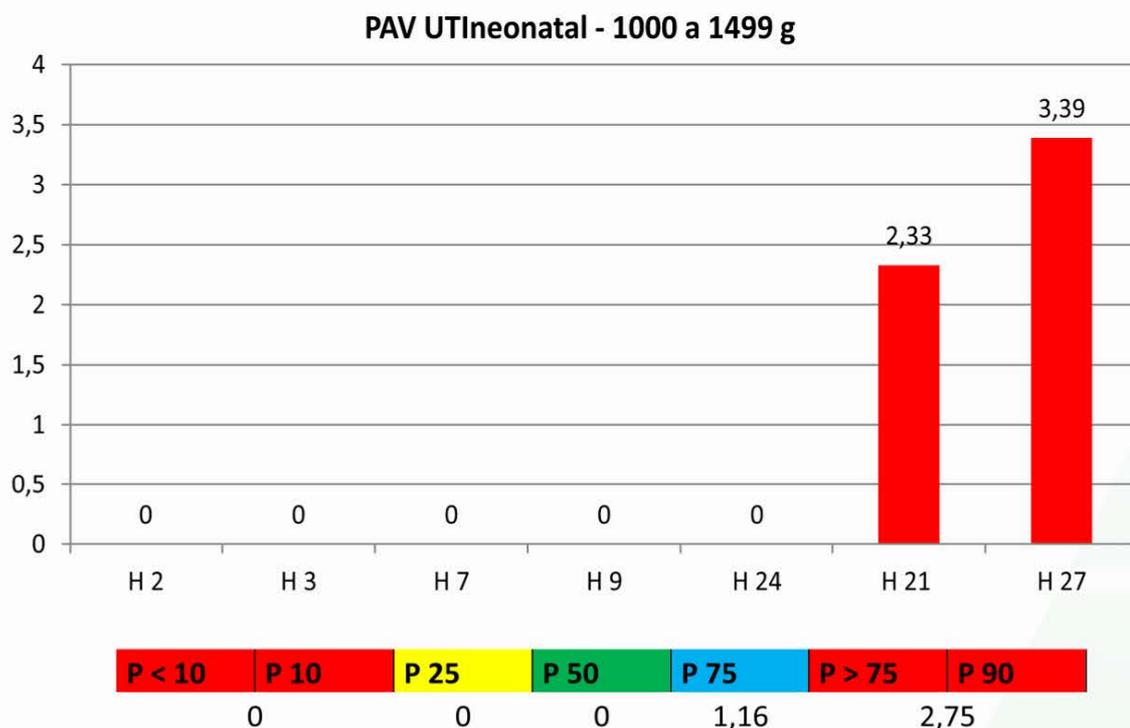
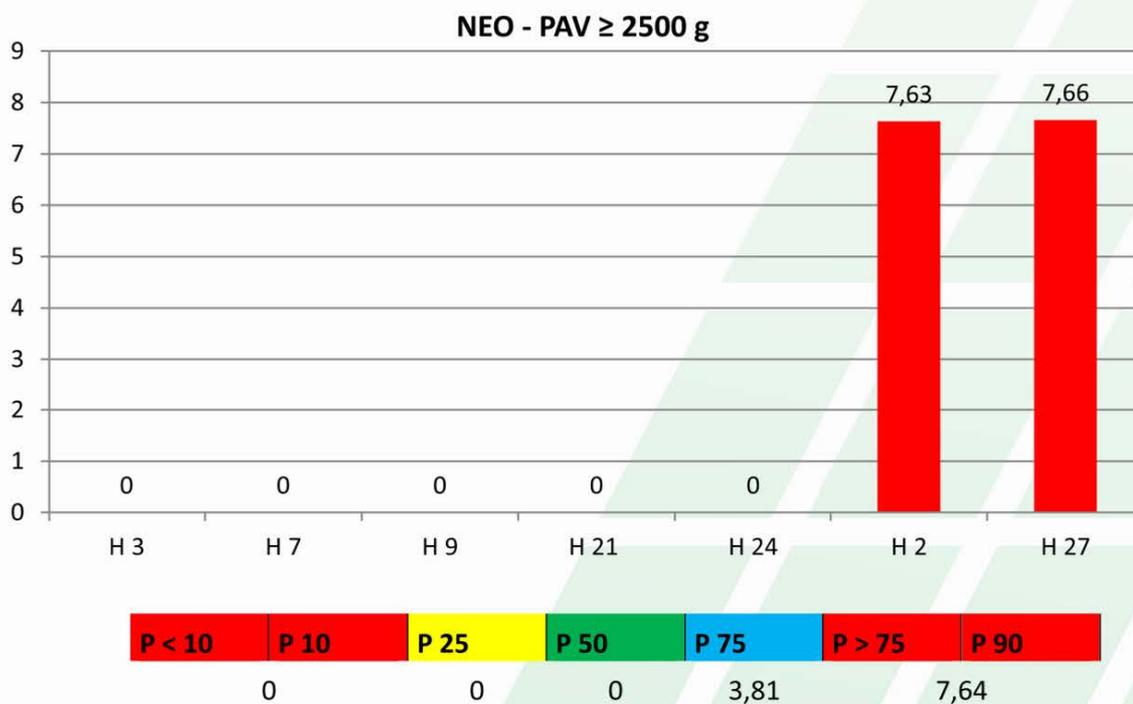


Gráfico 16 - Distribuição dos percentis das TDI de PAV em UTI neonatal dos hospitais de Porto Alegre, 2017.



Infecções do Trato Urinário (ITU) associadas a cateter vesical de demora (CVD)

A Tabela 03 apresenta as TDI de ITU associada à utilização de cateter vesical de demora (CVD) por tipo de UTI no ano de 2016 e 2017 no município de Porto Alegre.

Tabela 03 - Taxa de densidade de incidência de ITU em pacientes em uso de CVD internados em UTI. Porto Alegre, 2017.

Tipo de UTI	Nº de Serviços*	Nº ITU	CVD-Dia	TDI [‡] 2016	TDI [‡] 2017	TDI [‡] BR 2016
UTI Adulto	18	337	118263	3,58	2,85	5,1
UTI Pediátrica	08	38	13835	2,62	2,75	4,9

*Número de serviços notificantes de ITU e CVD-dia – 2017

[‡]TDI= $\frac{\text{Nº de casos novos de ITU} \times 1000}{\text{Nº de CVD-dia}}$

Em relação à TDI de ITU em UTI Adulto houve redução de 20% no município de Porto Alegre, de 3,58 infecções por mil CVD- dia em 2016 para 2,85 infecções por mil CVD-dia em 2017. Cabe ressaltar que no ano de 2017 ocorreram mudanças nos critérios diagnósticos de infecção do trato urinário pela Anvisa, o que pode estar relacionado à redução das taxas no período. A taxa de ITU relacionada à CVD em UTI Pediátrica não apresentou alteração significativa do ano de 2016

para 2017. Dados do NHSN apontam taxas médias de 2,7 infecções por mil CVD-dia para UTI Adulto, variando de 1,2 a 4,7 infecções por mil CVD-dia, e 2,2 infecções por mil CVD-dia para UTI Pediátrica, com variação de 0,7 a 3,4, conforme as especificidades das UTI.

A Taxa de Utilização de Cateter Vesical de Demora em UTI Adulto no ano de 2017 em nosso município ficou em 73,5%, já em UTI Pediátrica a mesma taxa ficou em 36,8%.

Tabela 04 - Microrganismos notificados em ITU em UTI Adulto e Pediátrica no município de Porto Alegre, 2017.

	UTI Adulto ITU n* = 337		UTI Ped ITU n* = 38	
	n	%	n	%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	75	22,25	2	5,5
<i>Escherichia coli</i>	47	13,94	5	13,8
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	26	7,71	7	19,4
<i>Proteus</i>	20	5,93	4	11,1
<i>Enterobacter spp</i>	9	2,7	1	2,7
Outros	138	40,9	17	47,2

*número absoluto

Gráfico 17 - Distribuição dos percentis das TDI de ITU em UTI adulto dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

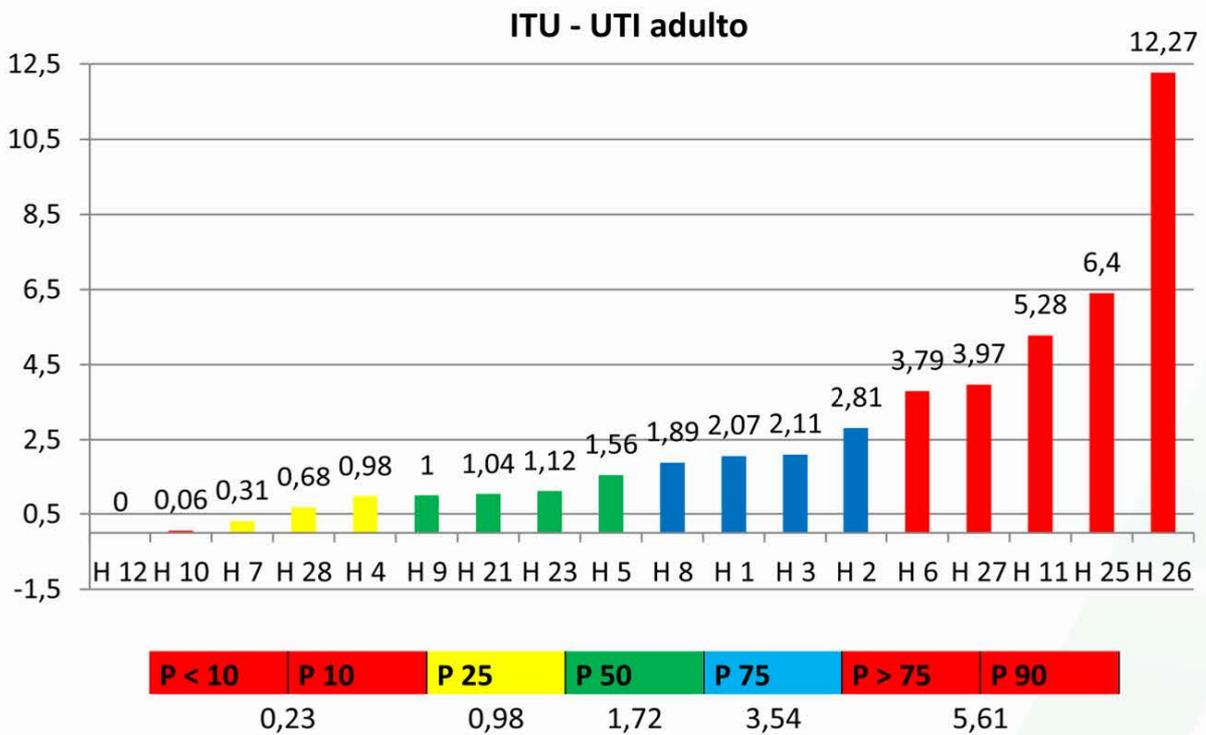
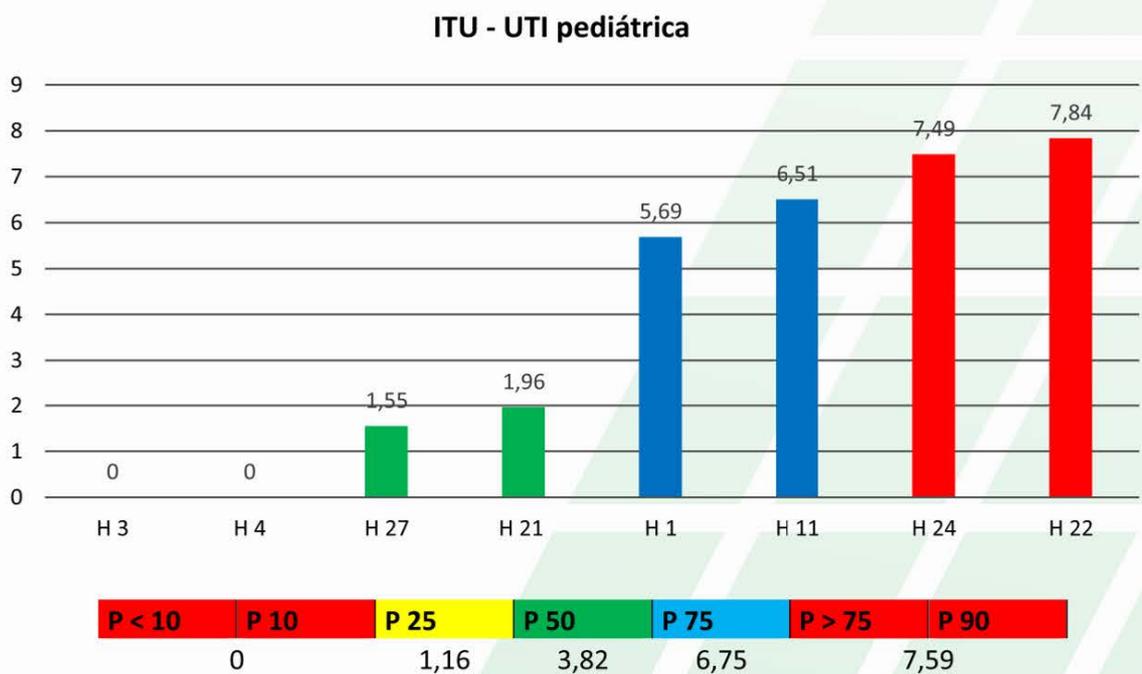


Gráfico 18 - Distribuição dos percentis das TDI de ITU em UTI pediátrica dos hospitais de Porto Alegre, 2017.



Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC)

Tabela 04 - Taxa de densidade de incidência de ISC de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) de hospitais notificantes. Porto Alegre, 2017.

ISC	Nº Hospitais*	Nº ISC + / ± / º / ¹	Nº total de procedimentos	TDI ^² POA 2016	TDI ^² POA 2017	TDI ^² RS 2016	TDI ^² BR 2016
ISC-Parto cesáreo ⁺	09	242	15851	1,37	1,53	1,4	1,42
ISC- Implante prótese mamária [±]	07	26	3909	0,5	0,67	-	-
ISC- Artroplastia Primária de Joelho ^º	07	11	775	-	1,42	-	-
ISC- Artroplastia Primária de Quadril ^¹	07	36	1762	-	2,04	-	-

*Número de serviços notificantes de ISC - 2017

+Número de casos de ISC parto cesáreo

±Número de casos de ISC implante de prótese mamária

º Número de casos de ISC artroplastia primária de joelho

¹ Número de casos de ISC artroplastia primária de quadril

²TDI= $\frac{\text{Nº total de ISC relacionados ao procedimento cirúrgico} \times 100}{\text{Nº total de procedimentos cirúrgicos realizados}}$

ISC Parto cesáreo

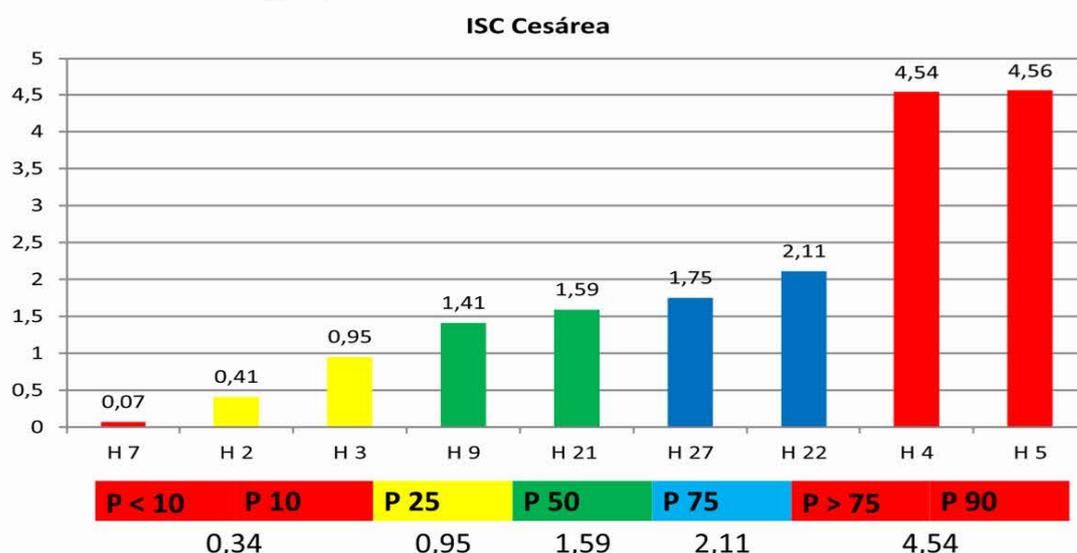
No município de Porto Alegre, no período de janeiro a dezembro de 2017, dos 10 hospitais que realizam parto cesáreo, 100% notificaram dados de infecção de sítio cirúrgico (ISC-PC). Esse indicador é de notificação obrigatória desde 2014 e facultativo desde 2011.

Foram identificadas 242 ISC-PC dos 15851 partos cesáreos notificados, sendo a taxa de

densidade de incidência 1,53%.

Dos hospitais notificantes, 77% (n=07) reportaram que realizam vigilância pós-alta, e as formas de vigilância referidas foram: ligação pós-alta em 28,5 % das instituições; via ambulatório de egressos em 28,5%; envio de SMS para paciente e cirurgião em 14 % e 28% através de e-mail para o cirurgião.

Gráfico 19 - Distribuição dos percentis das TDI de ISC-PC dos hospitais de Porto Alegre, 2017.



ISC Implante de Prótese Mamária

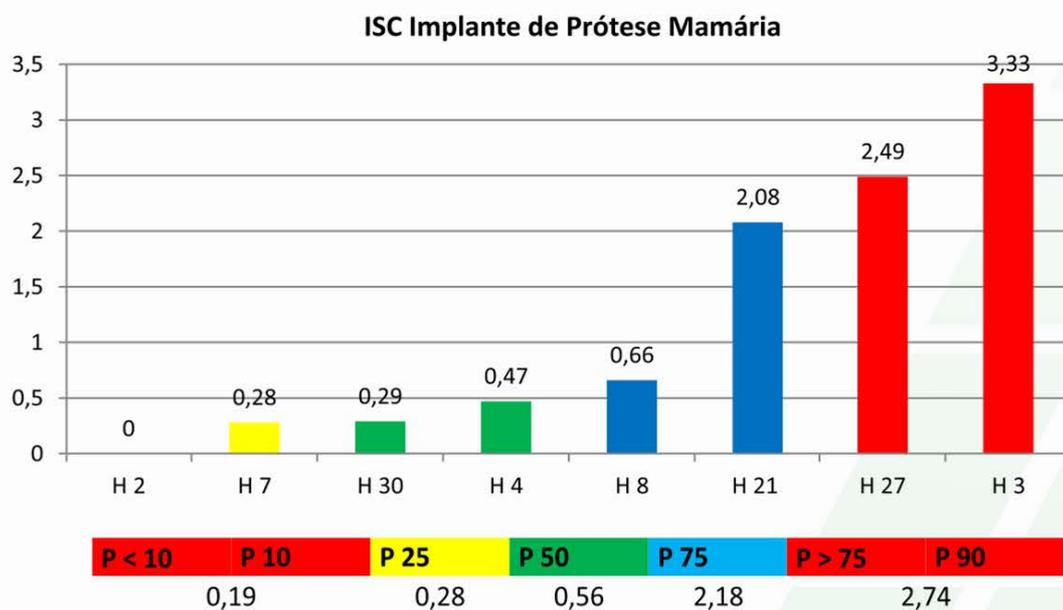
No município de Porto Alegre, no período de janeiro a dezembro de 2017, dos 13 hospitais que realizam procedimento cirúrgico com implante de prótese mamária, 08 notificaram dados de Infecção de Sítio Cirúrgico com Implante de Prótese Mamária (ISC-IPM), representando 61,5 %. O indicador passou a ser obrigatório no ano de 2017.

Foram identificadas 26 ISC-IPM dos 3909

procedimentos cirúrgicos realizados, sendo a taxa de densidade de incidência 0,67%.

Dos hospitais notificantes, 07 reportaram que realizaram vigilância pós-alta. Das instituições que realizam vigilância pós-alta: 14,2% realizam ligação pós-alta, 14,2% via ambulatório de egressos, 14,2 % enviam SMS para paciente e cirurgião, 14,2 % realizam de forma on-line e 14,2% via reunião com equipe.

Gráfico 20 - Distribuição dos percentis das TDI de ISC-IPM dos hospitais de Porto Alegre, 2017.



ISC Artroplastia Primária de Joelho e Quadril

A Anvisa instituiu a notificação facultativa de Infecção de Sítio Cirúrgico em duas novas topografias, artroplastia primária de quadril e de joelho, no ano de 2017. A partir do ano de 2018, por meio da Nota Técnica Nº 05/2017 GVIMS/ GGTES, essas notificações passam a ser de caráter compulsório.

No ano de 2017, 08 instituições hospitalares do total de 12 que realizam Artroplastia de Joelho e Quadril notificaram as taxas de incidência, totalizando 36 ISC em

Artroplastia Primária de Quadril, com uma TDI de 2,04 e 11 ISC em Artroplastia Primária de Joelho, com TDI de 1,42 no ano de 2017.

Do total de instituições que realizaram notificação (n=8), 75 % (n=6) referiram realizar vigilância pós-alta. As formas de vigilância declaradas foram: 16,6 % realiza ligação pós-alta, 33,3 % via ambulatório de egressos, 16,6 % enviam SMS para o cirurgião e paciente, 16,6 % enviam e-mail para cirurgião e 16,6 % realizam monitoramento online.

Gráfico 21 - Distribuição dos percentis das TDI de ISC Artroplastia Primária de Joelho dos hospitais de Porto Alegre, 2017.

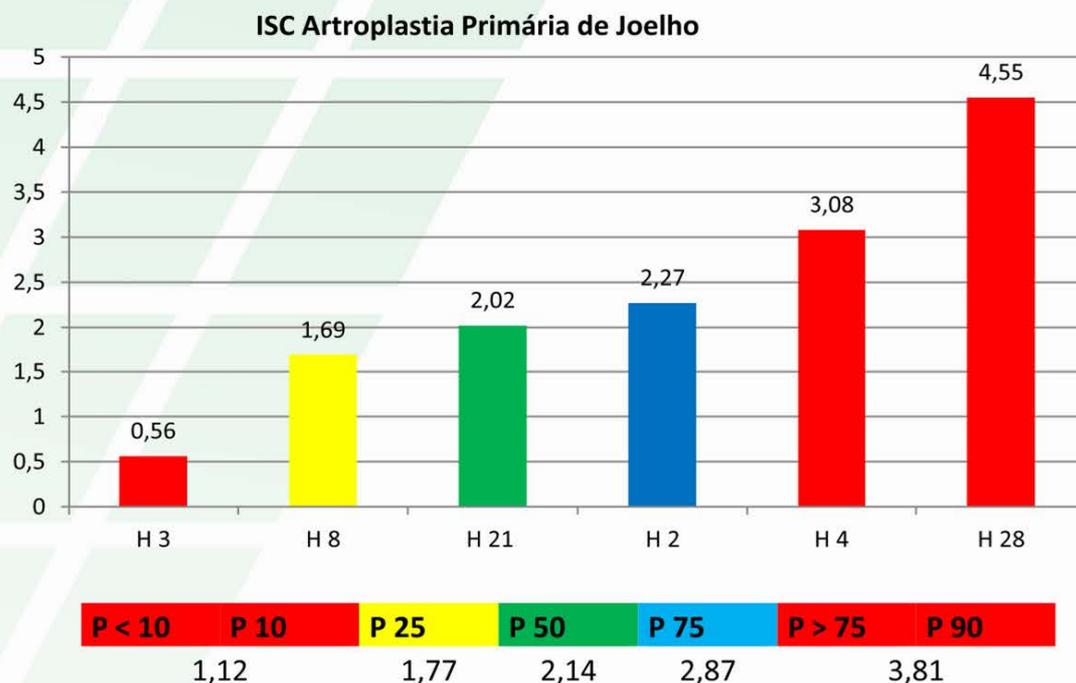
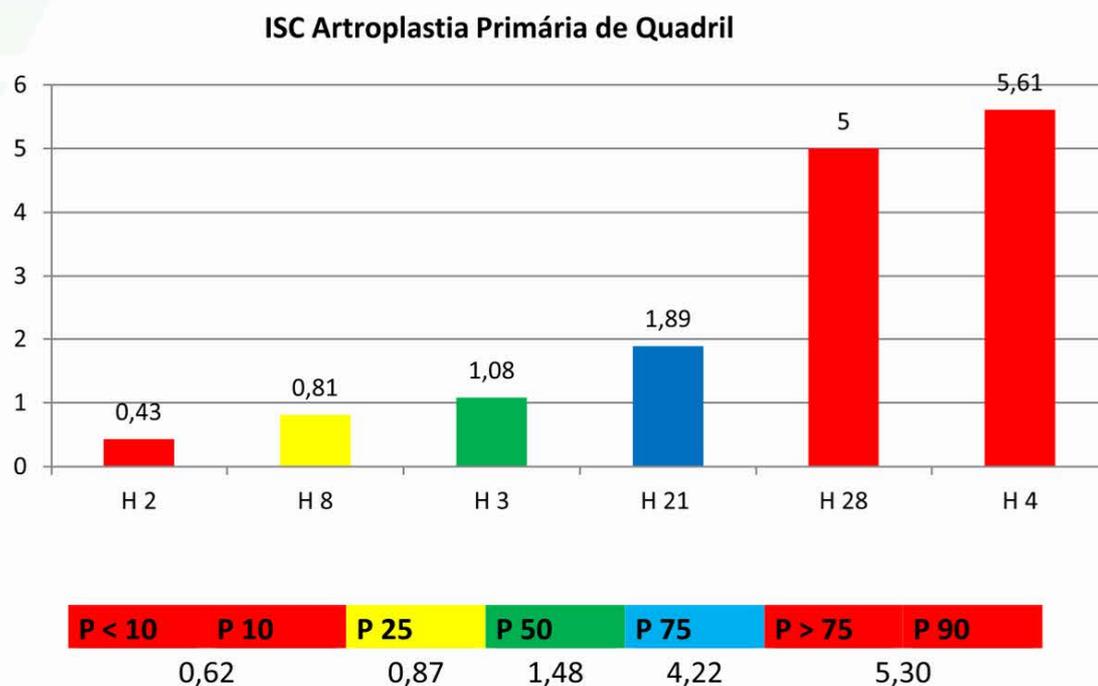


Gráfico 22 - Distribuição dos percentis das TDI de ISC Artroplastia Primária de Quadril dos hospitais de Porto Alegre, 2017.



REFERÊNCIAS

ALLEGIANZI B, Bagheri Nejad S, Combesure C et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011;377(9761):228-41.

ANVISA. Nota Técnica N. 01/2013: Medidas de prevenção e controle de infecções por enterobactérias multirresistentes. Agência nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, 2013.

ANVISA. Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 16: Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência microbiana do ano de 2016. Brasília, 2017.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde Neonatologia. Brasília, Vol. 03, 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília, 2ª ed., 2017.

COLLIGNON P. Antibiotic resistance: are we all doomed? *Intern Med J*. 2015; 45: 1109-1115.

DUDECK MA, Horan TC, Weiner LM et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report, data summary for 2012, device-associated module. *Am J Infect Control*. 2011; 39(5):349-367.

FEHLBERG, L. C. et al. Emergence of *Klebsiella pneumoniae*-producing KPC-2 carbapenemase in Paraíba, Northeastern Brazil. *Braz J Infect Dis*, v. 16, n. 6, p. 577-80, Nov 2012.

GIANI T, Arena F, Vaggelli G, et al. Large Nosocomial Outbreak of Colistin-Resistant, Carbapenemase-Producing *Klebsiella pneumoniae* Traced to Clonal Expansion of an *mgrB* Deletion Mutant. *J. Clin. Microbiol.* 2015;53:10 4 3341-3344.

LIMBAGO BM, Rasheed JK, Anderson KF, et al. IMP-producing carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* in the United States. *J Clin Microbiol*. 2011; 49(12):4239-45.

MARTINS AF, Barth AL. *Acinetobacter* multirresistente – um desafio para a saúde pública. *Scientia Medica*. Porto Alegre, 2013; volume 23, número 1, p. 56-62.

MELSEN WG, Rovers MM, Koeman M, Bonten MJ. Estimating the attributable mortality of ventilator-associated pneumonia from randomized prevention studies. *Crit Care Med*. 2011; 39:2736-42.

PADOVEZE MC, Fortaleza CMCB. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(6):995-1001.

PAVEZ, M; Mamiuza, EM; Lincopan, N. Early dissemination of KPC-2-producing *Klebsiella pneumoniae* strains in Brazil. *Antimicrob Agents Chemother*, v. 53, n. 6, p. 2702, Jun 2009.

PITTET D, Allegranzi B, Storr J et al. Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. *J Hosp Infect*. 2008; 68(4):285-92.

RELO J, Afonso E, Lisboa T et al. FADO Project Investigators. A care bundle approach for prevention of ventilator-associated pneumonia. *Clin Microbiol Infect*. 2013; 19:363-9.

SAFDAR N, Dezfulian C, Collard HR, Saint S. Clinical and economic consequences of ventilator-associated pneumonia: a systematic review. *Crit Care Med*. 2005;33:2184-93.

SEIBERT G, Hörner R, Meneghetti BH, Righi RA, Dal Forno NL, Salla A. Infecções hospitalares por enterobactérias produtoras de *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase em um hospital escola. *Einstein*. 2014;12(3):282-6.

WHO. Worldwide country situation analysis: response to antimicrobial resistance, 2015.

WHO. The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action, 2012.

ZAVASCKI, A. P. et al. KPC-2-producing *Enterobacter cloacae* in two cities from Southern Brazil. *Int J Antimicrob Agents*, v. 34, n. 3, p. 286-8, Sep 2009.

#HigienedasMãos #Sepse



PREVENIR A SEPSE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Comissões de Controle de Infecção (CCIH)
dos Serviços de Saúde

Sejam defensoras da promoção da higiene das mãos
para prevenir a sepse nos serviços de saúde

SALVE VIDAS
HIGIENIZE SUAS MÃOS



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

