



Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 17: Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência microbiana do ano de 2017

Apresentação

Desde 2010 a Anvisa recebe notificações de indicadores de IRAS por meio de formulários eletrônicos que são atualizados anualmente. Os indicadores de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC) foram os primeiros indicadores de notificação compulsória para todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, com unidades terapias intensivas (UTI) neonatal, pediátrica e adulto, que possuíssem 10 (dez) ou mais leitos. A partir de janeiro de 2014, todos os serviços de saúde com qualquer número de leitos de UTI passaram a ter, obrigatoriamente, que notificar mensalmente à ANVISA seus dados de IPCS relacionadas ao uso de CVC em UTI e marcadores de resistência microbiana relacionados a estas infecções, além de notificar Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) relacionadas ao parto cirúrgico: cesariana.

Em 2016, a Anvisa publicou a segunda versão do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PNPCIRAS para o quinquênio 2016 a 2020, este programa é a base para as ações da Coordenação Nacional de Prevenção e Controle de Infecção do país e estabelece metas e ações estratégicas com vista ao alcance dos 4 objetivos relacionados à redução, em âmbito nacional, da incidência de IRAS em serviços de saúde. Esse documento incluiu, além dos indicadores já existentes, a obrigatoriedade de notificação dos indicadores de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) e de Infecção do Trato Urinário (ITU) associadas à cateter vesical de demora (CVD) a partir de 2017.

Este Boletim Informativo tem objetivo de apresentar os resultados das metas previstas no PNPCIRAS para o ano de 2017 relacionadas com as notificações dos indicadores de IRAS nacionais. Ademais, destina-se a divulgação dos resultados das notificações efetuadas pelos hospitais brasileiros.

Métodos:

Os dados analisados neste boletim são referentes ao período de janeiro a dezembro de 2017, coletados e notificados pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos hospitais com leitos de UTI ou que realizam parto cirúrgico (com ou sem UTI). Os dados foram notificados à Anvisa por meio de formulários eletrônicos FormSus versão 3.0, exceto os estados de Amazonas, Bahia, Paraná e São Paulo, que possuem ferramentas próprias de vigilância de IRAS. Os dados dos hospitais referentes a esses estados foram encaminhados à Anvisa pelas respectivas Coordenações Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar (CECIHs) e agregados ao banco de dados nacional.

Os dados foram notificados separadamente por tipo de UTI (adulto, pediátrica e neonatal) e também no formulário para notificação de dados de infecções em sítio cirúrgico. Esses formulários são revisados anualmente pela Anvisa, devido à necessidade de adaptação, à inclusão de novos indicadores de monitoramento nacional e à atualização de perfis de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos. Essa atualização é realizada com apoio técnico da Comissão Nacional de Prevenção e Controle das IRAS (CNCIRAS), Câmara técnica de Resistência microbiana (CATREM) e CECIHs/CMCIHs.

Para a definição do diagnóstico epidemiológico das IRAS, os serviços notificantes foram orientados a utilizarem os Critérios Diagnósticos Nacionais de IRAS publicados pela Anvisa.

A análise dos dados apresentados neste boletim foi realizada com a utilização do software para estatística computacional R versão 3.4.3. A identificação bacteriana e a determinação do fenótipo de resistência foram realizadas de acordo com a metodologia empregada rotineiramente por cada serviço de saúde.

Até o ano de 2016 a relação de hospitais que deveriam notificar era baseada nos dados disponibilizados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), entretanto, foi verificado que alguns desses hospitais não possuíam cadastro no CNES ou esse cadastro estava desatualizado, por isso, a Anvisa passou a solicitar que as CECIHs validassem a lista de hospitais para tornar as análises mais fidedignas.

Os resultados foram analisados com o apoio técnico da CNCIRAS e do CATREM.

Para visualizar o boletim completo, clique no link:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiTlZlOGRhOTYtYzZjOS00NmZmLWE5MWUtN2RkNDhiZGJiOGE1IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDQ1ZjVIZGQ4MSJ9>

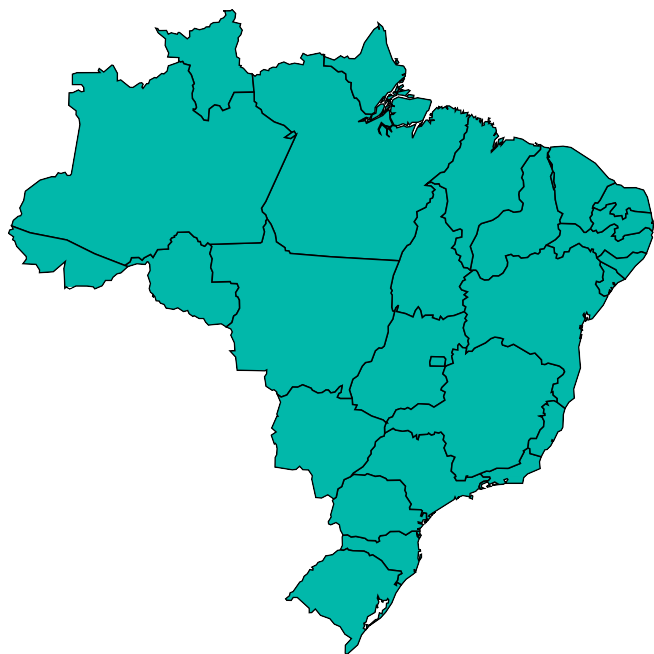


Selecione aqui o estado para visualizar os resultados alcançados em 2017.

ESTADO

- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas

Percentual de adesão às notificações. de IPCSL, PAV e ITU



Selecione o estado no mapa para visualizar os resultados em 2017.

O mapa acima mostra os percentuais de adesão à notificação de IPCSL, PAV e ITU por estado no ano de 2017.

Esse mesmo resultado é apresentado em forma de tabela e pode ser visualizado separadamente por estado selecionado no menu acima.

PNPCIRAS

Avaliação das metas 1, 2 e 3 do PNPCIRAS: Percentual de hospitais com leitos de UTI e hospitais com centro cirúrgico, por estado, que notificaram seus dados de IPCSL, PAV, ITU e infecção em sítio cirúrgico - cesariana, de 10 a 12 meses em 2017.

ESTADO	Percentual de adesão à notificação em IPCSL	Taxa de adesão à notificação em PAV	Taxa de adesão à notificação em ITU	Taxa de adesão à notificação em infecção em sítio cirúrgico - cesariana
BRASIL	72%	69%	72%	

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.

Avaliação da meta 4 do PNPCIRAS: Densidade de incidência e percentil 90 (P90) da distribuição de incidência NACIONAL associada a CVC por UTI em 2017.

Tipo de UTI	Densidade de incidência em 2017	Valor do P90 em 2017	Valor referência em 2015	% de Redução ou Aumento do P90 em relação a 2015
UTI adulto	4,40	10,90	11,00	redução 0,9
UTI Neonatal 750 a 999g	8,10	20,00	21,40	redução 6,5
UTI Neonatal 1.000 a 1.499g	7,80	17,90	18,70	redução 4,3
UTI Neonatal 1.500 a 2.499g	6,10	15,70	18,90	redução 17
UTI Neonatal < 750g	8,60	22,30	20,50	aumento 8,8
UTI Neonatal ≥ 2500g	5,60	15,60	17,40	redução 10,3
UTI Pediátrica	4,80	12,30	14,40	redução 14,6

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.

RESULTADOS DA VIGILÂNCIA NAS UTIs ADULTO, PEDIÁTRICA E NEONATAL

TIPO DE UTI

- UTI adulto
- UTI neonatal
- UTI pediátrica

Densidade de incidência e percentis 10 e 90 da distribuição das densidades de incidência de IPCSL associada a CVC, PAV e ITU associada a CVD em UTI. Brasil, 2017.

TIPO DE UTI	Tipo de infecção	Densidade de incidência em 2017	Percentil 10	Percentil 90
UTI adulto	IPCSL associada a CVC	4,40	0,00	10,90
UTI adulto	ITU associada a CVD	4,70	0,00	11,80
UTI adulto	PAV	11,50	1,70	27,80
UTI neonatal	IPCSL < 750g	8,60	0,00	22,30
UTI neonatal	IPCSL > 2.500g	5,60	0,00	15,60
UTI neonatal	IPCSL 1.500 a 2.499g	6,10	0,00	15,70

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.

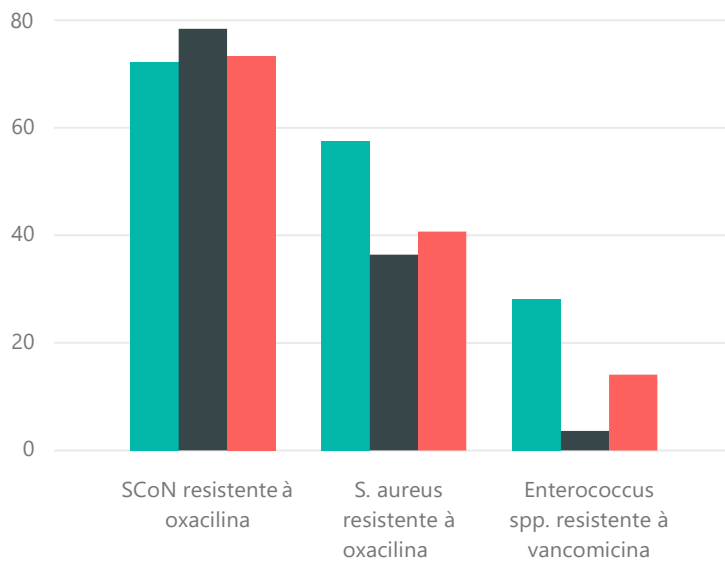
Porcentagens dos fenótipos de resistência entre os microrganismos mais frequentemente notificados como agentes etiológicos de IPCSL em pacientes hospitalizados em UTI. Brasil, 2017.

TIPO DE UTI	Perfil fenotípico de bacilos Gram-negativos e cocos Gram-positivos identificados	Porcentagem de resistência
UTI neonatal	SCoN resistente à oxacilina	78,40
UTI adulto	Acinetobacter spp. resistente aos carbapenens	77,70
UTI pediátrica	SCoN resistente à oxacilina	73,40
UTI adulto	SCoN resistente à oxacilina	72,20
UTI adulto	S. aureus resistente à oxacilina	57,50
UTI pediátrica	Acinetobacter spp. resistente aos carbapenens	48,60

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.

Porcentagens dos fenótipos de resistência entre os cocos Gram-positivos mais frequentemente notificados como agentes etiológicos de IPCSL em pacientes hospitalizados em UTI. Brasil, 2017

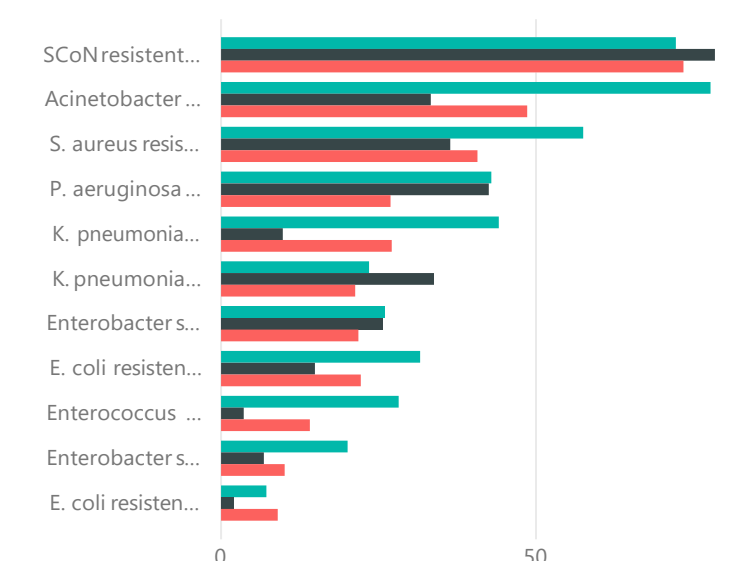
TIPO DE UTI ● UTI adulto ● UTI neonatal ● UTI pediátrica



Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.

Porcentagens dos fenótipos de resistência entre os bacilos Gram-negativos mais frequentemente notificados como agentes etiológicos de IPCSL em pacientes hospitalizados em UTI. Brasil, 2017

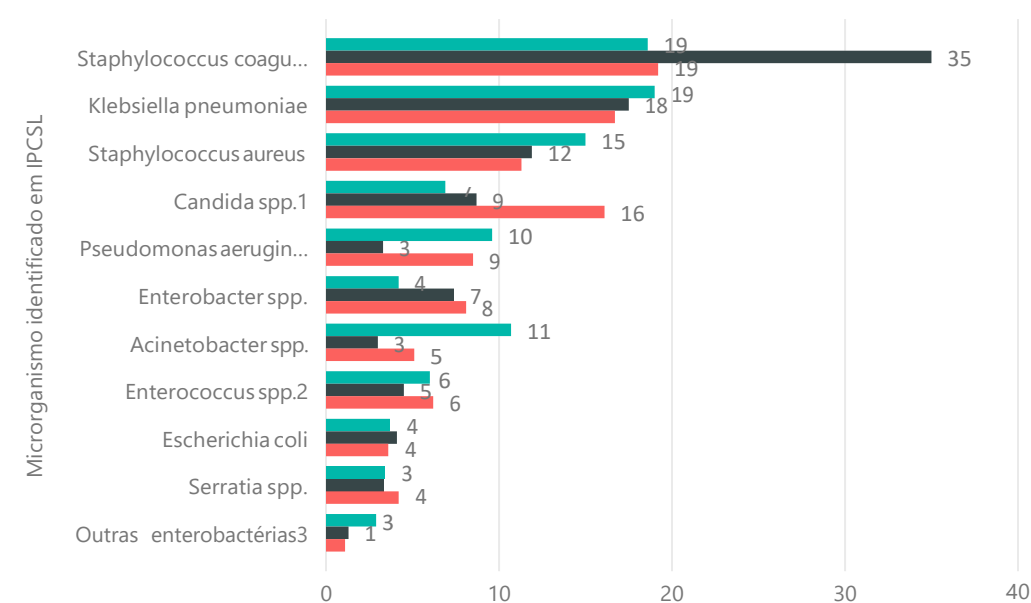
TIPO DE UTI ● UTI adulto ● UTI neonatal ● UTI pediátrica



Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.

Percentual da distribuição dos microrganismos notificados como agentes etiológicos de IPCSL em pacientes hospitalizados em UTI adulto. Brasil, 2017

TIPO DE UTI ● UTI adulto ● UTI neonatal ● UTI pediátrica



Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.



RESULTADOS DA VIGILÂNCIA EM CENTRO CIRÚRGICO/CENTRO OBSTÉTRICO

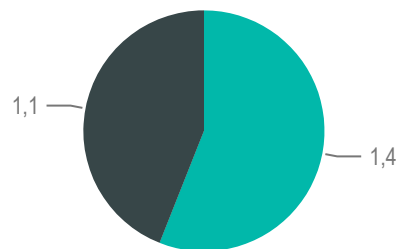
Densidade de incidência e percentis 10 e 90 da distribuição das incidências de infecção de sítio cirúrgico - cirurgia cesariana . Brasil, 2017.

Tipo de infecção	Densidade de Incidência	Percentil 10	Percentil 90
ISC - cesariana	1,3	0	3,20

ESTADO	Adesão à notificação ISC-cirurgia cesariana
BRASIL	45%

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.

Taxa de infecção de sítio cirúrgico - cirurgia cesariana por ano (com e sem vigilância pós alta). Brasil, 2017.



Tipo de infecção ● Com Vigilância ● Sem Vigilância

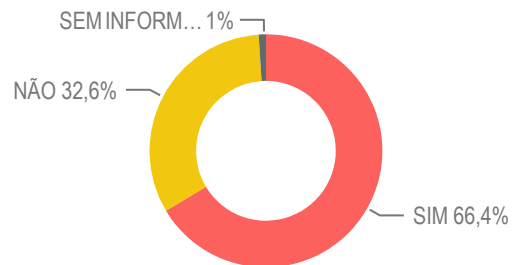
Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.

Percentual de adesão à notificação ISC-cirurgia cesariana por Estado em 2017



Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.

Percentual de serviços notificantes em relação a vigilância pós alta de infecção de sítio cirúrgico - cirurgia cesariana. Brasil, 2017.



Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.

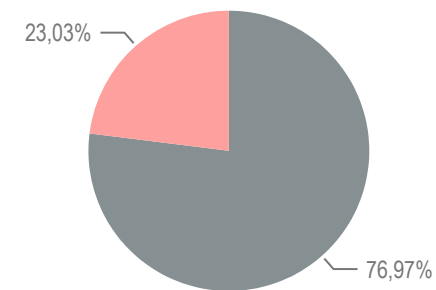
RESULTADOS DA VIGILÂNCIA EM CENTRO CIRÚRGICO/IMPLANTE MAMÁRIO

Densidade de incidência e regularidade de notificação em infecção de sítio cirúrgico - implante mamário

Tipo de infecção	Densidade de Incidência	Número de hospitais notificantes	Número de hospitais que notificaram de 10 a 12 meses
ISC- implante mamário	10,40	498	149

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.

Número de hospitais que notificaram pelo menos 1 vez em 2017 e que notificaram de 10 a 12 meses.



● Número de hospitais notificantes ● Número de hospitais que notificaram de 10 a 12 meses

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2017.



PNPCIRAS:

Metas

De acordo com os dados relacionados às metas de adesão à notificação de IPCSL, PAV e ITU (metas 1 e 2), verificamos que nacionalmente alcançamos as metas para o ano de 2017: 72% para IPCSL, 69% para PAV e 72% para ITU. Quanto aos resultados da adesão por estado, é possível verificar que vários estados se destacam apresentando alta adesão à notificação e possivelmente esses estados já estejam numa fase de trabalhar, além da adesão à notificação, a qualificação dos dados notificados, o que demonstra um amadurecimento das ações executadas pelas coordenações estaduais e municipais de prevenção e controle de IRAS junto aos hospitais de seus estados. Por outro lado, é necessário que os estados que não conseguiram alcançar as metas estabelecidas busquem identificar os fatores que podem ter contribuído para adesão dos hospitais do estado ser menor que a meta do PNPCIRAS para o ano e priorizem ações que estimulem a notificação junto aos hospitais com a participação efetiva dos gestores hospitalares. Quando o hospital não notifica seus dados perde a oportunidade de contribuir com o conhecimento da realidade local e do desenvolvimento de ações, por parte das coordenações de controle infecção municipais/estaduais e nacional para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Quanto à meta 3, para o ano de 2017 era de 55% dos hospitais que realizam parto cirúrgico notificando os seus dados de infecção em cesariana nos 10 a 12 meses do ano. Como pode ser observado na tabela de avaliação das metas na aba do PNPCIRAS, o percentual de regularidade de notificação nacional foi de 45% ou seja, abaixo da meta estabelecida para o ano. Embora 6 estados e o Distrito Federal tenham superado a meta estabelecida para o dado nacional de 55% isso não foi suficiente para elevar o percentual nacional, sendo que a expectativa é de que todos os estados superem a meta e tenham um percentual de adesão semelhante para que o dado nacional sofra menos influência dos diferentes percentuais dos estados.

A meta 4 que trata da redução da densidade de incidência de IPCSL em UTI adulto, pediátrica ou neonatal com taxa de infecção acima do percentil 90, para o ano de 2017 era de uma redução de 7,5%. Entretanto, de acordo com os dados da aba PNPCIRAS, a meta só foi alcançada/superada nas UTIs pediátrica e neonatal na faixa de peso 1.500 a 2.499g e $\geq 2500g$. Além disso, houve aumento na densidade de incidência no percentil 90 na UTI neonatal na faixa de peso $< 750g$.

UTI ADULTO, PEDIÁTRICA E NEONATAL:

Densidades de incidência nas UTIs

De acordo com os dados da aba UTI adulto, pediátrica e neonatal, é possível verificar que em UTI adulto as mais altas taxas de infecção são observadas para PAV, enquanto em UTI neonatal as mais altas taxas são observadas em IPCSL. Já em UTI pediátrica não há diferença grande entre as densidades de incidência em IPCSL, PAV e ITU. Em relação ao percentil 10 ainda se observa a existência de taxa 0, bem diferente do percentil 90 nas três UTIs.

Resistência microbiana em microrganismos isolados das IPCSL nas UTIs

É possível visualizar que em UTI adulto a taxa de resistência mais alta observada foi do bacilo Gram-negativo: *Acinetobacter* spp. resistente aos carbapenêmicos (77,7%) seguida pelo coco Gram-positivo *Staphylococcus coagulase negativos* (ScoN) resistente à oxacilina (72,2%). Já em UTI pediátrica ocorreu o inverso, pois a mais alta taxa de resistência foi observada em ScoN resistente à oxacilina (73,4%) seguida de *Acinetobacter* spp. resistente aos carbapenêmicos (48,6%). A UTI neonatal apresentou um perfil um pouco diferente, sendo que a maior taxa de resistência foi observada em ScoN resistente à oxacilina (78,4%) seguida de *Pseudomonas aeruginosa* resistente à carbapenêmicos (43,5%).

CENTRO CIRÚRGICO: CESARIANA E IMPLANTE MAMÁRIO: