



RELATÓRIO ANUAL DOS INDICADORES DE INFECÇÃO HOSPITALAR REALIZADO PELO NÚCLEO ESTADUAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR-NECIH EM 2012

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Hospitalares (IH) atualmente conceituadas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) constituem um grave problema de saúde pública, e são consideradas aquelas que se manifestam após a admissão do paciente ou até mesmo após a alta, quando relacionadas a internação ou procedimentos realizados nos serviços de saúde.

A prestação da assistência à saúde, quer em ambiente hospitalar, ou mesmo em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infecções. Este fenômeno está, aliás, amplamente documentado. Se por um lado se prolonga a sobrevida de doentes, por outro verifica-se que, os mesmos doentes se tornam vulneráveis às múltiplas infecções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes.

A DIVISA, através do NECIH tem norteado as ações no sentido de reduzir a incidência e gravidade de IRAS, melhorando a vigilância epidemiológica das mesmas para que seu diagnóstico seja válido e confiável, e dessa forma, subsidiar ações que possam promover a melhoria da qualidade da assistência à saúde no Estado. Entretanto, há um grande desafio a ser enfrentado pelo poder público para a execução das ações de prevenção e controle de infecção nas instituições hospitalares.

No Brasil, apesar de não haver sistematização de informação sobre a incidência das IRAS, estima-se que estas ocorram em uma taxa global de 9%, sendo que os óbitos decorrentes atingem em média 14% dos casos (SANTOS *et al.*, 2005). Estudos relatam que na maioria dos países da Europa a frequência de IRAS oscila entre 5 à 10% .



2 METODOLOGIA

Em 2012, como nos anos anteriores, foram analisados os dados de IRAS em hospitais do Estado da Bahia públicos, privados e filantrópicos, assim como os do Serviço de diálise, que enviaram os relatórios regularmente para o NECIH/CSE/DIVISA, consolidados preliminarmente até dia 01 de novembro de 2012.

A Vigilância epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado da Bahia vem produzindo e divulgando os indicadores de infecções hospitalares (IH) desde sua implantação, em 1991. Essas informações são importantes tanto para os hospitais, que podem avaliar suas taxas de IH em relação às do Estado, como para os gestores em todos os níveis de gestão, pois permite o direcionamento das ações de prevenção e controles serviços de saúde.

Apresenta ainda, os resultados da avaliação da qualidade utilizando o instrumento com itens de verificação, constante na Portaria Estadual nº 1083/01, realizada em hospitais que apontaram necessidade técnica para direcionamento de ações de prevenção e controle.

Vale ressaltar que a referida Portaria avalia o nível de desempenho considerando o seguinte parâmetro: Insuficiente, quando o desempenho é menor do que 50%; Regular, quando alcança um desempenho entre 50 a 69%; Bom, quando alcança entre 70 a 94%; e excelente quando o desempenho é igual ou superior a 95%.

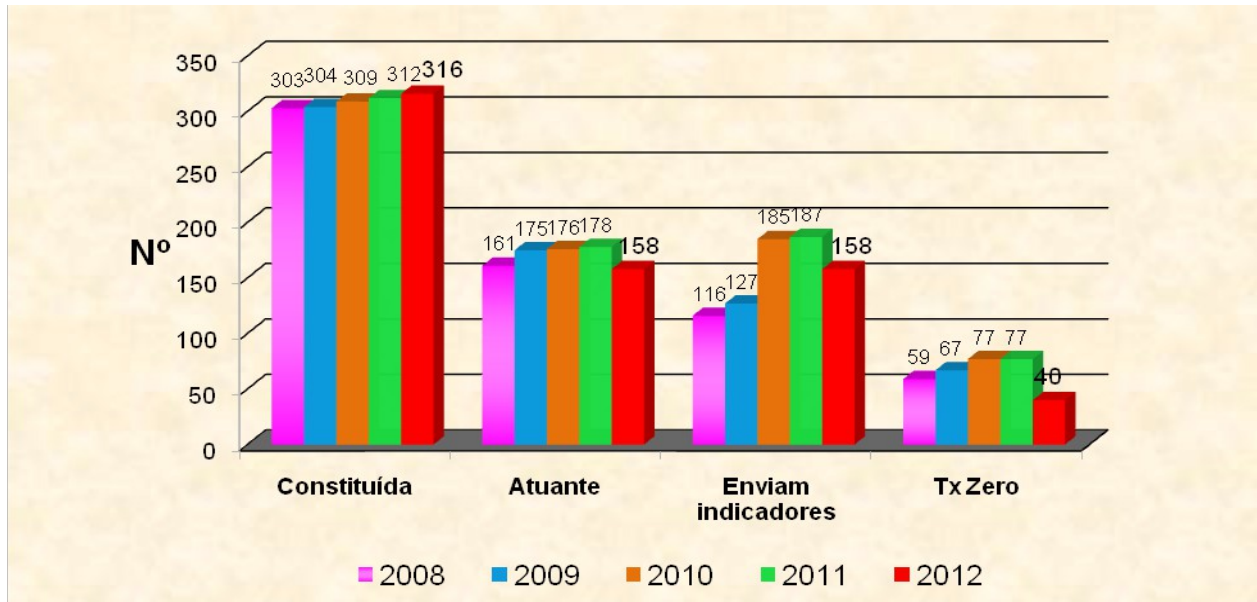
No Nível 1 são avaliadas as ações consideradas indispensáveis para a qualidade e a prevenção das infecções hospitalares; no Nível 2 são as ações consideradas mais eficazes para a prevenção das infecções hospitalares, significando uma maior abrangência do Programa de Controle de Infecção Hospitalar e no Nível 3 são as ações consideradas de excelência, onde o hospital atinge o padrão ideal para um efetivo desenvolvimento do Programa de Controle de Infecção.

Em 2011 foi realizada uma revisão no instrumento de avaliação da referida Portaria e elaborada uma minuta para publicação, que foi utilizada em 2012, durante as inspeções realizadas pelo NECIH para validação do instrumento e posterior publicação, prevista para 2013.



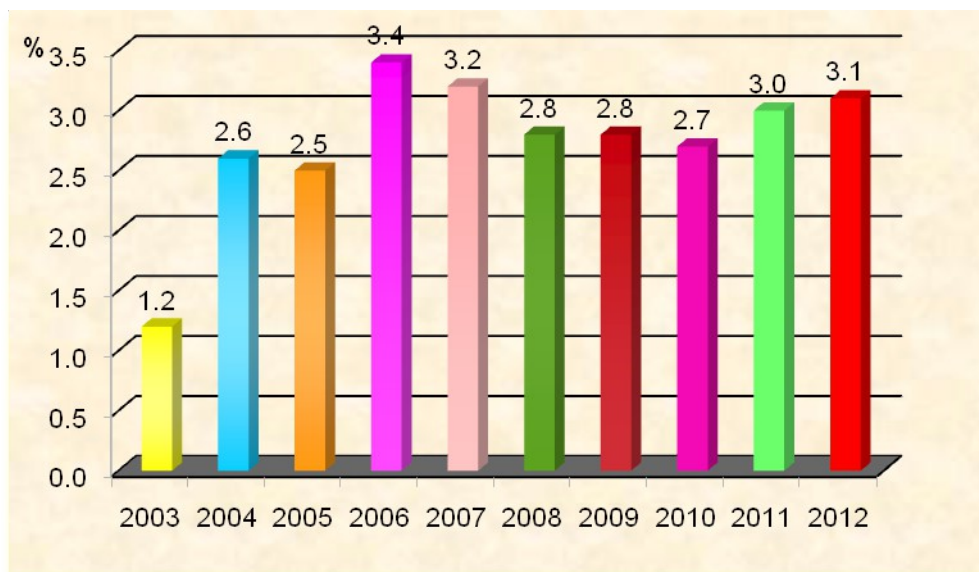
3 ANÁLISE DOS INDICADORES DE IH DA BAHIA

Gráfico 1- Situação das CCIH no Estado da Bahia, 2008-2012



De acordo com o gráfico 1 o panorama do Programa de Controle de infecção no estado ainda constitui um grande desafio, visto que, embora tenha aumentado o número de CCIH no Estado, houve uma redução na notificação dos indicadores de infecção.

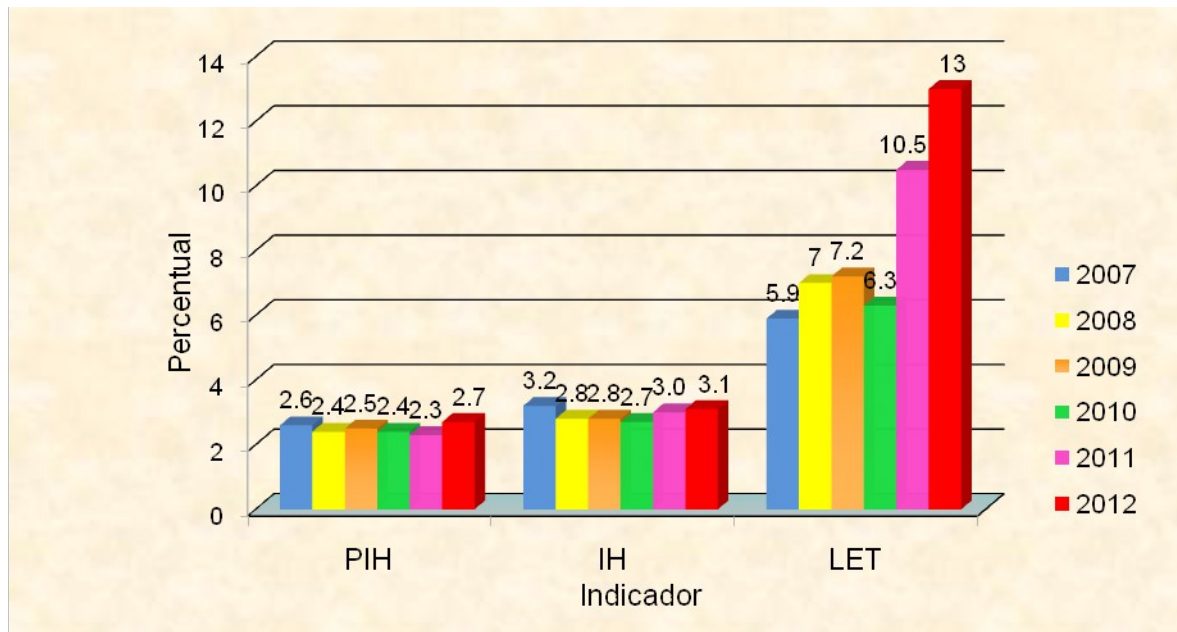
Gráfico 2- Incidência de infecção hospitalar em Hospitais da Bahia, 2003-2012





Observa-se, no gráfico 2, uma variação crescente, mas pouco significativa dos indicadores epidemiológicos de IRAS nos hospitais da Bahia entre os anos de 2003 a 2012, com percentual de 1,2% em 2003 a 3,1% em 2012. Esses indicadores revelam baixos percentuais de IH, quando comparados com dados da literatura nacional e internacional, que podem ser interpretados/compreendidos como subnotificação das IRAS pelos serviços de saúde da Bahia ao NECIH e/ou dificuldade das Comissões de Controle das Infecções Hospitalares (CCIHS) dos hospitais baianos na implementação dos seus sistemas de vigilância epidemiológica (VE) e de diagnóstico desses eventos.

Gráfico 3- Incidência de infecção hospitalar e letalidade por infecção em Hospitais públicos e privados. Bahia, 2007-2012

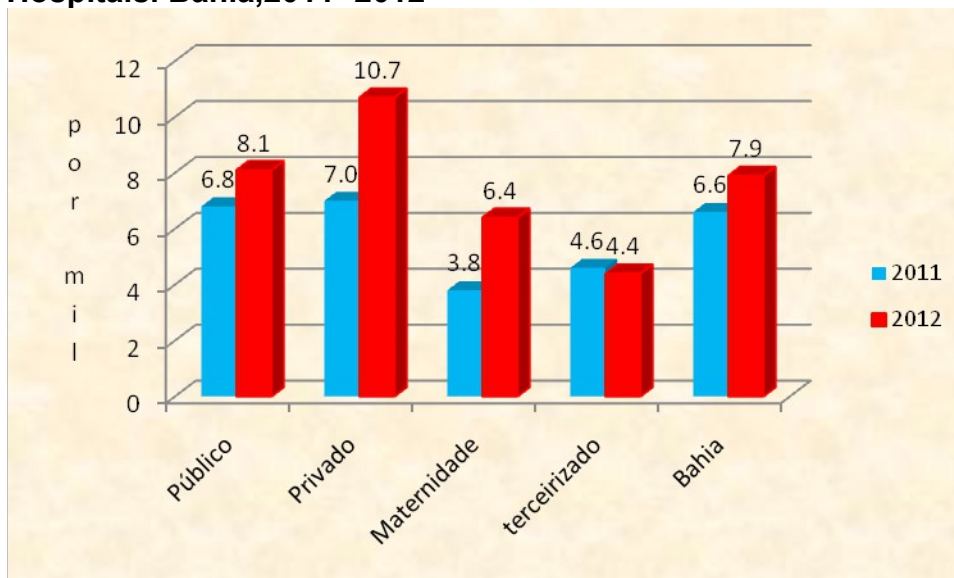


O gráfico 3 descreve os indicadores de IH, os percentuais de pacientes com IH e letalidade por IH nos hospitais da Bahia entre os anos de 2007 a 2012. Apesar das considerações sobre os baixos percentuais desses indicadores citadas no gráfico 2, observa-se um aumento progressivo e significativo dos percentuais de letalidade relacionada com IH nos hospitais baianos, que pode refletir a gravidade dos pacientes com IH, bem como as condições de resolução dos serviços de saúde no atendimento a esses pacientes, como também uma maior sensibilidade na identificação do óbito relacionado à IRAS.



Esses dados, de modo geral, ratificam a severidade do evento infecção hospitalar, que além de estar associado com aumento da morbidade, ocasiona nos serviços de saúde, aumento da letalidade dos pacientes internados e com infecção. As IRAS, apontam, como indicador, não só de magnitude do problema, como também de resolutividade dos serviços de saúde no desafio contínuo e crescente de assistirem pacientes cada vez mais idosos e graves na resolução das suas necessidades de saúde.

Gráfico 4- Densidade de Incidência de infecção hospitalar segundo entidade dos Hospitais. Bahia, 2011- 2012

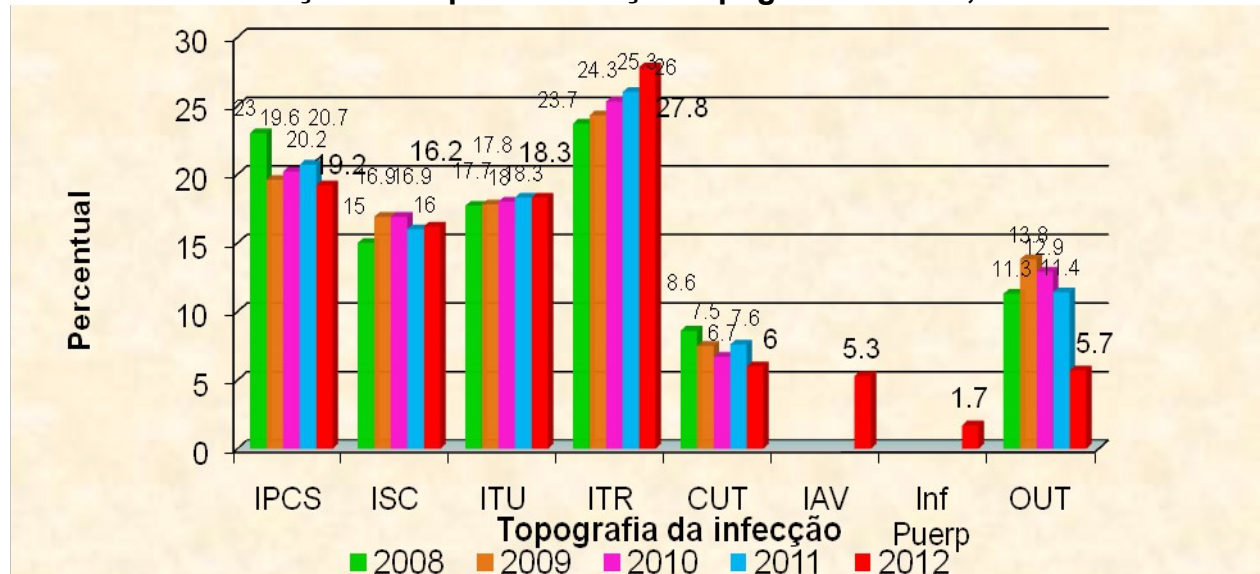


Os resultados apresentados no gráfico 4 refletem os indicadores de densidade de incidência de IH, segundo hospitais públicos (federal, estadual e municipal) de gestão direta, públicos de gestão terceirizada, maternidades, hospitais privados e outros serviços de saúde (SS) da Bahia, nos anos 2011 e 2012. Apesar das baixas taxas de infecção já citadas, observa-se um aumento progressivo de densidade de incidência de IH, principalmente nos hospitais privados, públicos de gestão direta, e maternidades, que podem revelar um aumento da notificação das IRAS dos hospitais, demonstrando um aprimoramento dos sistemas de VE desses serviços e/ou aumento real do risco dos pacientes expostos à adquirirem infecção hospitalar.

Comparação de indicadores entre diferentes instituições é difícil e exige análise de uma variabilidade de características das entre as mesmas. Por esta razão, o ideal é

que as taxas sejam ajustadas pelo tempo de permanência hospitalar, refletindo o risco; índice de procedimentos invasivos, gravidade e outros, de forma a permitir a comparação de indicadores independentemente das características locais. (GRINBAUM, 2004).

Gráfico 5- Distribuição de IH por localização topográfica. Bahia, 2008-2012



O gráfico 5 descreve os sítios topográficos de IRAS nos SS da Bahia nos anos de 2008 a 2012. Observa-se que as infecções do trato respiratório inferior, infecções primárias da corrente sanguínea, infecções urinárias, infecções do sítio cirúrgico são as infecções mais frequentes nos hospitais da Bahia, a exemplo dos dados reportados na literatura. Todas essas infecções estão associadas a manipulação invasiva dos pacientes hospitalizados e a priori, são infecções consideradas passíveis de prevenção.

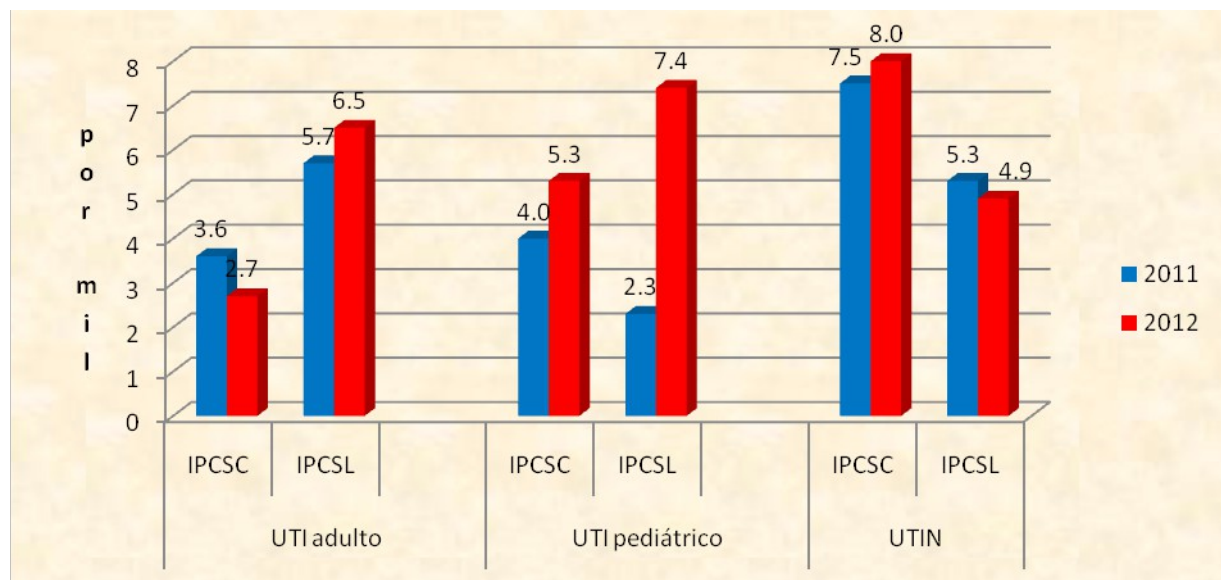
As infecções do trato respiratório vêm progressivamente aumentando ao longo dos anos, com percentuais variando ascendentemente de 23,7% em 2008 a 27,8% em 2012.

As infecções primárias da corrente sanguínea, segundo sítio mais frequente nos SS baianos, apresentam uma variação descendente de 23% em 2008 a 19,2% em 2012, em consonância com a meta da ANVISA, que priorizou reduzir os indicadores de

infecção da corrente sanguínea como um dos objetivos do Programa nacional de controle de IRAS.

No que tange os hospitais com leitos de UTI no Estado, apenas 77% têm CCIH atuantes, ou seja, desenvolvem ações de prevenção e controle de infecção, fato preocupante, visto que trata-se de hospitais que atendem alta complexidade.

Gráfico 6–Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea-IPCS nas UTIs dos hospitais com 10 ou mais leitos de UTI priorizados pela ANVISA¹. Bahia, 2011- 2012



Fonte: FormSUS/DATASUS-Anvisa

Nota 1: hospitais com 10 ou mais leitos de UTI (adulto, pediátrico e neonatal)

O gráfico 6 particulariza os dados de densidade de incidência da infecção primária da corrente sanguínea nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) do tipo adulto, pediátrica e neonatal entre 2011 e 2012.

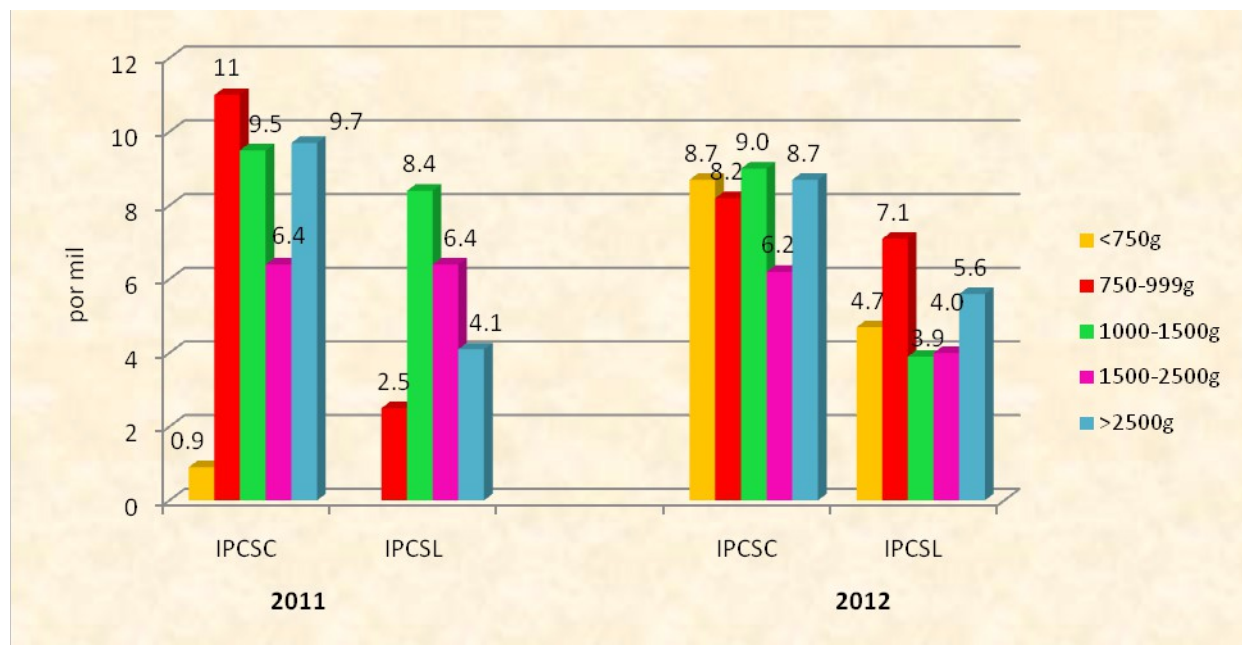
As infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS) estão associadas aos cateteres venosos, especialmente aos cateteres venosos centrais. Observa-se no gráfico acima, um aumento dessas infecções em todas as UTIs em 2012, especialmente nas UTIs pediátricas, com densidade de incidência variando de 2,7 infecções/1000 cateter venoso central (CVC)/dia a 8,0 infecções/1000 CVC/dia.

As IPCS diagnosticadas laboratorialmente também apresentam uma tendência de crescimento, denotando com isto uma melhorias dos serviços laboratoriais de

microbiologia no Estado, laboratório este essencial para o avanço do controle das IRAS na Bahia.

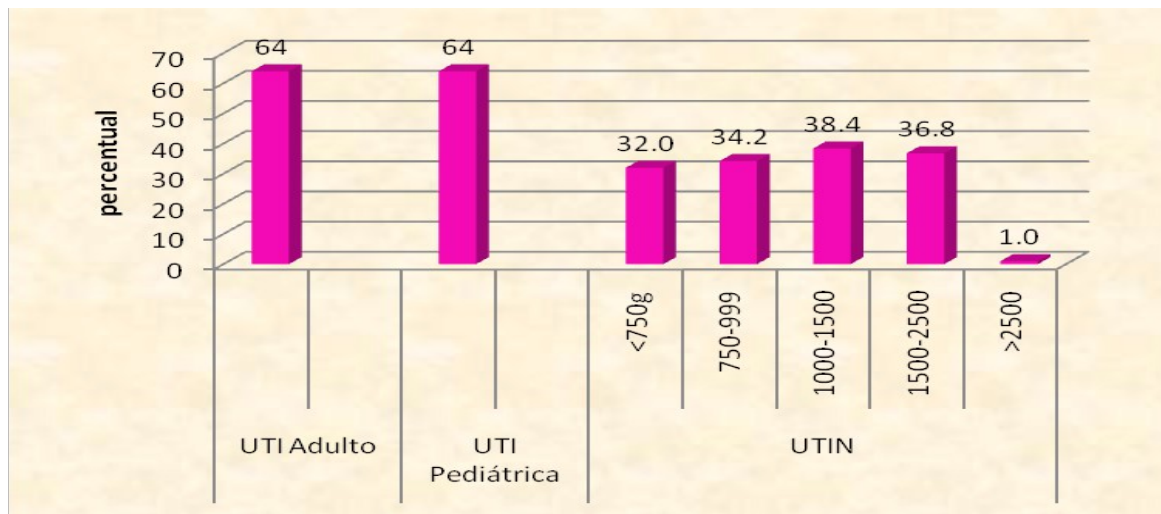
Nas Unidades de Terapia Intensiva são admitidos os pacientes em estado crítico que necessitam de monitorização, de intervenções terapêuticas e de procedimentos médicos e de enfermagem contínuos. Possuem um grande risco de adquirir infecção hospitalar por causa da gravidade do quadro clínico (doenças de base associadas) e do uso frequente de procedimentos invasivos (OLIVEIRA, et al , 2009).

Gráfico 7–Densidade de Incidência de IPCS nas UTIN de hospitais com 10 ou mais leitos de UTI, segundo peso ao nascer Bahia, 2011- 2012



O gráfico 7 apresenta os dados de densidade de incidência da infecção primária da corrente sanguínea nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) entre 2011 e 2012, onde observa-se de modo geral, um pequeno decréscimo dessas infecções em 2012. Nas UTIN do Estado, a faixa etária que apresenta maior IPCS compreende RN de 750 a 999g, em acordo com os dados da literatura que afirmam que quanto menor o peso do RN maior risco de IRAS.

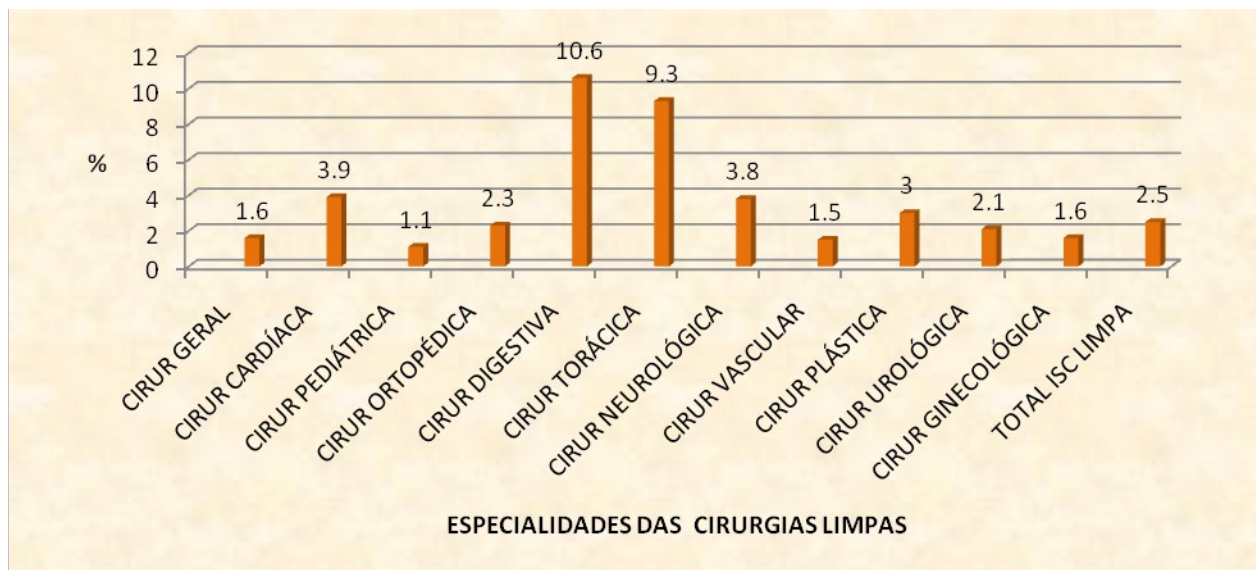
Gráfico 8–Taxa de utilização de Catéter Venoso Central-CVC nos hospitais com 10 ou mais leitos de UTI. Bahia, 2012



O gráfico 8 descreve os dados de utilização de Cateter Venoso Central (CVC) nos hospitais com 10 ou mais leitos, que constituem a população de hospitais FORMSUS da ANVISA.

Observa-se que mais da metade dos pacientes internados nas UTIs adulto e pediátrica utilizam um CVC (64% dos pacientes) em 2012. Nas UTIs Neonatais a cateterização venosa central também é bastante utilizada em todos os grupos etários.

Gráfico 9- Incidência de Infecção de Sítio Cirúrgico - ISC em cirurgia limpa, segundo especialidade. Bahia, 2012





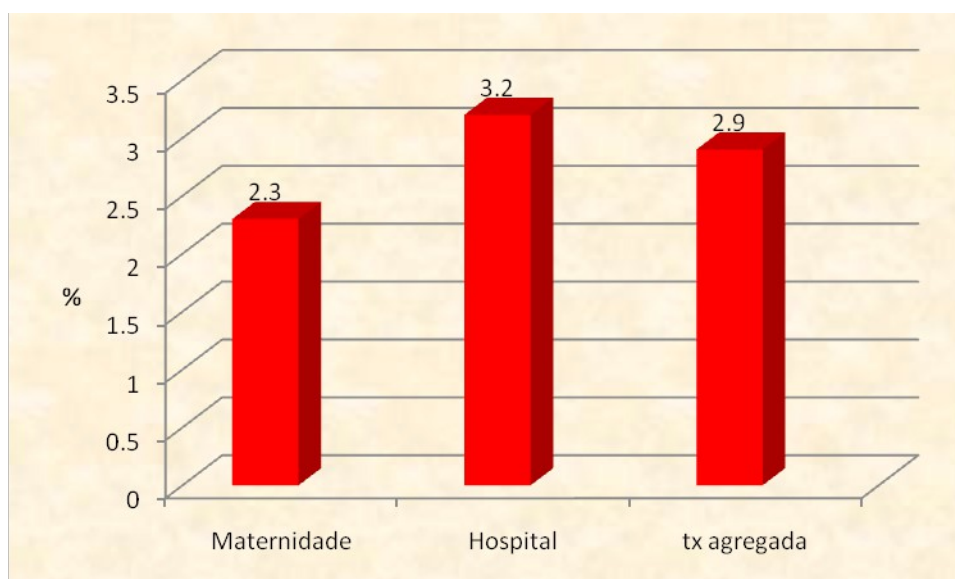
De acordo com o gráfico 9 observa-se uma incidência elevada de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias consideradas limpas, conforme a classificação quanto ao Potencial de contaminação, nas especialidades digestiva, seguida da torácica representadas por 10,6% e 9,3%, respectivamente. Esses resultados divergem dos apresentados no relatório do Estado de São Paulo que em 2010, apresentou maior incidência em neurocirurgia (3,2%), seguida da cardíaca (2,9%).

Segundo Lacerda (2003) as cirurgias limpas são aquelas consideradas eletivas, com fechamento de primeira intenção, sem qualquer sinal de infecção. Os mesmos autores afirmam que originalmente a classificação por potencial de contaminação visa estabelecer riscos aceitáveis de ISC, em virtude de terem reduzido potencial de infecção.

Nessa classificação, as cirurgias limpas devem ser consideradas aceitáveis variando de 1% a 2% para hospital-dia e 1% a 5% para demais hospitais.

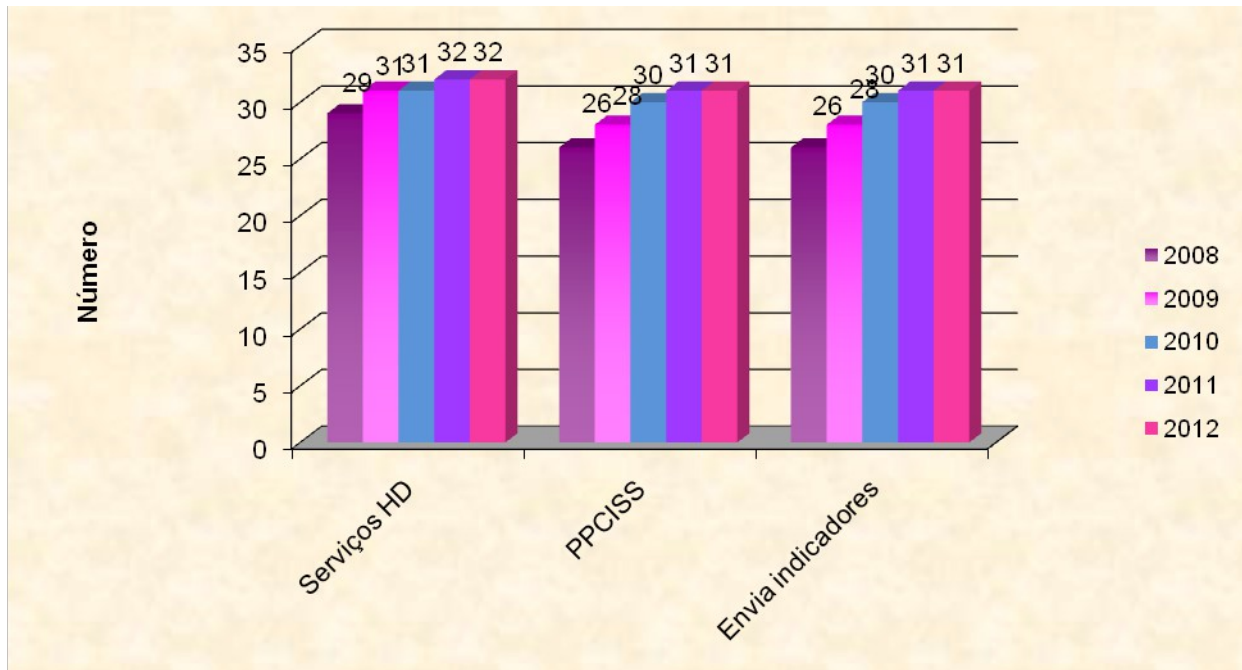
Vale ressaltar que a Infecção do Sítio Cirúrgico é uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil, ocupando a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde e compreendendo 14% a 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados (ANVISA,2009).

Gráfico 10- Incidência de ISC em Cesária nas Maternidades e Hospitais. Bahia, 2012



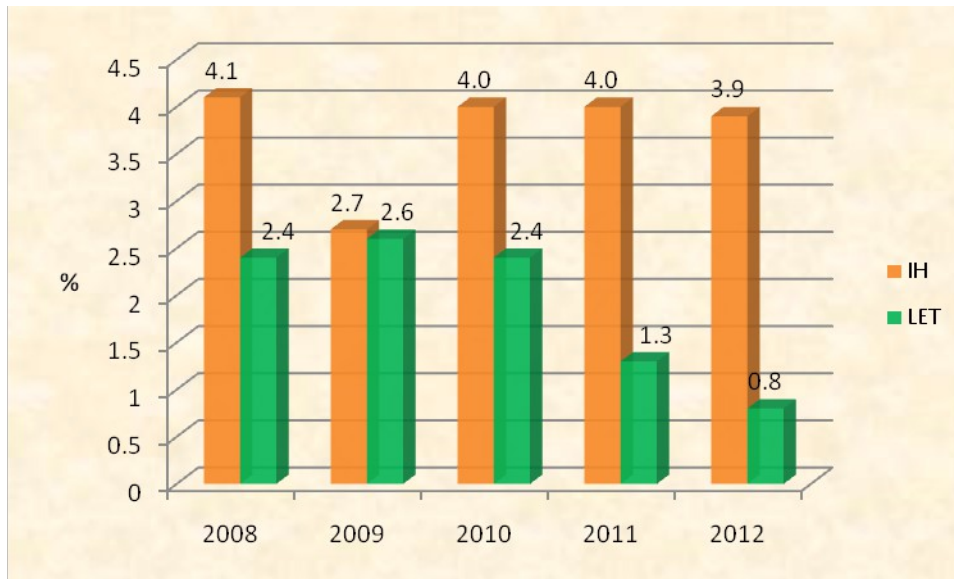
Verificou-se no gráfico 10 uma maior incidência de infecção em cesária nos hospitais, representado por 3,2%, quando comparado com as maternidades (2,3%).

Gráfico 11- Situação do PPCISS dos serviços de hemodiálise. Bahia, 2008-2012



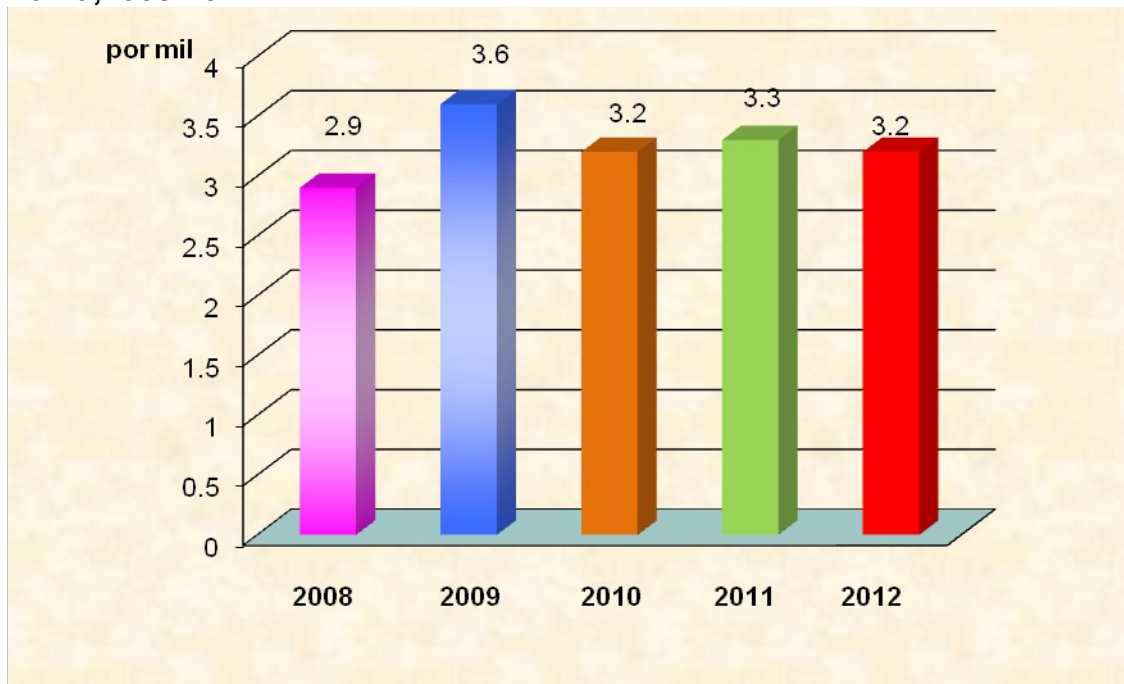
O gráfico 11 apresenta os dados dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção (PPCIH) dos Serviços de Hemodiálise (HD) da Bahia, entre os anos de 2008 a 2012. Observa-se que apenas um Serviço de HD do Estado não possui um PPCISS e que 31 serviços elaboram e encaminham indicadores de IH para o NECIH.

Gráfico 12- Incidência de infecção hospitalar e letalidade por infecção em serviços de hemodiálise. Bahia, 2008-2012



No gráfico 12 observa-se que os Serviços de diálise apresentam indicadores estabilizados ao longo desses anos, tanto para infecções hospitalares, quanto para letalidade por infecção, com taxas variando entre 3,9 a 4,1% e 0,8 a 2,7%, respectivamente.

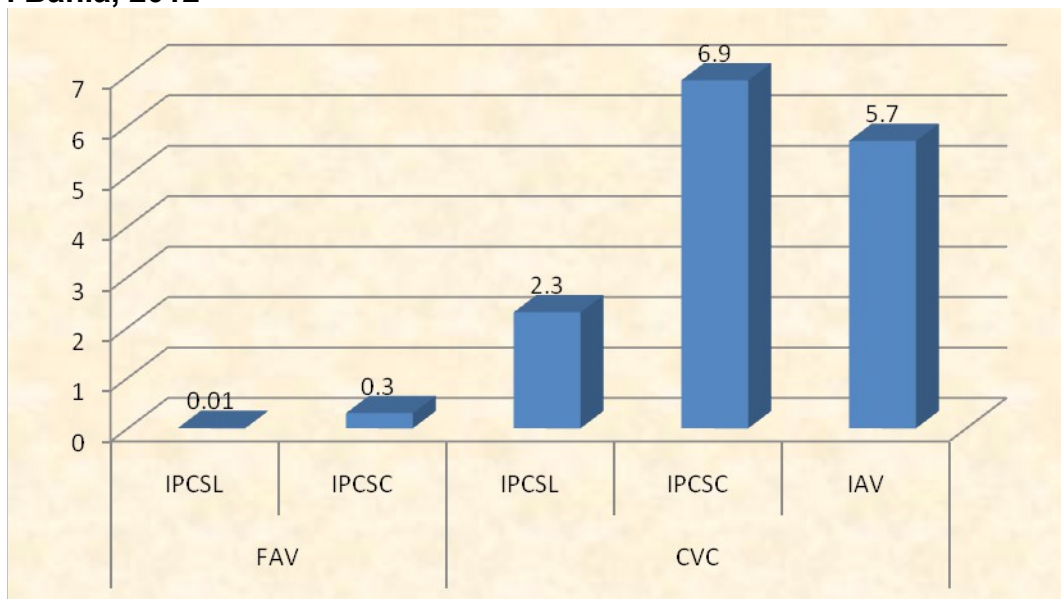
Gráfico 13- Densidade de Incidência de infecção em serviços de hemodiálise. Bahia, 2008-2012



O gráfico 12 descreve os dados de densidade de incidência de IH em Serviços de Hemodiálise (HD) da Bahia, entre os anos de 2008 a 2012.

A exemplo dos indicadores dos anos anteriores, observa-se que esses Serviços apresentam dados de densidade de incidência de IH em Hemodiálise estabilizados aos longo desses anos, com densidade agregada variando de 2,9 a 3,6 infecções por 1000 hemodiálise/dia

Gráfico13– Densidade de Incidência de IPCS e IAV em HD nos serviços de diálise . Bahia, 2012



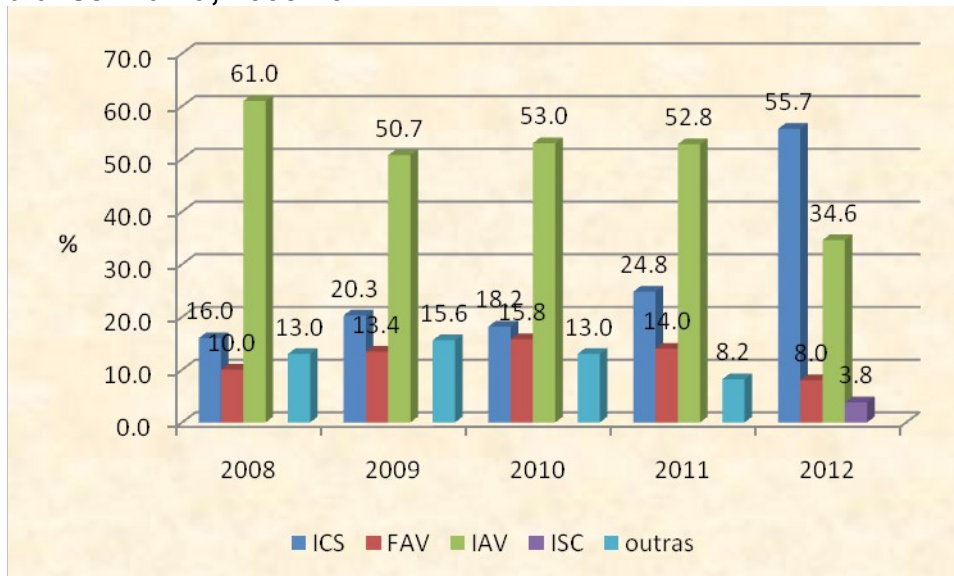
Nota: IPCS- Infecção Primária da Corrente Sanguínea; IPCSL- IPCS laboratorialmente confirmada; IPCSC- IPCS clínica; IAV- Infecção de Acesso Venoso; FAV- Fístula artério-venosa

De acordo com o gráfico 13 a maior densidade de incidência em pacientes submetidos à hemodiálise ocorreu na Infecção Primária da Corrente sanguínea clínica com 6,9% relacionado ao catéter venoso central.

Estudo de revisão sistemática realizado com 27 artigos e 06 resumos publicados entre 1990 e 2008, demonstrou que as taxas de infecção reportadas variaram de 1,0‰ a 2,7‰ catéter-dia, (CAIS et al.,2009).

Em pacientes submetidos à hemodiálise em serviços de saúde, as infecções relacionadas aos acessos vasculares são importantes, pois podem causar bacteremia disseminada ou perda do acesso, além das infecções de corrente sanguínea, e os cateteres temporários são preferidos por estabelecerem acesso imediato, aumentando assim o risco de infecção primária de corrente sanguínea.

Gráfico 14- Distribuição de IRAS por localização topográfica nos serviços de diálise. Bahia, 2008-2012

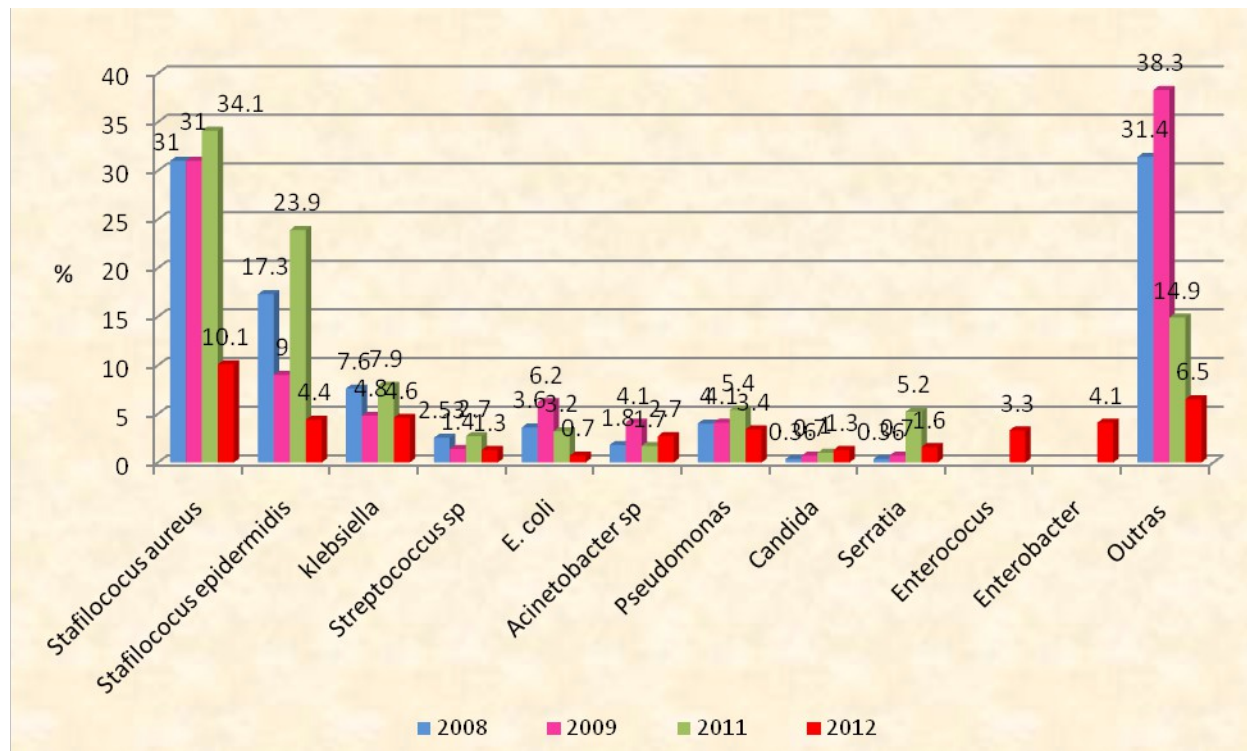


O gráfico 13 apresenta a distribuição percentual de IRAS conforme sítio de infecção nos Serviços de HD da Bahia, entre os anos de 2008 a 2012.

Dentre as infecções que ocorrem nos Serviços de diálise, observa-se que as infecções do acesso vascular (IAV) e infecções da corrente sanguínea (ICS) são as infecções mais frequentes, com taxas variando de 34,6 a 61% e 16 a 55,7%, respectivamente. Observa-se também um aumento progressivo e significativo das taxas de ICS entre os anos de 2011 a 2012, com a ocorrência do dobro dessas infecções em 2012.



Gráfico 14– Frequência de microrganismo responsáveis pelas IRAS nos serviços de diálise. Bahia, 2008-2012



O gráfico 14 descreve a frequência percentual de micro-organismos responsáveis pelas IRAS nos Serviços de diálise no Estado, entre os anos de 2008 a 2012, onde verifica-se os *Stafilococcus aureus* são os mais frequentes.



4 AÇÕES DESENVOLVIDAS EM 2012:

- Acompanhamento e consolidação dos indicadores de Infecção primária de Corrente Sanguínea (IPCS), priorizados pela ANVISA, através do FormSUS pelos hospitais com 10 ou mais leitos de UTI;
- Análise e consolidação dos indicadores padronizados no Estado: Indicadores em hospitais públicos, privados, filantrópicos e Maternidades; Indicadores específicos para Psiquiatria; UTI, oftalmologia; acompanhamento as notificações de Microrganismo Multirresistente sobretudo de *Klebsiela Pneumonie Carbapenemase-KPC*;
- **Inspeção em 15 hospitais**, utilizando instrumento de avaliação das ações de controle de infecção, constante na Portaria Estadual nº 1083/01;
- **Inspeção em 04** em Serviços de diálise e 01 empresa terceirizada de esterilização de produtos para saúde em parceria com a COVISAN;
- Investigação de surto em 02 hospitais de Salvador;
- Respostas à denúncia (N=14);
- Pareceres respondidos por email (N=415);
- Assessoramento técnico presencial com o setor regulado (N=42)
- Realizada discussão em Encontro Estadual sobre “**Segurança do Paciente**” com apresentação de experiências exitosas de 03 hospitais;
- Oficina sobre controle de infecção na Atenção Básica contando com a participação de Coordenadores da Atenção Básica de **200** município do Estado;
- Outros cursos realizados: Processamento de artigos; Gerenciamento de risco e Gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde para técnicos da VISA.
- Apresentação de 07 trabalhos no XIII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e epidemiologia Hospitalar.



5 INSPEÇÕES REALIZADAS (PORTARIA 1083/01)

- 01-HOSP. DO SUBURBIO (TERCERIZADO) -1ª DIRES-
02-HOSP.LUIS VIANA FILHO-(REDE PROPRIA)-6ª-ILHÉUS-
03-HOSP. E MATERNIDADE SÃO JOSÉ-(STª CASA DE MISERICORDIA)-6ªDIRES-
04-HOSPITAL DEP. LUÍS ED. MAGALHÃES-8ª DIRES(TERCERIZADO-SÃO RAFAEL-
PORTO SEGURO)
05-HOSP. MANOEL NOVAES.(STª CASA DE MISERICORDIA)-7ª DIRES
06-HOSP. CALIXTO MIDLEY FILHO (STª. CASA DE MISERICORDIA)-7ª DIRES-
07-HOSP. DE BASE LUIS EDUARDO MAGALHÃES-7ª DIRES
08-HOSP. REGIONAL DE JUAZEIRO -(TERCERIZADO-IMIP)-15ª-DIRES
09-MATERNIDADE MUNICIPAL DE JUAZEIRO-15ª DIRES-
10-HOSP. PROMATRE-15ª DIRES)
11-HOSP. DO OESTE(TERCERIZADO-OBRAS SOC.IRMÃ DULCE)-25ª-UTI-
12-HOSP. EURICO DUTRA(MUNICIPALIZADO)-25ª
13-HOSP. EURIDICE SANTANA (TERCERIZADO OBRAS SOC.IRMÃ DULCE)
MUNIC.DE SANTA RITA DE CASSIA-25ª
14-HOSP. REG. DE IBOTIRAMA(TERCERIZADO-SM-) 22ª
15-HOSP. FREI JUSTO VENTURI(SOASE- SOC.ASSIST. DE SEABRA)-27ª DIRES
16-HOSP. REGIONAL DE GUANAMBI(REDE PROPRIA)-30ªDIRES
17-HOSP.REGIONAL E MATERNIDADE SANTANA DE CAETITÉ- 24ªDIRES.

6 AVANÇOS

- Elaboração e disponibilização de nova Planilha eletrônica excel elaborada para envio indicadores de IH e de Diálise do Estado;
- Criação de instrumentos específicos de notificação de Microrganismos Multirresistentes;
- Nomeação de uma técnica para representar a Região Nordeste na Comissão Nacional de Controle de Infecção Relacionada à Assistência Saúde da ANVISA, com objetivo de assessorar a Diretoria Colegiada da ANVISA na



elaboração de diretrizes, normas e medidas para prevenção e controle das IRAS em serviços de saúde do Brasil (Portaria de 15/08/2012 DOU);

- Participação de um Membro no GT de Diálise e Processamento de produtos para saúde para revisão da legislação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de das populações e a ocorrência cada vez mais frequente de situações que predisõem os indivíduos à imunossupressão, tais como utilização de drogas imunossupressoras e a adoção de técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento, favoreceram o surgimento de infecções por microrganismos que, em condições propícias, passaram a assumir um papel relevante enquanto agentes patogênicos.

Embora muitos hospitais tenham Comissões de Controle de Infecção, estas carecem frequentemente de profissionais com formação especializada, de instalações próprias, de apoio administrativo adequado e de infraestruturas de apoio, como o acesso à internet e a informações na área para a implantação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

Atualmente, apesar de 314 dos hospitais disporem de uma CCIH, somente 31% enviam os indicadores para o NECIH e dispõem de um Plano de ação com metas estabelecidas para prevenção e controle.

Além desses problemas podemos ainda, associar outros, como: a insuficiente formação especializada dos profissionais de saúde em controle de infecção; a necessidade de laboratórios de microbiologia, embasando as atividades da vigilância epidemiológica; a inadequação de estruturas para adequada prestação da assistência; gestão de pessoas adequada e capacidade para realização de procedimentos invasivos.

Dessa forma, a DIVISA vem desenvolvendo estratégias de forma contínua com vistas a incentivar e apoiar os serviços a implantar o PCIH no Estado, tais como: orientação para implantação do PCIH, através de material instrutivo; Encontros com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs); assessoramento técnico-



científico constante das CCIHs, sempre que demandado pelas mesmas, através de pareceres, visitas, emails e telefones; inclusão de documentos relacionados à constituição da CCIH à relação de documentos necessários para renovação do alvará sanitário (relatório com indicadores de IH dos últimos 3 meses e realização de auto-avaliação, conforme Portaria Estadual nº 1083/01).