

# **DA IH À IACS: A NOMENCLATURA MUDOU ALGUMA COISA?**

**Hospitais Públicos e Privados**

Elaine Pina

**O NOME DAS COISAS...**

**“What’s there in a name?  
A rose by any other name  
would smell as sweet”**

William Shakespeare

# Nomenclatura (do latim *nomenclatura*)

*Conjunto de palavras peculiares a uma Ciência ou a uma Arte*

*Método para classificar objectos de uma Ciência ou a uma Arte*

- **INFECÇÃO CRUZADA / IH / IACS – a mesma coisa?**
- **Há diferenças entre Públicos e Privados?**

# VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Essencial para detectar episódios de infecção para:
  - Identificação de populações vulneráveis
  - Definição prioridades de intervenção
  - Avaliação da eficácia das actividades

# VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

## Porque?

- Para concentrarmo-nos nas infecções evitáveis onde podemos actuar ...

# ASPECTOS IMPORTANTES

- **utilizar** definições de forma sistemática (CDC)
- **distinguir** infecção de colonização e distinguir as infecções nosocomiais (IN) de outras IACS
- ter **fontes múltiplas** de informação

# MONITORIZAÇÃO DE EPISÓDIOS DE INFECÇÃO

- Detecção precoce da infecção no internamento
  - adquiridas no hospital
- Identificação da infecção na admissão do doente
  - adquiridas no internamento anterior, noutro hospital, noutra instituição de saúde, na comunidade etc..

# EPI SÓDIOS de INFECÇÃO

- IACS / nosocomial (*adquirida no Hospital dos Lusíadas no internamento actual*) - **NOSO1**
- IACS / nosocomial (*adquirida no Hospital dos Lusíadas em internamentos anteriores*) - **NOSO2**
- IACS / Nosocomial de outro hospital – **NOSO3**
- **IACS** Comunidade - **Definições diferentes**
  - de Lar / Unidades de Cuidados Continuados (*se for possível definir*)
  - de Centro de Saúde (*se for possível definir*)
  - Comunidade não especificada (*se não for possível definir*)
- Infecção da Comunidade – **IC**




# NÃO SÃO IACS/NOSOCOMIAIS

- Complicações ou Extensões de infecções já presentes na admissão
- Colonização: presença de microrganismo na pele, membranas mucosas, feridas abertas, excreções ou secreções, mas sem sinais ou sintomas clínicos evidentes de infecção
- Reacção inflamatória que resulta da resposta tecidular ao trauma ou estimulação por agentes não infecciosos (por exemplo químicos ou térmicos)

# Fonte:

## Folha de Participação de IACS

(a preencher pelos serviços)

 <b>HPP HOSPITAL DOS LUSÍADAS</b>		<b>COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO</b>	
		<b>FOLHA DE PARTICIPAÇÃO DA INFECÇÃO</b>	
		<b>ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE</b>	
		<b>IACS</b>	
<b>Nome do Cliente:</b> _____			
<b>HLU:</b> _____		<b>Especialidade:</b> _____	
<b>Cama / Quarto:</b> _____			
<b>Data de Internamento:</b> ____ / ____ / ____			
<b>Motivo de Admissão:</b> _____			
<b>Diagnóstico Clínico:</b> _____			
<b>Submetido a Cirurgia – Sim:</b> <input type="checkbox"/> <b>Não:</b> <input type="checkbox"/> <b>Data de Cirurgia:</b> ____ / ____ / ____			
<b>Cirurgia Efectuada:</b> _____			
<b>Profilaxia Cirúrgica (AB): Sim:</b> <input type="checkbox"/> <b>Não:</b> <input type="checkbox"/>			
<b>Data de Infecção:</b> ____ / ____ / ____			
<b>Cliente com infecção na admissão ao Hospital? Sim:</b> <input type="checkbox"/> <b>Não:</b> <input type="checkbox"/>			
<b>Antibiótico efectuado:</b> _____			
<b>Agente Isolado:</b> _____			
<b>Antibiótico Prescrito:</b> _____			
<b>Local do Episódio de Infecção no Internamento Actual</b>			
Vias Urinárias	<input type="checkbox"/>		
Local Cirúrgico	<input type="checkbox"/>	<b>Infecção Superficial:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Infecção Profunda:</b> <input type="checkbox"/>
Vias Resp. Inferior	<input type="checkbox"/>	<b>Infecção Espaço / Órgão:</b> <input type="checkbox"/>	
Corrente Sanguínea	<input type="checkbox"/>		
Ap. Digestivo	<input type="checkbox"/>		
Ap. Genital	<input type="checkbox"/>		
Pele Tecidos Moles	<input type="checkbox"/>		
Ósseo/Articular	<input type="checkbox"/>		
ORL	<input type="checkbox"/>		
Sist. Cardiovascular	<input type="checkbox"/>		
SNC	<input type="checkbox"/>		
Outro	<input type="checkbox"/>	<b>Qual?</b> _____	
<b>Observações:</b> _____			
_____			
_____			
<b>Ass.</b> _____ <b>Data</b> ____ / ____ / ____			

# FONTE: MICROBIOLOGIA

Análise cuidadosa para:

- Excluir repetições
- Distinguir infecção de colonização
  - Locais **normalmente estéreis** (sangue, urina, LCR) versus **locais com flora saprófita** (p.ex. feridas crónicas, vias respiratórias – diagnóstico é clínico)
- Informar os serviços

# TODAS AS INFECÇÕES IDENTIFICADAS, POR FONTES DE INFORMAÇÃO

	Janeiro a Maio	Junho a Agosto	Setembro a Dezembro
Fontes de Informação			
Notificação efectuada pelos Serviços via “Folha de participação da IACS”	33	34	16 (17% dos episódios identificados)
Informação do Laboratório	-	19	89
Revisão de Processos Clínicos	-	-	(ECI)
TOTAL	33 (1951)	53 (1036)	105 (1652)

# Episódios de Infecções Analisados

## Infecções adquiridas no HLU

<b>NOSOCOMIAL 1</b>	<b>NOSOCOMIAL 2</b>
<b>45,7%</b>	
<b>22,9%</b>	<b>22,8%</b>
2 / 100 doentes admitidos	
3,97 / 1000 dias de internamento	

## Infecções adquiridas noutras instituições de saúde ou na comunidade

<i><b>NOSOSCOMIAL 3</b></i>	<i><b>IACS Com.</b></i>	<i><b>IC</b></i>	<i><b>TOTAL</b></i>
0,64 %	0,39 %	1,29 %	<b>54,3%</b>
2,34 / 100 doentes admitidos			

# Episódios de Infecções Analisados

## Infecções adquiridas no HLU. Informação do laboratório e serviços

<i><b>NOSOCOMIAL 1</b></i>	<i><b>NOSOCOMIAL 2</b></i>
<b>2</b> / 100 doentes internados	
<b>3,97</b> / 1000 dias de internamento	

## Informação dos últimos 4 meses do ano – + busca activa

<i><b>NOSOCOMIAL 1 e NOSOCOMIAL 2</b></i>
<b>2,24</b> / 100 doentes internados
<b>5,2</b> / 1000 dias de internamento

# HÁ CONTROLO DE INFECÇÃO SEM VE?

- Vigilância epidemiológica das infecções é **essencial** mas não é suficiente para levar à mudança de práticas e diminuição das infecções
- Para utilizar os resultados da VE e haver aprendizagem é preciso em 1º lugar que cada profissional admita que o seu trabalho não está a ser satisfatório e pode estar a contribuir directamente para os resultados encontrados – papel da **avaliação de risco**

# **Passo 1 – avaliar a existência de um programa organizacional efectivo**

- Existe uma política que define os critérios para a colocação de cateter urinário?
- Existem critérios definidos para retirar o cateter urinário?
- Existe um processo para identificar o uso inapropriado ou duração inapropriada de cateter urinário?
- Existem recomendações/protocolos para identificar e remover os cateteres que já não são necessários?
- Existem recomendações/políticas para o recurso à ecografia na inserção do catéter urinário nas situações de retenção?
- Existem mecanismos para educação dos prestadores de cuidados sobre o uso e cuidados de manutenção do catéter urinário?



## Passo 2 – Avaliar a população de risco

	<b>Total Altas</b>	<b>Total Dias</b>	<b>DM</b>
<b>Ortopedia</b>	1353 - <b>50.39%</b>	4690.32	3.47
<b>C. Plástica</b>	264 - <b>9.83%</b>	1389.28	5.26
<b>Medicina Interna</b>	233 - <b>8.68%</b>	2327.01	9.99
<b>Cirurgia Geral</b>	216 - <b>8.04%</b>	722.33	3.34
<b>Urologia</b>	175 - <b>6.52%</b>	551.88	3.75
	2241	9680.82	4.32

## Passo 3: Avaliar os dados de base

- No período de Janeiro a Agosto de 2009 (oito meses) foram identificadas 34 infecções urinárias com a seguinte distribuição :

	Género M/F	Média idade	Admissão		Algaliado	IC	IN
			Medica	Cirúrgica			
Paraplégicos/ Tetraplégicos	15 / 2	50,4 anos	9	8	15 (2 nefrt)	9	8
Outros	13 / 4	73,9 anos	15	2	11	8	9

Nota: IC – *infecção adquirida na comunidade*; IN – *infecção adquirida no hospital*.

## Passo 4: determinar o impacto financeiro

- internamento desnecessário
- prolongamento do internamento
- terapêutica antimicrobiana parentérica
- custos dos exames laboratoriais
- aumento da carga de trabalho de enfermagem e médico
- Problemas com as seguradoras

## Passo 5: Utilizando toda a informação obtida determinar qual o risco destas infecções no risco global da Instituição

- Volume elevado – sim
- Carga de trabalho – sim
- Necessário desenvolver recomendações – sim
- Morbilidade – pode diminuir se melhorar os cuidados na comunidade
- Mortalidade – não temos dados
- Risco financeiro – pode ser importante devido ao internamento de doentes que poderiam ser tratados em ambulatório e as seguradoras podem não estar de acordo com o internamento.

# MEDIDAS TOMADAS

- Desenvolvimento das normas de prevenção: já estavam elaboradas
- Normas para colocação, remoção e avaliação diária da necessidade – **médicos interlocutores da CCI**
- Implementação de um sistema para a detecção precoce da IU no ambulatório – **Med. Ligação às seguradoras**
- Planeamento de formação – **CCI e enf. coordenadores**

# INFECÇÃO DO TRACTO URINÁRIO

Presentes na Admissão		IACS Adquiridas no Internamento (IN)
Associadas aos Cuidados de saúde na Comunidade (IACS Comunidade)	4	25 (44,64%)
Infecções da Comunidade (IC)	12	
Infecções Adquiridas noutros Hospitais (NOSOCOMIAL 3)	5	
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	

**Taxa de incidência da ITU adquiridas no HLU**

- 1,1 por 100 doentes
- 1,3 por mil dias de internamento

# **AVALIAÇÃO DE QUALIDADE**

- **Em termos de Qualidade, o essencial é saber o que é que a Instituição de Saúde faz perante a detecção de um problema pelos indicadores avaliados!!**

Patterson CH AJIC, 1989

# CONCLUSÃO

Para uma intervenção eficaz a nomenclatura é importante:

- as IACS adquiridas no hospital requerem intervenções específicas na própria instituição
- As IACS adquiridas noutras Instituições requerem outro tipo de intervenções: p.ex comunicação inter-institucional, notas de alta etc.



