

MANUAL DE INDICADORES IRAS

NAGEH IRAS 2014



Compromisso com a Qualidade Hospitalar



O PROGRAMA COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

É um programa de adesão voluntária que tem como objetivo contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar estimulando a participação e a autoavaliação das organizações envolvidas, com um forte componente educacional que resulta no incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos.

Outro aspecto relevante do programa é o incentivo ao trabalho coletivo, por meio de grupos multidisciplinares.

MISSÃO

A missão do Programa CQH é contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde mediante metodologia específica.

VALORES

Ética: a participação no Programa CQH requer integridade, honestidade moral e intelectual e o respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

Enfoque educativo: o Programa CQH promove o aprendizado a partir da reflexão e da análise crítica como dos processos e resultados.

Autonomia técnica: o Programa CQH tem autonomia técnica para ser conduzido, independentemente de injunções que contrariem os princípios definidos em seus documentos básicos: Missão, Valores, Visão, Estatuto e Metodologia de Trabalho.

Simplicidade: o Programa CQH busca a simplicidade. As regras são adequadas à realidade dos serviços de saúde brasileiros.

Voluntariado: o Programa CQH incentiva a participação voluntária dos serviços de saúde, interpretando a busca da melhoria da qualidade como manifestação de responsabilidade pública e de cidadania.

Confidencialidade: o Programa CQH trata todos os dados relacionados às suas atividades de maneira confidencial, preservando a identificação dos participantes.



PRODUTOS DO CQH

1. Avaliação da qualidade
2. Banco de dados
3. Cursos
5. Modelo de gestão
6. Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS)
7. **Núcleos de Apoio a Gestão Hospitalar (NAGEH)**
 - **Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS)**
 - Enfermagem
 - Nutrição
 - Farmácia
 - Hospitais pediátricos
 - Clientes
 - Pessoas (recursos humanos)

NAGEH

São grupos de estudos, formados por profissionais, a partir da manifestação de interesse, de diferentes organizações e serviços de saúde com objetivo de estimular a troca de informação e a melhoria da qualidade dos serviços por meio da criação, padronização e validação de indicadores.

Os grupos de estudos caracterizam-se como um importante espaço de aprendizado organizacional e um diferencial ao Programa CQH – como ferramenta para a construção de um Modelo de Excelência em Gestão.

NAGEH IRAS

O NAGEH IRAS tem como objetivo facilitar a gestão da prevenção e controle de IRAS, através da troca de experiências e dos conhecimentos institucionais, da gestão por processos, gerando valor e contribuindo para a melhoria contínua dos serviços de saúde.



Como participar do NAGEH IRAS

A organização de saúde que tiver interesse em participar do Grupo de Estudos de Indicadores de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde deverá cadastrar-se por meio do **TERMO DE PARTICIPAÇÃO** (impresso em anexo CQH-16) e o preenchimento do **CADASTRO MÉDICO-HOSPITALAR** (impresso em anexo CQH-02), a ser encaminhado ao Núcleo Técnico do CQH, situado na sede da Associação Paulista de Medicina - APM, sito a Avenida Brigadeiro Luiz Antônio, 278 - 7º andar São Paulo – Capital.

A participação do hospital efetiva-se com a participação do profissional indicado a fazer parte do grupo de estudos e com o envio dos relatórios de indicadores mensais.

Informações

E-mail: cqh@apm.org.br
Telefones: (11) 3188-4213
(11) 3188-4214



Sumário

COORDENAÇÃO	8
COORDENAÇÃO DOS GRUPOS DE INDICADORES	9
INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PARTICIPANTES DO NAGEH IRAS.....	10
APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO.....	12
INDICADORES	13
MODELO DE FICHA TÉCNICA DE INDICADORES.....	14
PARTE I – INDICADORES DE RESULTADOS	15
GRUPO 1 – INDICADORES GERAIS	16
1. Taxa de infecção relacionada à assistência à saúde.....	16
GRUPO 2 - INDICADORES DE PNEUMONIA RELACIONADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA.....	18
2. Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica.....	18
3. Taxa de utilização de ventilação mecânica	21
GRUPO 3 – INDICADORES DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADA A CATETER VESICAL DE DEMORA.....	23
4. Densidade de incidência de infecção do trato urinário relacionada a cateter vesical de demora.....	23
5. Taxa de utilização de cateter vesical de demora.....	25
GRUPO 4 – INDICADORES DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO	27
6. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas	27
7. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em revascularizações do miocárdio	29
8. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias neurológicas limpas.....	31
9. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em craniotomias	33
10. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas limpas	35



11. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em artroplastias totais de quadril.....	37
12. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em artroplastias de joelho.....	39
13. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cesáreas.....	41
14. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas com implante de próteses	43
GRUPO 5 – INDICADORES DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA	45
15. Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea com confirmação laboratorial associada a cateter venoso central	45
16. Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea clínica sem confirmação laboratorial associada à cateter venoso central	48
17. Taxa de utilização de cateter venoso central	50
GRUPO 6 – INDICADORES DE MICROBIOLOGIA CLINICA E ANTIMICROBIANOS	52
18. Densidade de incidência de <i>S. aureus</i> resistente à oxacilina.....	52
19. Densidade de incidência de bacilos gram negativos não fermentadores resistentes à carbapenêmicos	53
20. Densidade de incidência de enterobactérias resistentes à carbapenêmicos	54
21. Densidade de incidência de enterococos resistentes à vancomicina	55
22. Percentual de <i>S. aureus</i> resistentes à oxacilina.....	56
23. Percentual de bacilos gram negativos não fermentadores resistentes à carbapenêmicos	57
24. Percentual de enterobactérias resistentes à carbapenêmicos.....	58
25. Percentual de enterococos resistentes à vancomicina.....	59
26. Percentual de hemoculturas positivas para <i>S. aureus</i> resistentes à oxacilina	60
27. Percentual de hemoculturas positivas para bacilos gram negativos não fermentadores resistentes à carbapenêmicos.....	61
28. Percentual de hemoculturas positivas para enterobactérias resistentes à carbapenêmicos	62
29. Percentual de hemoculturas positivas para enterococos resistentes à vancomicina	63



30. Percentual de hemoculturas positivas para <i>Candida sp</i>	64
31. Consumo Mensal de Antimicrobianos – Cálculo da Dose Diária Dispensada (DDD)	65
GRUPO 7 – INDICADORES DE IRAS EM UTI NEONATAL	68
32. Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica.....	68
33. Taxa de utilização de ventilação mecânica	70
34. Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorial	72
35. Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea clínica sem confirmação laboratorial	74
36. Taxa de utilização de cateter venoso central	76
PARTE II – INDICADORES DE PROCESSO.....	78
GRUPO 1 - INDICADORES GERAIS	79
37. Consumo de produto alcoólico para higienização das mãos	79
REALIZAÇÃO	81
REVISÃO	81
REFERÊNCIAS TEÓRICOS	81
REFERÊNCIAS	82
ANEXOS	83
TERMO DE PARTICIPAÇÃO (impresso CQH – 16)	84
CADASTRO MÉDICO-HOSPITALAR (impresso CQH-02)	85



COORDENAÇÃO

COORDENAÇÃO NAGEH

Andrea Nascimento – Núcleo Técnico CQH

COORDENAÇÃO NAGEH IRAS – INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Cibelle Naves de Oliveira – Núcleo Técnico CQH

Dr^a Suzana Aparecida Silveira – Hospital Policlín – São José dos Campos



COORDENAÇÃO DOS GRUPOS DE INDICADORES

Grupo 1 – Indicadores Gerais

Claudia R. C. Lopes – Hospital Municipal São Luiz Gonzaga (SP)

Grupo 2 – Indicadores de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

Alessandra Lima Pinto – Hospital Geral de Carapicuíba (Carapicuíba- SP)

Grupo 3 – Indicadores de Infecção do Trato Urinário Relacionada a Cateter Vesical de Demora

Helena Maria Felício – Hospital Regional de Assis (Assis- SP)

Grupo 4 – Indicadores de Infecção de Sítio Cirúrgico

Julliana Teixeira Nunes Vidal – Hospital Policlin (São José dos Campos- SP)

Grupo 5 – Indicadores de Infecção Primária da Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central

Ana Carolina Oliveira Filhiolino – Hospital da Aeronáutica de São Paulo (SP)

Grupo 6 – Indicadores de Microbiologia e Antimicrobianos

Suzana Aparecida Silveira – Hospital Policlin (São José dos Campos- SP)

Grupo 7 – Indicadores de IRAS em UTI Neonatal

Aline Cristhina Martins – Hospital Policlin (São José dos Campos – SP)



INSTITUIÇÕES DE SAÚDE PARTICIPANTES DO NAGEH IRAS

- C.R.S.M. – Centro de Referência da Mulher – São Paulo
- Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental Franco da Rocha – Franco da Rocha
- Centro Médico de Campinas - Campinas
- Conjunto Hospitalar do Mandaqui – São Paulo
- Hospital Estadual Professor Carlos da Silva Lacaz – Francisco Morato
- AACD Hospital / Unidade Abreu Sodré – São Paulo
- Hospital da Aeronáutica de São Paulo – São Paulo
- Hospital do Servidor Público Municipal – São Paulo
- Hospital dos Fornecedores de Cana - Piracicaba
- Hospital Dr. Miguel Soeiro - Sorocaba
- Hospital e Maternidade Dr. Christóvão da Gama – Santo André
- Hospital e Maternidade Interlagos – São Paulo
- Hospital e Maternidade Policlin – São José dos Campos
- Hospital e Maternidade Policlin – Taubaté
- Hospital e Maternidade Unimed de Piracicaba- Piracicaba
- Hospital e Maternidade Vida's – São Paulo
- Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria - Mirandópolis
- Hospital Estadual Mário Covas de Santo André – Santo André
- Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba
- Hospital Geral de Guarulhos – Prof. Dr Waldemar de C. P. Filho – OSS - Guarulhos
- Hospital Geral de Itapeverica da Serra - SECONCI - SP OSS – Itapeverica da Serra
- Hospital IFOR – São Bernardo do Campo
- Hospital IGESP – São Paulo
- Hospital Municipal Dr. Moisés Deutsch – M'Boi Mirim – São Paulo
- Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha – São Paulo
- Hospital Municipal São Luiz Gonzaga – São Paulo
- Hospital Padre Albino - Catanduva
- Hospital Policlin– Nove de Julho – São José dos Campos
- Hospital Regional de Assis – Assis
- Hospital Regional de Cotia – SECONCI- Cotia
- Hospital Regional de Divinolândia -CONDERG - Divinolândia
- Hospital Regional de Presidente Prudente – Presidente Prudente
- Hospital Ribeirão Pires- Ribeirão Pires
- Hospital Santa Cruz – São Paulo
- Hospital Santa Isabel – São Paulo
- Hospital Santa Virgínia – São Paulo
- Hospital São Francisco de Assis - Jacareí
- Hospital São Mateus – São Paulo
- Hospital SEPACO – São Paulo
- Hospital Unimed Recife III - Recife
- Hospital Vera Cruz - Campinas
- Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – São Paulo
- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos - Santos
- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araraquara – Araraquara
- Maternidade Santa Isabel - Baurú



APRESENTAÇÃO

O Manual de Indicadores de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), nesta primeira edição, propõe oportunizar aos profissionais de saúde a revisão dos indicadores atualmente enviados ao CQH, favorecendo o alinhamento com os indicadores de IRAS propostos pela ANVISA bem como conhecer novos indicadores que norteiem a gestão e a prática assistencial.

Para tanto, participantes do NAGEH foram distribuídos em grupos, considerando suas áreas de atuação e suas experiências. Cada grupo designou um coordenador, que, posteriormente, apresentou em plenária os resultados discutidos e as propostas de fichas dos Indicadores por grupo para sugestões, proporcionando a análise e a validação dos indicadores estudados.

A partir desse material a coordenação do NAGEH providenciou a elaboração, edição e diagramação deste Manual de Indicadores. A versão preliminar foi levada para aprovação em plenária.

Agradecemos a todos que fizeram parte das reuniões que deram origem a esse documento e também às equipes do Núcleo Técnico e setor administrativo do CQH, pelo indispensável suporte gerencial e operacional.

Fundamental é também agradecer ao Dr. Antônio Tadeu Fernandes, idealizador e primeiro coordenador do NACIH (Núcleo de Apoio ao Controle de Infecção Hospitalar), primeira iniciativa para benchmarking de indicadores do CQH, ao Dr. Milton Solbelmann Lapchike e ao Dr. Marcos Antônio Cyrillo, ex-coordenadores do grupo e pela continuidade das atividades do Núcleo. Todo esse trabalho fundamentou e possibilitou a realização desse manual.

Cibelle Naves de Oliveira



INTRODUÇÃO

A identificação, a prevenção e o controle das IRAS representam fundamentos da Política de Gestão da Segurança do Paciente nos serviços de saúde, na perspectiva deste risco clínico. Neste modelo, os dados são coletados, analisados, utilizados na elaboração de indicadores de estrutura, processo e resultados, vinculados a metas e a partir dessa sistemática, podem ser comparados em séries históricas ou entre instituições participantes, o que contribui para a melhoria contínua dos processos.

A aplicação dos conceitos de vigilância epidemiológica já padronizados por diversas instituições nacionais e por referências internacionais permite a obtenção de informações de qualidade para a ação, orientadas pela relevância, a morbimortalidade, a dimensão e o potencial de disseminação dos eventos infecciosos.

A revisão dos indicadores, proposta em 2013 e apresentada nesta publicação, vem facilitar a integração dos bancos de dados do CQH com informações nacionais. Recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária– ANVISA atualizou critérios diagnósticos de IRAS no Brasil, estabelecendo um sistema de avaliação e divulgação dos indicadores nacionais. O Grupo Técnico do NAGEH IRAS decidiu adotar em seus indicadores a definição dos critérios diagnósticos da ANVISA para a vigilância epidemiológica de IRAS em serviços de saúde, permitindo a harmonização necessária com as normativas vigentes.

A atualização de indicadores revisados irá permitir melhor identificação do perfil epidemiológico de IRAS das instituições, a melhor ocorrência de eventos, permitindo assim o reconhecimento das situações de risco para monitoramento.

Esta publicação apresenta os indicadores já implantados e passíveis de coleta sistemática atual em todas as instituições do CQH. A maioria dos indicadores selecionados nesta fase é de resultado, tendo sido incluído um de processo, o de higienização das mãos. O refinamento e a ampliação de indicadores e, especialmente, a inclusão de mais indicadores de processos serão feitos à medida que as instituições validarem a obtenção dos dados necessários para estas ações.

Finalizando, cabe ressaltar que importantes conquistas do projeto de revisão dos indicadores do NAGEH IRAS já se evidenciam: o dinamismo das equipes, a qualidade das discussões, o comprometimento dos participantes e a harmonia do trabalho.

Suzana Aparecida Silveira



INDICADORES

Indicadores são medidas ou mensurações que nos ajudam a entender o tamanho, valor ou representatividade de uma variável. É um número que conta uma história, uma importante ferramenta de gestão que por meio de conceitos e fórmula, contribui para o monitoramento de um determinado processo ou de uma situação, com a identificação dos avanços e eventuais necessidades de novas formulações, ou correção dos problemas e redirecionamento das decisões gerenciais. Em geral se expressa na forma de porcentagens ou frações, que permitem o estabelecimento de padrões de acompanhamento.

Uma das principais finalidades do indicador é mensurar determinado aspecto de uma realidade, descrevê-lo e compará-lo com bases anteriores. No entanto, para que possa ser considerado eficaz, deve possuir características principais:

- **Simplicidade:** deve ser de fácil levantamento e compreensão tanto pelos responsáveis pela mensuração como pelos usuários;
- **Rastreabilidade:** os dados devem ser identificados, possibilitando seu registro e manutenção, de modo a permitir a montagem de séries históricas para comparação;
- **Acessibilidade:** deve ser de fácil acesso e coleta, evitando distorções e prazos muito longos para sua obtenção, o que desatualizaria a informação;
- **Baixo custo:** deve utilizar relatórios e boletins existentes, evitando a criação de novos instrumentos de coleta. No entanto se for imprescindível, que possa ser gerado com o menor custo possível, de forma que este valor seja inferior ao benefício que pode proporcionar;
- **Estabilidade:** a permanência de rotinas deve permitir a montagem de comparações em prazos mais longos;
- **Abordagem experimental:** todo indicador deve ser testado na prática antes de sua implantação em larga escala.

É muito comum dizer que aquilo que não é medido não pode ser gerenciado. Assim, indicadores devem subsidiar ações de melhoria. No entanto, muitas vezes um indicador, isoladamente, nada informa, ou seja, ele deve ser então analisado em conjunto com outros e considerar também, sempre que possível, parâmetros, de mercado.

As características acima devem nortear a criação e manutenção de indicadores em todas as áreas da organização, inclusive em Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.



MODELO DE FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

Esta ficha foi resultado da análise dos recursos disponíveis sobre este tema, onde foi possível constatar que não existe um procedimento único ou um modelo padrão.

Neste sentido apresentamos uma sequência de itens que são identificados, no seu conjunto, como **FICHA TÉCNICA DE INDICADORES**:

Indicador

Definição:

Equação para cálculo:

Responsável pelo dado:

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Observações:

Referências:



PARTE I – INDICADORES DE RESULTADOS



GRUPO 1 – INDICADORES GERAIS

1. Taxa de infecção relacionada à assistência à saúde

Definição: As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) consistem em eventos adversos persistentes nos serviços, adquiridas durante a prestação dos cuidados de saúde.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de IRAS} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de IRAS}}{\text{Total de saídas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Em todas as unidades da instituição.
 Em unidades específicas. Quais?

Observações:

- A vigilância epidemiológica das IRAS deverá ser realizada mediante a busca ativa dos casos por meio da avaliação de dados laboratoriais (exemplo: hemoculturas), revisão de prontuários, discussão de casos suspeitos com a equipe multiprofissional, análise de registros de sinais vitais e outras anotações feitas pelos profissionais da unidade de saúde.
- Total de saídas: é o número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas). Casos de óbito fetal ou natimorto, com menos de 20 semanas, peso menor que 500



gramas (ou 1000 gramas) ou sem nenhum sinal de vida (respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical, etc.) não deverão ser contabilizados como saídas.

RReferências:

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília-DF, 1ª Edição – 2013.

Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Módulo202202CritC3A9rios20Diagnosticos20IRA20Saude.pdf>.

Acesso em dezembro de 2012.



GRUPO 2 - INDICADORES DE PNEUMONIA RELACIONADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

2. Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica

Definição: A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é uma infecção pulmonar relacionada à assistência à saúde que incide em pacientes em ventilação mecânica (VM).

Equação para cálculo: é a relação entre o número de novos casos de PAV e o número de ventilações mecânicas-dia, multiplicado por 1000.

$$\text{Densidade de incidência de PAV} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de PAV}}{\text{N}^\circ \text{ de ventilações mecânicas-dia}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Em todas as unidades da instituição.

Em unidades específicas. Quais?

- Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Observações:

- As infecções respiratórias são responsáveis por grande parte das infecções relacionadas à assistência à saúde (aproximadamente 15%) e estão associadas à alta morbidade, mortalidade, aumento do tempo de internação, além de representar elevado custo às instituições.



- O seu diagnóstico baseia-se na combinação de critérios radiológicos (infiltrado pulmonar novo ou progressivo), clínicos (febre $> 38^{\circ}\text{C}$ e secreção traqueobrônquica purulenta) e laboratoriais (leucocitose $> 12.000/\text{mm}^3$ ou leucopenia $< 4.000/\text{mm}^3$).
- As maiorias das pneumonias hospitalares ocorrem por aspiração de bactérias colonizantes da orofaringe ou trato gastrointestinal alto do paciente.
- A pneumonia relacionada à assistência à saúde é a infecção mais incidente em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo a ventilação mecânica (VM) o principal fator de riscos para o seu aparecimento em pacientes críticos, aumentando o risco de 6 a 21 vezes nesses pacientes.
- A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) surge 48 hs após intubação endotraqueal e instituição da VM invasiva. A PAV precoce ocorre até o quarto dia de intubação e início da VM e a PAV tardia se inicia após o quinto dia da intubação e VM até sua suspensão.
- Para o cálculo das pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAV), dever-se-á utilizar o sistema de vigilância epidemiológica de busca ativa que identifica as infecções segundo critérios diagnósticos padronizados pela ANVISA, em adultos e crianças.
- A ficha técnica deste indicador é única, mas os serviços de saúde que tiverem UTI adulto e pediátrica deverão mandar os dados individualizados por unidade.

Referências:

Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171(4):388-416.

Brazilian guidelines for treatment of hospital acquired pneumonia and ventilator associated pneumonia-2007. *J Bras Pneumol* 2007; 33 Suppl 1:S1-30.

Masterton RG, Galloway A, French G, Street M, Armstrong J, Brown E et al. Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia in the UK: report of the working party on hospital-acquired pneumonia of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. *J Antimicrob Chemother* 2008; 62(1):5-34.

Muscedere J, Dodek P, Keenan S, Fowler R, Cook D, Heyland D. Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: prevention. *J Crit Care* 2008; 23(1):126-137.



Collard HR, Saint S, Matthay MA. Prevention of ventilator-associated pneumonia: an evidence-based systematic review. *Ann Intern Med* 2003; 138(6):494-501.

Chan EY, Ruest A, Meade MO, Cook DJ. Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007; 334(7599):889.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). *Trato Respiratório: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde*, Brasília 2009.



3. Taxa de utilização de ventilação mecânica

Definição: Este indicador mede a intensidade de utilização do dispositivo invasivo de interesse na unidade, no caso pacientes em ventilação mecânica (VM). Este indicador traduz o quanto este fator de risco está presente na população analisada.

Equação para cálculo: é a relação entre o número de pacientes em ventilações mecânicas por dia, somados no período, e o total de pacientes-dia deste mesmo período, multiplicado por 100.

$$\text{Taxa de utilização de ventilação mecânica} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de ventilações mecânicas-dia}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

- () Em todas as unidades da instituição.
(X) Em unidades específicas. Quais?
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Observações:

- Para o cálculo do número de dias de ventilação mecânica, sugere-se o preenchimento diário de planilha específica em que constem os dias do mês, o número de pacientes internados na unidade e o número de pacientes em ventilação mecânica;



- Esta planilha deve ser preenchida pela equipe do SCIRAS ou pela equipe da unidade de terapia intensiva a ser avaliada, porém, sempre envolvendo profissionais treinados para a metodologia.
- A ficha técnica deste indicador é única, mas os serviços de saúde que tiverem UTI de adulto e pediátrica deverão mandar os dados individualizados por unidade.

Referências:

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília-DF, 1ª Edição – 2013. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo20220-2CritC3A9rios20Diagnosticos20IRA20Saude.pdf>.

Acesso em dezembro de 2012.

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – Trato Respiratório. Setembro de 2009.



GRUPO 3 – INDICADORES DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADA A CATETER VESICAL DE DEMORA

4. Densidade de incidência de infecção do trato urinário relacionada a cateter vesical de demora

Definição: Estima a incidência de infecção sintomática do trato urinário relacionada a cateter vesical de demora (ITU CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção (uso do cateter).

Equação para cálculo: Relação entre o número de casos de infecção do trato urinário relacionados a cateter vesical de demora e o número de cateteres vesicais-dia, multiplicado por 1000.

$$\text{Densidade de incidência de ITU CVD} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de ITU CVD}}{\text{N}^\circ \text{ de CVD-dia}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

- Em todas as unidades da instituição.
 Em unidades específicas. Quais?
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Observações:

Para a vigilância de ITU deverá ser considerado:



- Pacientes adultos e pediátricos submetidos a cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva.
- Os critérios padronizados para infecção do trato urinário sintomática.
- ITU sintomática: é definida como qualquer ITU relacionada a procedimento urológico ou não diagnosticada após a admissão em serviço de saúde e para a qual não são observadas quaisquer evidências clínicas e não está em seu período de incubação no momento da admissão.
- Cálculo do número de CV-dias: contar diariamente o número de pacientes com CV na unidade sob vigilância.

Referências:

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília-DF, 1ª Edição – 2013. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo20220-2CritC3A9rios20Diagnosticos20IRA20Saude.pdf>.

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – Trato Urinário. Setembro de 2009.

[APECIH] Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Prevenção de Infecção do Trato Urinário-ITU: Relacionada à assistência à saúde. 2ª Ed. São Paulo, 2009.

[CDC] Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Atlanta, 2009.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC" DIVISÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR – Manual de Orientações e Critérios Diagnóstico - Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. Revisão janeiro 2011. www.cve.saude.sp.gov.br/html/cve.



5. Taxa de utilização de cateter vesical de demora

Definição: Estima a intensidade de utilização de cateter vesical (CVD) na população de pacientes selecionada.

Equação para cálculo: Relação percentual entre o número de cateteres vesicais-dia e o número de pacientes-dia.

$$\text{Taxa de utilização de CVD} = \frac{\text{N}^\circ \text{ CVD-dia}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

- () Em todas as unidades da instituição.
(X) Em unidades específicas. Quais?
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Observações:

Para a vigilância de ITU deverá ser considerado:

- Pacientes adultos e pediátricos submetidos a cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva;
- Os critérios padronizados para infecção do trato urinário sintomática.
- Cálculo do número de paciente-dias: contar diariamente o número de pacientes internados na unidade sob vigilância.



Referências:

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília-DF, 1ª Edição – 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo20220-2CritC3A9rios20Diagnosticos20IRA20Saude>.

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – Trato Urinário. Setembro de 2009.

[APECIH] Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Prevenção de Infecção do Trato Urinário-ITU: Relacionada à assistência à saúde. 2ª Ed. São Paulo, 2009.

[CDC] Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Atlanta, 2009.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC" DIVISÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR – Manual de Orientações e Critérios Diagnóstico - Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. Revisão janeiro 2011. www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve.



GRUPO 4 – INDICADORES DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

6. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas

Definição: Relação percentual entre o número de casos de infecções de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas e o número total de procedimentos cirúrgicos limpos no período.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de ISC em cirurgias limpas} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ISC em cirurgias limpas}}{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias limpas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Pacientes cirúrgicos

Observações:

- Não notificar ISC de procedimentos cirúrgicos realizados em sítio com infecção
- Não notificar ISC de procedimentos cirúrgicos que caracterizem exclusivamente punção e/ ou drenagem
- Cirurgias ambulatoriais deverão ser notificadas.

Referências:



Compromisso com a Qualidade Hospitalar

Centro de Vigilância Epidemiológica das infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral. São Paulo; Revisão Março 2012.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.



7. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em revascularizações do miocárdio

Definição: Relação percentual entre o número de casos de infecções de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias de revascularização do miocárdio (RM) e o número total de procedimentos cirúrgicos de revascularização do miocárdio no período.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de ISC em RM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ISC em RM}}{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias de RM}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

(X) Pacientes submetidos a revascularização do miocárdio

Observações:

- Conforme a recomendação do CDC/NHSN (Centers for Disease Control / National Health Care Safety Network) as cirurgias que não envolvem implante de prótese devem ser acompanhadas e notificadas até 30 dias após o procedimento. As infecções devem ser reportadas no mês da cirurgia onde será utilizado o respectivo denominador.
- Exemplo: paciente que realizou o procedimento cirúrgico em janeiro e evolui com infecção em fevereiro, essa infecção deverá ser computada acrescida no numerador de Fevereiro e dividida pelo denominador de Fevereiro.
- Não notificar ISC da área doadora do enxerto.



- Incluir: Unidade de Internação de pós-operatório de cirurgia cardíaca; Unidade de Terapia Intensiva de pós-operatório de cirurgia cardíaca coronariana; Ambulatório de retorno de pacientes pós-operatório de cirurgia cardíaca.

RReferências:

Centro de Vigilância Epidemiológica das infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral. São Paulo; Revisão janeiro 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Centers for Disease Control and Prevention/ National Healthcare Safety Network (CDC/NHSN). Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. EUA, July 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Healthcare Safety Network (NHSN). Protocol Classifications. Surgical Site Infection; 2013; 17 (1): 37-40



8. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias neurológicas limpas

Definição: Relação percentual entre o número de infecções de sítio cirúrgico (ISC) em pacientes submetidos à neurocirurgia limpa e o total de neurocirurgias limpas realizadas no período.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de ISC em cirurgias neurológicas limpas} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ISC em neurocirurgias limpas}}{\text{N}^\circ \text{ de neurocirurgias limpas realizadas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Paciente submetido a neurocirurgia limpa

Observações:

- Considerar as cirurgias por especialidade cirúrgica, e não especialidade médica, por exemplo, incluir artrodese de coluna realizadas por ortopedista.
- Número de Infecções ocorridas em neurocirurgias é o total de eventos infecciosos ocorridos em um determinado período de tempo.
- Total de neurocirurgias realizadas é o total de procedimentos realizados num determinado período de tempo.
- As neurocirurgias limpas podem compreender as seguintes cirurgias: Artrodese de coluna; correção de aneurisma; cranioplastia/craniotomia; derivação ventrículo peritoneal (exceto revisão de complicações);



descompressão neurovascular; drenagem de hematomas; excisão de tumor (exceto via transfenoidal); laminectomia; lobectomia.

Referências:

Centro de Vigilância Epidemiológica das infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral. São Paulo; Revisão janeiro 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Centers for Disease Control and Prevention/ National Healthcare Safety Network (CDC/NHSN). Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. EUA, July 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Healthcare Safety Network (NHSN). Protocol Classifications. Surgical Site Infection; 2013; 17 (1): 37-40.



9. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em craniotomias

Definição: Relação percentual entre o número de infecções de sítio cirúrgico (ISC) em pacientes submetidos à craniotomia e o total de craniotomias realizadas no período.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de ISC em craniotomias} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ISC em craniotomias}}{\text{N}^\circ \text{ de craniotomias realizadas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Paciente submetido a craniotomia

Observações:

- Número de infecções ocorridas em craniotomias é o total de eventos infecciosos ocorridos em um determinado período de tempo.
- Total de craniotomias realizadas é o total de procedimentos realizados num determinado período de tempo.

Referências:

Centro de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral. São Paulo; Revisão janeiro 2013.



ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Centers for Disease Control/ National Healthcare Safety Network (CDC/NHSN). Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. EUA, July 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Healthcare Safety Network (NHSN). Protocol Classifications. Surgical Site Infection; 2013; 17 (1): 37-40.



10. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas limpas

Definição: Relação percentual entre o número de casos de infecções de sítio cirúrgico (ISC) de cirurgias ortopédicas limpas e o número total de cirurgias ortopédicas limpas no período.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de ISC em cirurgias ortopédicas limpas} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ISC em cirurgias ortopédicas limpas}}{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias ortopédicas limpas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas limpas

Observações:

Referências:

Centro de Vigilância Epidemiológica das infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral. São Paulo; Revisão janeiro 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.



Compromisso com a Qualidade Hospitalar

Centers for Disease Control and Prevention/ National Healthcare Safety Network (CDC/NHSN). Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. EUA, July 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Healthcare Safety Network (NHSN). Protocol Classifications. Surgical Site Infection; 2013; 17 (1): 37-40.



11. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em artroplastias totais de quadril

Definição: Relação percentual entre o número de casos de infecções de sítio cirúrgico (ISC) em pacientes submetidos à artroplastia total de quadril e o número total de cirurgias de artroplastia total de quadril, realizadas no período.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de ISC em artroplastias totais de quadril} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ISC em artroplastias totais de quadril}}{\text{N}^\circ \text{ de artroplastias totais de quadril}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

(X) Pacientes submetidos a cirurgias de artroplastia total de quadril

Observações:

Referências:

Centro de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral. São Paulo; Revisão janeiro 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.



Centers for Disease Control and Prevention/ National Healthcare Safety Network (CDC/NHSN). Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. EUA, July 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Healthcare Safety Network (NHSN). Protocol Classifications. Surgical Site Infection; 2013; 17 (1): 37-40.



12. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em artroplastias de joelho

Definição: Relação percentual entre o número de casos de infecção de sítio cirúrgico (ISC) em artroplastia de joelho e o número total de artroplastias de joelho realizadas no período.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de ISC em artroplastias de joelho} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ISC em artroplastias de joelho}}{\text{N}^\circ \text{ de artroplastias de joelho realizadas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Pacientes submetidos à artroplastia de joelho

Observações:

Referências:

Centro de Vigilância Epidemiológica das infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral. São Paulo; Revisão janeiro 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.



Compromisso com a Qualidade Hospitalar

Centers for Disease Control/ National Healthcare Safety Network (CDC/NHSN). Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. EUA, July 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Healthcare Safety Network (NHSN). Protocol Classifications. Surgical Site Infection; 2013; 17 (1): 37-40.



13. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cesáreas

Definição: Relação percentual entre o número de infecções de sítio cirúrgico (ISC) em pacientes submetidas a cesáreas e o total de cesáreas realizadas no período.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de ISC em cesáreas} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ISC em cesáreas}}{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas realizadas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

(X) Pacientes submetidos a cesáreas

Observações:

- Considerar parto cesáreo em gestação de alto risco
- Considerar parto cesáreo com laqueadura tubária.

Referências:

Centro de Vigilância Epidemiológica das infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral. São Paulo; Revisão janeiro 2013.



ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Centers for Disease Control and Prevention/ National Healthcare Safety Network (CDC/NHSN). Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. EUA, July 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Healthcare Safety Network (NHSN). Protocol Classifications. Surgical Site Infection; 2013; 17 (1): 37-40.



14. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas com implante de próteses

Definição: Relação percentual entre o número de casos de infecções de sítio cirúrgico (ISC) de cirurgias ortopédicas com implante de próteses e o número total de procedimento cirúrgico no período.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de ISC em cirurgias ortopédicas com implante de próteses} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de ISC em cirurgias ortopédicas com implante de próteses}}{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias ortopédicas com implante de próteses realizadas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas

Observações:

- Notificar artroplastia total de quadril e artroplastia total de joelho.

Referências:

Centro de Vigilância Epidemiológica das infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral. São Paulo; Revisão janeiro 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.



Centers for Disease Control and Prevention/ National Healthcare Safety Network (CDC/NHSN). Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. EUA, July 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Healthcare Safety Network (NHSN). Protocol Classifications. Surgical Site Infection; 2013; 17 (1): 37-40.



GRUPO 5 – INDICADORES DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA

15. Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea com confirmação laboratorial associada a cateter venoso central

Definição: Relação por 1000 entre o número de infecções primárias da corrente sanguínea com confirmação laboratorial (IPCS laboratorial) associadas ao uso de cateter venoso central (CVC) e o número de cateteres centrais-dia.

Equação para cálculo:

$$\text{Densidade de incidência de IPCS laboratorial} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de IPCS laboratorial}}{\text{N}^\circ \text{ de cateteres venosos centrais-dia}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

- Todas as unidades da Instituição
 Unidades Específicas. Quais?
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Observações:

- CVC: inclui cateteres posicionados no sistema circulatório central, incluindo os seguintes vasos: artérias pulmonares, aorta ascendente, artérias coronárias, artéria carótida primitiva, artéria carótida interna,



artéria carótida externa, artérias cerebrais, tronco braquiocefálico, veias cardíacas, veias pulmonares, veia cava superior e veia cava inferior.

- Para o diagnóstico de IPCS associada a CVC o cateter deve estar presente no momento do diagnóstico. Os cateteres como PICC (cateter central de inserção periférica), flebotomia e cateteres umbilicais (venosos ou arteriais) serão computados como CVC.
- CVC em imunodeprimidos: Em unidades de pacientes imunodeprimidos, calcular a densidade de incidência de IPCS em pacientes com cateteres de longa permanência.
- Paciente-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia de um serviço em um determinado período de tempo é definido pela soma do total de pacientes a cada dia de permanência em determinada unidade.
- Cateter central-dia: unidade de medida que representa a intensidade da exposição dos pacientes aos cateteres centrais. Este número é obtido através da soma de pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.

Referências:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Corrente Sanguínea - Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde 2010.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2011.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Centro de Vigilância Epidemiológica das infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral. São Paulo; Revisão janeiro 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Center for Disease Control/ National Healthcare Safety Network (CDC/NHSN). Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. EUA, July 2013.



Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Healthcare Safety Network (NHSN). Protocol Classifications. Surgical Site Infection; 2013; 17 (1): 37-40.



16. Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea clínica sem confirmação laboratorial associada à cateter venoso central

Definição: Relação por 1000 entre o de infecções primárias da corrente sanguínea sem confirmação laboratorial (IPCS clínica) associada ao uso de cateter venoso central (CVC) e o número de pacientes-dia em uso de CVC, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva de adulto e pediátrica.

Equação para cálculo:

$$\text{Densidade de incidência de IPCS clínica} = \frac{\text{Nº de casos novos de IPCS clínica}}{\text{Nº de cateteres venosos centrais-dia}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

- () Todas as unidades da Instituição
(X) Unidades Específicas. Quais?
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Observações:

- CVC: inclui cateteres posicionados no sistema circulatório central, incluindo os seguintes vasos: artérias pulmonares, aorta ascendente, artérias coronárias, artéria carótida primitiva, artéria carótida interna, artéria carótida externa, artérias cerebrais, tronco braquiocefálico, veias cardíacas, veias pulmonares, veia cava superior e veia cava inferior.
- Para o diagnóstico de IPCS associada a CVC o cateter deve estar presente no momento do diagnóstico. Os cateteres como PICC (cateter



central de inserção periférica), flebotomia e cateteres umbilicais (venosos ou arteriais) serão computados como CVC.

- CVC em imunodeprimidos: Em unidades de pacientes imunodeprimidos, calcular a densidade de incidência de IPCS em pacientes com cateteres de longa permanência.
- Paciente-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia de um serviço em um determinado período de tempo é definido pela soma do total de pacientes a cada dia de permanência em determinada unidade.
- Cateter Central Dia: unidade de medida que representa a intensidade da exposição dos pacientes aos cateteres centrais. Este número é obtido através da soma de pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.

Referências:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Corrente Sanguínea - Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde 2010.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2011.

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” Divisão de Infecção Hospitalar. Manual de Orientações e critérios diagnósticos Hospital Geral. São Paulo, SP; 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.



17. Taxa de utilização de cateter venoso central

Definição: Valor que representa a intensidade da exposição dos pacientes aos cateteres venosos centrais (CVC). Este número é obtido através da soma do número de pacientes em uso de cateteres centrais em cada dia, dividido pelo número de pacientes-dia no mesmo período, vezes 100.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de utilização de CVC} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes com CVC-dia}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

- Todas as unidades da instituição
 Em unidades específicas. Quais?
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Observações:

- Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.
- CVC: inclui cateteres posicionados no sistema circulatório central, incluindo os seguintes vasos: artérias pulmonares, aorta ascendente, artérias coronárias, artéria carótida primitiva, artéria carótida interna, artéria carótida externa, artérias cerebrais, tronco braquiocefálico, veias cardíacas, veias pulmonares, veia cava superior e veia cava inferior.
- Para o diagnóstico de IPCS associada a CVC o cateter deve estar presente no momento do diagnóstico. Os cateteres como PICC (cateter



central de inserção periférica), flebotomia e cateteres umbilicais (venosos ou arteriais) serão computados como CVC.

- CVC em imunodeprimidos: Em unidades de pacientes imunodeprimidos, calcular a densidade de incidência de IPCS em pacientes com cateteres de longa permanência.
- Paciente-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia de um serviço em um determinado período de tempo é definido pela soma do total de pacientes a cada dia de permanência em determinada unidade.
- Cateter central -dia: unidade de medida que representa a intensidade da exposição dos pacientes aos cateteres centrais. Este número é obtido através da soma de pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.

Referências:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Corrente Sanguínea - Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde 2010.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2011.

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” Divisão de Infecção Hospitalar. Manual de Orientações e critérios diagnósticos Hospital Geral. São Paulo, SP; 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.



GRUPO 6 – INDICADORES DE MICROBIOLOGIA CLINICA E ANTIMICROBIANOS

18. Densidade de incidência de *S. aureus* resistente à oxacilina

Definição: Relação entre o número de isolados colonizados/infectados por *S. aureus* resistente à oxacilina por 1000 pacientes-dia.

Equação para cálculo:

$$\text{Densidade de incidência de } S. aureus \text{ resistente à oxacilina} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de isolados colonizados/infectados por } S. aureus \text{ resistente à oxacilina}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: Microbiologia clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas

Observações:

- Considerar todos os isolados, incluindo cultura de vigilância.

Referências:

Manual Clinical and Laboratory *Standards Institute - CLSI 2014.*

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



19. Densidade de incidência de bacilos gram negativos não fermentadores resistentes à carbapenêmicos

Definição: Relação entre o número de pacientes colonizados/infectados por bacilos gram negativos não fermentadores (BGNNF) resistentes a carbapenêmicos por 1000 pacientes-dia.

Equação para cálculo:

$$\text{Densidade de incidência de BGNNF resistentes à carbapenêmicos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes colonizados/infectados por BGNNF resistentes à carbapenêmicos}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: Microbiologia clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014*.

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



20. Densidade de incidência de enterobactérias resistentes à carbapenêmicos

Definição: Número de pacientes colonizados/infectados por enterobactérias resistentes a carbapenêmicos por 1000 pacientes-dia.

Equação para cálculo:

$$\text{Densidade de incidência de enterobactérias resistentes à carbapenêmicos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes colonizados/infectados por enterobactérias resistentes à carbapenêmicos}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: Microbiologia clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014*.

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



21. Densidade de incidência de enterococos resistentes à vancomicina

Definição: Número de pacientes colonizados/infectados por enterococos resistentes à vancomicina (VRE) por 1000 pacientes-dia.

Equação para cálculo:

$$\text{Densidade de incidência de VRE} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes colonizados/infectados por VRE}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: Microbiologia clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014*.

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



22. Percentual de *S. aureus* resistentes à oxacilina

Definição: Relação percentual entre o número de isolados de cultura de *S. aureus* resistente à oxacilina dividido por todos os isolados de *S. aureus* da instituição no período.

Equação para cálculo:

$$\% \text{ de } S. \text{ aureus resistentes à oxacilina} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de isolados de } S. \text{ aureus resistentes à oxacilina}}{\text{N}^\circ \text{ de isolados de } S. \text{ aureus}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Microbiologia Clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014*.

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



23. Percentual de bacilos gram negativos não fermentadores resistentes à carbapenêmicos

Definição: Relação percentual entre o número de isolados de bacilos Gram negativos não fermentadores (BGNNF) resistentes à carbapenêmicos e o número total de isolados de BGNNF da instituição no período.

Equação para cálculo:

$$\% \text{ de BGNNF resistentes à carbapenêmicos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de isolados de BGNNF resistentes à carbapenêmicos}}{\text{N}^\circ \text{ de isolados de BGNNF}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Microbiologia Clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014*.

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



24. Percentual de enterobactérias resistentes à carbapenêmicos

Definição: Relação percentual entre o número de isolados de enterobactérias resistentes à carbapenêmicos e o número total de isolados de enterobactérias da instituição no período.

Equação para cálculo:

$$\% \text{ de enterobactérias resistentes à carbapenêmicos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de isolados de enterobactérias resistentes à carbapenêmicos}}{\text{N}^\circ \text{ de isolados de enterobactérias}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Microbiologia Clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014*.

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



25. Percentual de enterococos resistentes à vancomicina

Definição: Relação percentual entre o número de isolados de enterococos resistentes à vancomicina (VRE) e o número total de isolados de enterococos da instituição no período.

Equação para cálculo:

$$\% \text{ de VRE} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de isolados de VRE}}{\text{N}^\circ \text{ de isolados de enterococos}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Microbiologia Clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014*.

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



26. Percentual de hemoculturas positivas para *S. aureus* resistentes à oxacilina

Definição: Relação percentual entre o número de hemoculturas positivas para *S. aureus* resistente à oxacilina e o número total de hemoculturas positivas da instituição no período.

Equação para cálculo:

$$\begin{array}{l} \% \text{ de hemoculturas } S. \\ \text{aureus resistentes à} \\ \text{oxacilina} \end{array} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de hemoculturas positivas de} \\ \text{S. aureus resistentes à oxacilina}}{\text{N}^\circ \text{ de hemoculturas positivas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Microbiologia Clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

(X) Todas as unidades da instituição
() Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual Clinical and Laboratory *Standards Institute - CLSI 2014.*

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



27. Percentual de hemoculturas positivas para bacilos gram negativos não fermentadores resistentes à carbapenêmicos

Definição: Relação percentual entre o número de hemoculturas positivas para bacilos gram negativos não fermentadores (BGNNF) resistentes à carbapenêmicos e o número total de hemoculturas positiva da instituição no período.

Equação para cálculo:

$$\% \text{ de hemoculturas BGNNF} \\ \text{resistentes à} \\ \text{carbapenêmicos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de hemoculturas positivas de} \\ \text{BGNNF resistentes à} \\ \text{carbapenêmicos}}{\text{N}^\circ \text{ de hemoculturas positivas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Microbiologia clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014.*

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



28. Percentual de hemoculturas positivas para enterobactérias resistentes à carbapenêmicos

Definição: Relação percentual entre o número de hemoculturas positivas para enterobactérias resistentes à carbapenêmicos e o número total de hemoculturas positivas da instituição no período.

Equação para cálculo:

$$\% \text{ de hemoculturas positivas para enterobactérias resistentes à carbapenêmicos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de hemoculturas positivas para enterobactérias resistentes à carbapenêmicos}}{\text{N}^\circ \text{ de hemoculturas positivas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Microbiologia Clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014*.

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



29. Percentual de hemoculturas positivas para enterococos resistentes à vancomicina

Definição: Relação percentual entre o número de hemoculturas positivas para enterococos resistentes à vancomicina (VRE) e o número total de hemoculturas positivas da instituição no período.

Equação para cálculo:

$$\% \text{ hemoculturas positivas para VRE} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de hemoculturas positivas para VRE}}{\text{N}^\circ \text{ de hemoculturas positivas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Microbiologia clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014*.

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



30. Percentual de hemoculturas positivas para *Candida sp*

Definição: Relação percentual entre o número de hemoculturas positivas para *Candida sp* e o número total de hemoculturas positivas da instituição no período.

Equação para cálculo:

$$\% \text{ de hemoculturas positivas para } Candida \text{ sp} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de hemoculturas positivas para } Candida \text{ sp}}{\text{N}^\circ \text{ de hemoculturas positivas}} \times 100$$

Responsável pelo dado: Microbiologia Clínica e SCIRAS.

Frequência de levantamento:

Diário Semanal Mensal Semestral Anual

Dimensão da coleta:

Todas as unidades da instituição
 Unidades específicas. Quais?

Observações:

Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014*.

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.



31. Consumo Mensal de Antimicrobianos – Cálculo da Dose Diária Dispensada (DDD)

Definição: É o número que representa a dose diária definida consumida do antimicrobiano avaliado para cada 1000 pacientes-dia. O preenchimento deste indicador é válido para hospitais gerais que possuem pelo menos uma Unidade de Terapia Intensiva de Adulto. Dose Diária Definida é a dose média diária de manutenção para um medicamento, em adultos, usado para a sua indicação principal (OMS). É uma unidade técnica de medida que permite comparações entre o consumo de diferentes locais (países, regiões ou serviços de saúde) e períodos de tempo.

Equação para cálculo:

$$\text{DDD de antimicrobiano X por 1000 pacientes-dia} = \frac{A / B}{P} \times 1000$$

A = quantidade total do antimicrobiano consumido em gramas (g)

B = dose diária padrão do antimicrobiano X calculado em gramas para um adulto de 70 kg sem insuficiência renal (OMS)

P = nº de pacientes-dia

Responsável pelo dado: SCIRAS.

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

() Todas as unidades da instituição

(X) Unidades específicas. Quais?

- UTI Adulto

Observações:



- Indicação: preenchimento indicado para hospitais gerais que possuem UTI adulto.
- Esta medida é usada para UTI adulto, não sendo validada para outras unidades de assistência à saúde.
- A DDD pode ser entendida também como a dose média diária de manutenção, usada, habitualmente, por um indivíduo adulto, para a principal indicação terapêutica daquele antimicrobiano.
- DDD padrão em gramas dos principais antimicrobianos:

Nome genérico	DDD padrão (g)
Ampicilina-sulbactam	4
Cefepima	4
Cefotaxima	2
Ceftazidima	6
Ceftriaxone	2
Ciprofloxacina oral	1
Ciprofloxacina parenteral	0,8
Ertapenem	1
Imipenem	2
Levofloxacina oral	0,5
Levofloxacina parenteral	0,5
Linezolida oral	1,2
Linezolida parenteral	1,2
Meropenem	3
Moxifloxacino oral	0,4
Moxifloxacino parenteral	0,4
Piperacilina-tazobactam	12
Sulfato de Polimixina B	0,2
Sulfato de Polimixina E	0,3
Teicoplanina	0,4
Vancomicina	2



Referências:

Manual *Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI 2014*.

ANVISA. Boletim Informativo da Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Rede RM. Ano III - Edição nº 1, de 10 de julho de 2009.

RM Controle. 2007. Implantação de um Programa de Uso Racional de Antimicrobianos.



GRUPO 7 – INDICADORES DE IRAS EM UTI NEONATAL

32. Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica

Definição: Relação por 1000 entre o número de casos de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e o número de pacientes-dia utilizando ventilação mecânica (VM) na UTI neonatal. Indicador estratificado por faixas de peso ao nascer.

Equação para cálculo:

$$\text{Densidade de incidência de PAV} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de PAV}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dias em VM}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

- () Em todas as unidades da instituição.
(X) Em unidades específicas. Quais?
- Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Observações:

- As infecções respiratórias são responsáveis por grande parte das infecções relacionadas à assistência à saúde (aproximadamente 15%) e estão associadas à alta morbidade, mortalidade, aumento do tempo de internação, além de representar elevado custo às instituições.



- A maioria das pneumonias hospitalares ocorre por aspiração de bactérias colonizantes da orofaringe ou trato gastrointestinal alto do paciente.
- O seu diagnóstico baseia-se na combinação de critérios radiológicos (infiltrado pulmonar novo ou progressivo), instabilidade térmica (temp. Axilar > de 37,5 °C ou < que 36,0 °C) sem outra causa conhecida; leucopenia ou leucocitose com desvio a esquerda (considerar leucocitose ≥ 25.000 Ao nascimento ou ≥ 30.000 Entre 12 e 24 horas ou acima de 21.000 ≥ 48 Horas e leucopenia 5.000); mudança do aspecto da secreção traqueal; aumento da secreção respiratória ou aumento da necessidade de aspiração ou surgimento de secreção purulenta.
- A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) surge 48h após intubação endotraqueal e instituição da VM invasiva. A PAV precoce ocorre até o quarto dia de intubação e início da VM e a PAV tardia se inicia após o quinto dia da intubação e VM.
- Para o cálculo das Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica (PAV), dever-se-á utilizar o sistema de vigilância epidemiológica de busca ativa que identifica as infecções segundo critérios diagnósticos padronizados pela ANVISA, em neonatos.
- Os indicadores devem ser elaborados de forma estratificada, de acordo com o peso ao nascer, nas seguintes faixas:
 - menor que 750g,
 - entre 750g a 999g,
 - entre 1000g a 1499g,
 - entre 1500g a 2499g,
 - maior que 2500g.

Referências:

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” Divisão de Infecção Hospitalar. Manual de Orientações e critérios diagnósticos Hospital Geral. São Paulo, SP; 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

ANVISA. NEONATOLOGIA: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. 2ª versão. Brasília, 2010.



33. Taxa de utilização de ventilação mecânica

Definição: Este indicador mede a utilização do dispositivo invasivo de interesse na unidade, no caso os aparelhos de ventilação mecânica (VM), com foco na pneumonia relacionada à assistência à saúde. Este indicador traduz o quanto este fator de risco está presente na população analisada.

Equação para cálculo: é a relação entre o número de pacientes-dia em ventilação mecânica e o total de pacientes-dia deste mesmo período.

$$\text{Taxa de utilização de VM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia em VM}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

() Em todas as unidades da Instituição.
(X) Em unidades específicas. Quais?
- Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Observações:

- Para o cálculo do número de dias de VM, sugere-se o preenchimento diário de planilha específica em que constem os dias do mês, o número de pacientes internados na unidade e o número de pacientes em ventilação mecânica estratificado por peso de nascimento.
- Esta planilha deve ser preenchida pela equipe do SCIRAS ou pela equipe da unidade de terapia intensiva a ser avaliada, porém, sempre envolvendo profissionais treinados para a metodologia.
- Os indicadores devem ser elaborados de forma estratificada, de acordo com o peso ao nascer, nas seguintes faixas:



- menor que 750g,
- entre 750g a 999g,
- entre 1000g a 1499g,
- entre 1500g a 2499g,
- maior que 2500g.

Referências:

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília-DF, 1ª Edição – 2013. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%202%20-%20Crit%C3%A9rios%20Diagnosticos%20IRA%20Saude.pdf>. Acesso em dezembro de 2012.

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – Trato Respiratório. Setembro de 2009.

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” Divisão de Infecção Hospitalar. Manual de Orientações e critérios diagnósticos Hospital Geral. São Paulo, SP; 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

ANVISA. NEONATOLOGIA: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. 2ª versão. Brasília, 2010.



34. Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorial

Definição: Relação por 1000 entre o número de casos novos de infecções primárias da corrente sanguínea confirmadas laboratorialmente (IPCS laboratorial) e o número de pacientes em uso de cateter central-dia, em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Equação para cálculo:

$$\text{Densidade de incidência de IPCS laboratorial} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de IPCS laboratorial}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia com cateter venoso central}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: SCIRAS.

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

() Todas as unidades da instituição
(X) Unidades Específicas. Quais?
- Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

Observações:

- Os indicadores devem ser elaborados de forma estratificada, de acordo com o peso ao nascer, nas seguintes faixas:
 - menor que 750g,
 - entre 750g a 999g,
 - entre 1000g a 1499g,
 - entre 1500g a 2499g,
 - maior que 2500g.
- CVC: inclui cateteres posicionados no sistema circulatório central, incluindo os seguintes vasos: artérias pulmonares, aorta ascendente,



artérias coronárias, artéria carótida primitiva, artéria carótida interna, artéria carótida externa, artérias cerebrais,

tronco braquiocefálico, veias cardíacas, veias pulmonares, veia cava superior e veia cava inferior.

- Para o diagnóstico de IPCS associada a CVC o cateter deve estar presente no momento do diagnóstico ou ter sido retirado em até 48 horas antes. Os cateteres como PICC (cateter central de inserção periférica), flebotomia e cateteres umbilicais (venosos ou arteriais) serão computados como CVC.
- CVC em imunodeprimidos: Em unidades de pacientes imunodeprimidos, calcular a densidade de incidência de IPCS em pacientes com cateteres de longa permanência.
- Paciente-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia de um serviço em um determinado período de tempo é definido pela soma do total de pacientes a cada dia de permanência em determinada unidade.
- Cateter central-dia: unidade de medida que representa a intensidade da exposição dos pacientes aos cateteres centrais. Este número é obtido através da soma de pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo. Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.

Referências:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Corrente Sanguínea - Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde 2010.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2011.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

Centro de Vigilância Epidemiológica das infecções Hospitalares do Estado de São Paulo. Manual de Orientações e Critérios Diagnósticos Hospital Geral. São Paulo; Revisão janeiro 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.



35. Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea clínica sem confirmação laboratorial

Definição: Relação por 1000 entre o número de casos de infecções da corrente sanguínea clínica sem confirmação laboratorial (*IPCS clínica*) e o número de pacientes-dia em uso de cateter venoso central (CVC), em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Equação para cálculo:

$$\frac{\text{Densidade de incidência de IPCS clínica}}{=} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de IPCS clínica}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes-dia em uso de CVC}} \times 1000$$

Responsável pelo dado: SCIRAS.

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

- () Todas as unidades da Instituição
(X) Unidades Específicas. Quais?
- Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

Observações:

- Os indicadores devem ser elaborados de forma estratificada, de acordo com o peso ao nascer, nas seguintes faixas:

Referências:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Corrente Sanguínea - Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde 2010.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2011.



Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” Divisão de Infecção Hospitalar. Manual de Orientações e critérios diagnósticos Hospital Geral. São Paulo, SP; 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

ANVISA. NEONATOLOGIA: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. 2ª versão. Brasília, 2010.



36. Taxa de utilização de cateter venoso central

Definição: Valor percentual que representa a intensidade da exposição dos pacientes aos cateteres venosos centrais (CVC). Este número é obtido através da soma do número de pacientes em uso de cateteres centrais, a cada dia, em um determinado período de tempo, dividido pelo número de pacientes-dia no mesmo período, vezes 100.

Equação para cálculo:

$$\text{Taxa de utilização de CVC} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia com CVC}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia}} \times 100$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

- () Todas as unidades da instituição
(X) Em unidades específicas. Quais?
- Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

Observações:

- Os indicadores IPCSL e IPCSC devem ser elaborados de forma estratificada, de acordo com o peso ao nascer, nas seguintes faixas:
 - menor que 750g,
 - entre 750g a 999g,
 - entre 1000g a 1499g,
 - entre 1500g a 2499g,
 - maior que 2500g.
- Quando o paciente tiver mais do que um cateter central, este deverá ser contado apenas uma vez, por dia de permanência na unidade.



Referências:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Corrente Sanguínea - Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde 2010.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2011.

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” Divisão de Infecção Hospitalar. Manual de Orientações e critérios diagnósticos Hospital Geral. São Paulo, SP; 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde: Manual de Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.



PARTE II – INDICADORES DE PROCESSO



GRUPO 1 - INDICADORES GERAIS

37. Consumo de produto alcoólico para higienização das mãos

Definição: Volume em mililitros de todo produto alcoólico (álcool gel, álcool glicerinado ou espuma alcoólica) consumido em UTIs existentes no serviço, dividido pelo número de pacientes-dia das respectivas unidades.

Equação para cálculo:

$$\text{Consumo de produto alcoólico} = \frac{\text{Volume consumido (ml)}}{\text{Nº de pacientes-dia em UTIs}}$$

Responsável pelo dado: SCIRAS

Frequência de levantamento:

() Diário () Semanal (X) Mensal () Semestral () Anual

Dimensão da coleta:

- () Em todas as unidades da instituição.
(X) Em unidades específicas. Quais?
- Nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica, Neonatal.

Observações:

- A obtenção dos dados do indicador é de responsabilidade do enfermeiro gestor unidade ou quem ele delegar e a elaboração e divulgação do indicador é de responsabilidade do Serviço de Controle de IRAS.
- Sugestão: incorporar a rotina de limpeza do frasco junto com a reposição do refil de produto alcoólico consumido, na limpeza concorrente e na limpeza terminal do leito.



- Informar volume total consumido em mililitros.

RReferências:

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO.Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft). Global Patient Safety Challenge 2005–2006: “Clean Care is Safer Care”, 2006.

ANVISA. Higienização das Mãos em Serviço de Saúde. Ministério da Saúde. 2006.



REALIZAÇÃO

Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar

REVISÃO

Hélio Komagata - Núcleo Técnico CQH

REFERÊNCIAS TEÓRICAS



CVE Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”



Infecção Hospitalar



REFERÊNCIAS

ANVISA. “Medidas de Prevenção e Controle da Resistência Microbiana e Programa de Uso Racional de Antimicrobianos em Serviços de Saúde.” *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. ANVISA, UNIFESP OPAS. 2007.

http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/rede_rm/cursos/rm_controle/opas_web/modulo3/mecanismos.htm (acesso em 05 de Junho de 2013).

ANVISA. “Note Técnica nº 01 - Medidas de Prevenção e Controle de Infecções por Micro-organismos Multirresistentes.” Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2013.

Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) N. 42. *Dispõe sobre a obrigatoriedade de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 26 de Outubro de 2010.



ANEXOS



TERMO DE PARTICIPAÇÃO (impresso CQH – 16)



PROGRAMA CQH COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR

TERMO DE PARTICIPAÇÃO NO GRUPO DE INFECÇÃO HOSPITALAR NÚCLEO DE APOIO À GESTÃO HOSPITALAR – CQH-16

Pelo presente **Termo de Participação**, o Hospital _____
_____, CNPJ: _____

localizado na cidade de _____, Estado de _____,
Matrícula CQH _____, declara, pelo seu representante abaixo-assinado, a sua concordância com
as normas e procedimentos do **Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar**
mantido pela Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São
Paulo, e administrado pela Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde.

Pelo presente, assume o compromisso de:

1. Colaborar para a melhoria contínua da qualidade do atendimento médico-hospitalar;
2. Promover o aprimoramento e desenvolvimento dos seus recursos humanos em todos os níveis;
3. Desenvolver um programa de qualidade com os representantes das Unidades participantes.

Entendemos que todas as informações fornecidas pelo hospital serão tratadas dentro dos princípios
éticos e qualquer divulgação dos dados referentes aos hospitais participantes será feita apenas pelo
código da Unidade.

Data: _____

Nome: _____

Cargo: Diretor Geral do Hospital

Assinatura: _____



Carimbo do hospital

INTERLOCUTORES:

Gerente do CCIH:		
	Nome	Assinatura
E-mail:		
Telefone:		

Responsável pelo preenchimento:		
	Nome	Assinatura
E-mail:		
Telefone:		



CADASTRO MÉDICO-HOSPITALAR (impresso CQH-02)



**PROGRAMA CQH
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR**

CADASTRO MÉDICO-HOSPITALAR – CQH-02

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

Data: _____	Matrícula CQH: _____
Razão Social: _____	
Nome Fantasia: _____	
CNPJ: _____	
Endereço: _____	
Bairro: _____	
Município: _____	Estado: _____
CEP: _____	
Telefone: (____) _____	
Fax: (____) _____	
Endereço eletrônico (E-mail): _____	

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTABELECIMENTO

Natureza Jurídica do Estabelecimento:
<input type="checkbox"/> Privado Lucrativo <input type="checkbox"/> Privado Não Lucrativo <input type="checkbox"/> Público Federal
<input type="checkbox"/> Público Estadual <input type="checkbox"/> Público Municipal
Tipo de Estabelecimento Hospitalar:
<input type="checkbox"/> Hospital Geral
<input type="checkbox"/> Hospital Especializado – Qual:
O Estabelecimento dispõe de:
<input type="checkbox"/> Pronto Socorro
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento
<input type="checkbox"/> Ambulatório



**PROGRAMA CQH
COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR**

LEITOS HOSPITALARES

	Leitos Operacionais	Número de leitos
A	Unidades de Internação (todas as Clínicas)	
B	Unidade de Terapia Intensiva (todas as UTIs)	
C	Leitos de observação com permanência acima de 24 horas	
		Total de leitos