

STOP infecção hospitalar!

UM DESAFIO GULBENKIAN

Os *Desafios Gulbenkian* foram concebidos para apoiar o SNS e o Ministério da Saúde nas suas importantes e exigentes responsabilidades. Cada um deles dirigirá-se a um problema de grande relevância para o sistema de saúde, terá grande visibilidade para o público, será liderado por um grupo próprio (...) contribuirá para gerar energias e para que os cidadãos em Portugal vejam o seu sistema de saúde não apenas como uma estrutura que lhes presta serviços, mas como algo que é também seu, em que participam e podem ajudar moldar o futuro.

Os *Desafios Gulbenkian* contribuirão para criar um ambiente de aprendizagem de saúde em Portugal – em que todos temos um papel a desempenhar.

In “Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar”,
Fundação Calouste Gulbenkian 2014

1. ONDE ESTAMOS?

Infeções hospitalares: um problema major de saúde pública

As infeções associadas aos cuidados de saúde são um dos eventos adversos mais frequentes nos doentes internados em hospitais. Representam um risco sério porque se associam ao aumento da morbilidade e da mortalidade dos doentes (FIG. 1), ao prolongamento da sua estadia no hospital (FIG. 2) e ao aparecimento potencial de incapacidades.

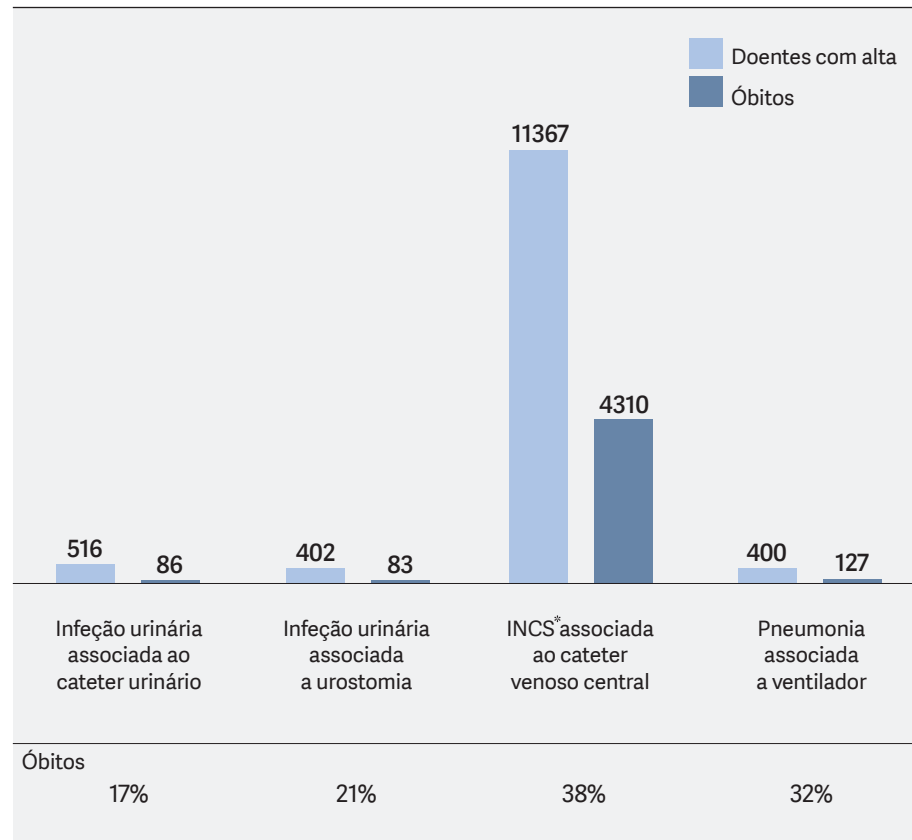
Para além de constituírem uma ameaça à segurança do doente, no que representam um problema major de saúde pública, as infeções adquiridas em meio hospitalar têm um elevado impacto financeiro nas instituições e nos sistemas de saúde em geral.¹⁻⁴ Estudos provenientes dos EUA demonstram que a infeção do local cirúrgico representa a maior fração dos custos (33.7%), seguida de perto pela pneumonia associada a ventilador (31.6%) e pela sepsis (18.9%).¹

Infeções hospitalares: uma ameaça à segurança dos doentes.

Figura 1

Óbitos associados à infeção por dispositivos invasivos (2013)

Fonte: Direção Geral de Saúde (DGS)⁵



* INCS – Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea

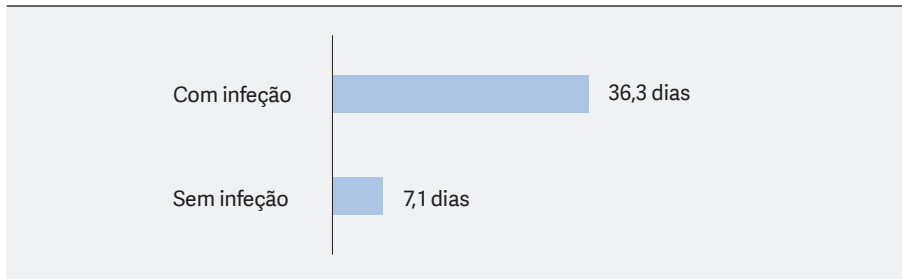


Figura 2

Demora média de internamento com e sem infeção (2013)

Fonte: Direção Geral de Saúde (DGS)⁵

Qual é a dimensão da situação atual em Portugal?

As infeções adquiridas em meio hospitalar são um problema que afeta todos os países, mas que assumiu uma dimensão preocupante em Portugal, onde se verificam das taxas de prevalência mais elevadas de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), como se ilustra na FIG. 3.

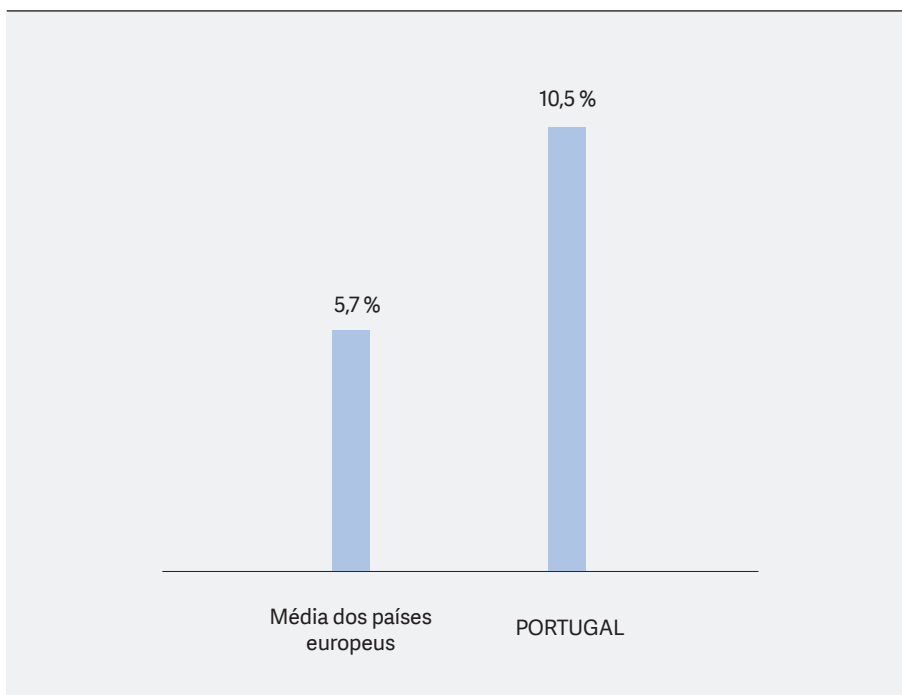


Figura 3

ECDC – Prevalência de pelo menos uma IACS no dia do inquérito (2013)

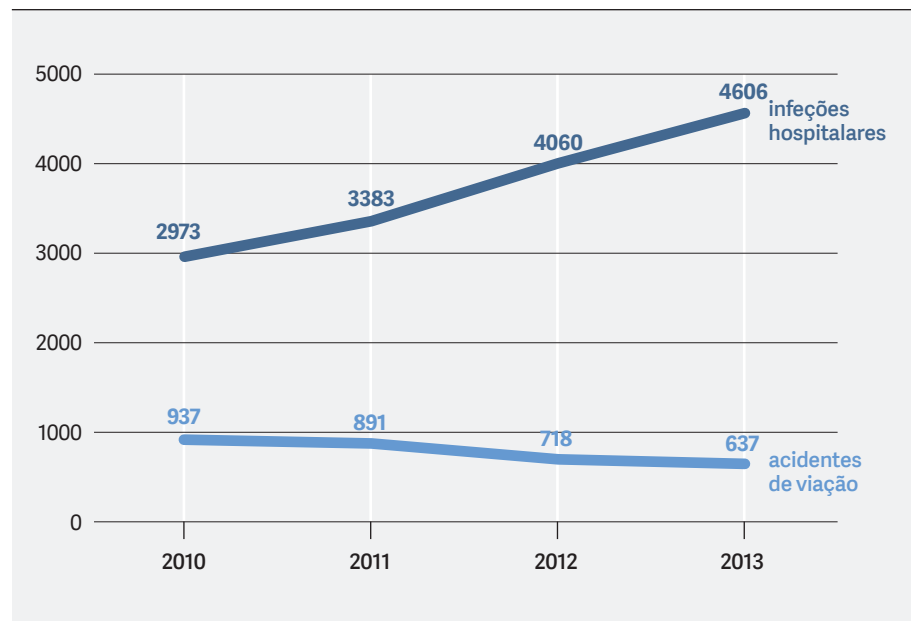
Fonte: Direção Geral de Saúde (DGS)⁶

A FIG. 4 compara, em Portugal, a tendência descendente dos óbitos por acidente de viação com o aumento progressivo dos óbitos atribuídos à infeção associada a dispositivos invasivos. Os números são bastante expressivos apesar de não ser possível aferir-se, com total rigor, se a infeção foi causa única da morte, uma vez que aqueles dispositivos são colocados em doentes com situações clínicas graves.

Figura 4

Número de óbitos associados a infeção por dispositivos invasivos vs. n.º de óbitos devido a acidentes de viação

Fonte: Site da ANSR e Direção Geral de Saúde (DGS)⁵



Que intervenção tem sido realizada em outros países?

A implementação de medidas de prevenção deste importante problema de saúde pública tem, reconhecidamente, um impacte significativo sobre a morbilidade e a mortalidade em situações de internamento, bem como produz uma redução significativa nos custos. Vários países têm desenvolvido intervenções para mitigar este problema.⁷⁻¹¹ Os exemplos mais bem-sucedidos provêm de Inglaterra e da Escócia e de alguns estados norte americanos, cujos programas específicos, levados a cabo à escala nacional, alcançaram valores de redução até 85% num período de tempo curto. Esses programas constituem exemplo e inspiração para que se adotem iniciativas idênticas no nosso país.

O que já foi realizado em Portugal?

Algumas iniciativas foram lançadas em Portugal, as quais não lograram a taxa de sucesso dos países atrás mencionados. Em 2009, foi lançada pela DGS a Campanha da Higiene das Mãos cuja adesão por parte dos profissionais de saúde tem sido crescente (FIG.5).

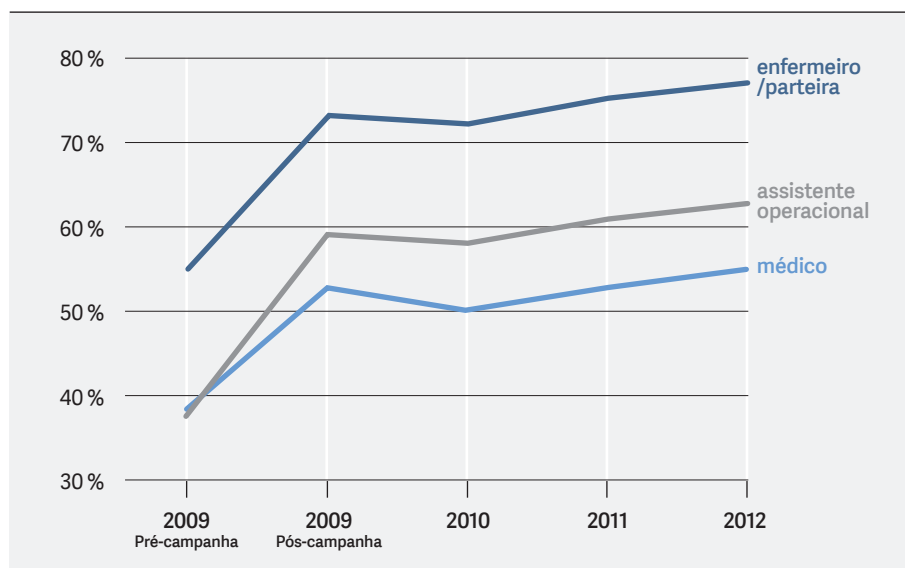


Figura 5

Taxa de adesão à higiene das mãos por grupo profissional

Fonte: Direção Geral de Saúde (DGS)

O Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) foi criado em Fevereiro de 2013, resultando da junção de dois programas (Programa Nacional de Controlo de Infecção e Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos). O PPCIRA centra a sua intervenção num conjunto de programas de vigilância epidemiológica e de avaliação de prevalência e de uso de antimicrobianos. Mais recentemente, foi lançada a Campanha de Precauções Básicas de Controlo da Infecção, que visa prevenir a transmissão cruzada de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Apesar da melhoria de vários indicadores ocorrida em 2013, as infeções hospitalares mantêm-se, todavia, como um problema major de saúde pública como o quadro comparativo da FIG. 1 mostra, o que justifica a iniciativa da Fundação Calouste Gulbenkian e do Ministério da Saúde num esforço comum para reduzir as infeções adquiridas em 12 hospitais, utilizando uma metodologia que, quando bem-sucedida, deve ser replicada e induzir uma mudança no sentido da melhoria da segurança do doente em Portugal.

STOP Infecção Hospitalar! pretende reduzir em 50% a incidência de infecções adquiridas em 12 hospitais públicos, no período de 3 anos.

2. O QUE QUEREMOS?

Qual é o objetivo?

O Desafio Gulbenkian STOP Infecção Hospitalar! pretende constituir um exemplo de implementação de uma metodologia de melhoria contínua que procura reduzir em 50% a incidência das infecções hospitalares, em 12 hospitais, num período de 3 anos.

Onde iremos intervir?

São objeto deste programa 12 hospitais do SNS (públicos ou em regime de PPP), selecionados por meio de um concurso público, que avaliou a organização e a dinâmica de funcionamento; a liderança; o compromisso e a estratégia; o valor das parcerias; a consistência dos programas de auditoria. Estes hospitais preenchem critérios pré-definidos por um grupo de especialistas, de acordo com normativas técnico-científicas internacionais adotadas pelo Ministério da Saúde.

Os hospitais que participam no Desafio Gulbenkian possuem pelo menos 200 camas hospitalares e candidatam pelo menos um Serviço de Cuidados Intensivos de Adultos; um Serviço de Cirurgia Geral e/ou Ortopedia; um Serviço de Medicina Interna. De modo facultativo, fazem ainda parte do Programa, visando obter melhorias, as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

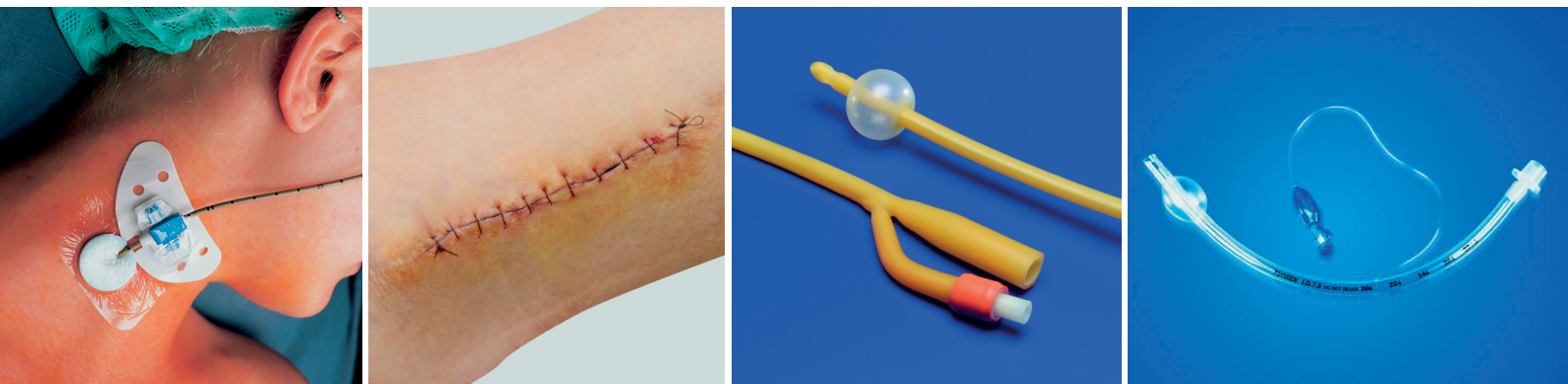
Que infecções serão objeto de intervenção?

As infecções que serão objeto de intervenção são (FIG. 6):

- infecções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a catéter vascular central;
- infecções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a algaliação (bacterémia secundária a algaliação);
- pneumonias associadas à intubação em UCI;
- infecções do local cirúrgico.

Figura 6

Cateter venoso central, ferida cirúrgica, algália e tubo endotraqueal.



No caso das UCI neonatais serão incluídas as sepsis associadas a cateter vascular central e as pneumonias associadas a tubo endotraqueal.

A seleção destas “tipologias” de infeção teve por base os seguintes factos:

- Magnitude dos seus efeitos clínicos, expressa na morbilidade e mortalidade dos doentes afetados, bem como nos custos associados, quer os diretos devidos ao prolongamento do internamento hospitalar e à medicação específica, quer os indiretos, relacionados, entre outros, com a abstenção laboral;
- A informação recente contida na plataforma INSA-RIOS e nos programas IAH-UCI e IAH-cirurgia (previamente designados de HELICS) que indica, apesar da limitação de dados devida a relato insuficiente, que as infeções hospitalares e, nomeadamente, as infeções da corrente sanguínea são um problema significativo nas unidades de cuidados intensivos, nas unidades de cirurgia, ortopedia e medicina interna;
- A sua relação direta com a qualidade dos cuidados de saúde, fazendo supor que a aplicação de programas de melhoria da qualidade irá ter impacto positivo na redução das infeções;
- A importância da comparabilidade internacional, que poderá ajudar a aferir o valor e a correção do programa de melhoria;
- O facto de as infeções objeto de intervenção serem, em grande parte, ocorrências evitáveis e, como tal, poderem ser prevenidas.

3. COMO FAREMOS A INTERVENÇÃO?

O que pretendemos melhorar?

O propósito desta intervenção é alcançar uma diminuição da incidência e, consequentemente, da morbidade e da mortalidade associada a infeções adquiridas nos doentes internados em 12 hospitais portugueses.

Como consequência daquele objetivo, pretende-se contribuir para aumentar a segurança e a confiança dos doentes nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e reforçar a promoção da melhoria contínua da qualidade em saúde em geral.

Como medir a intervenção?

Para a correta avaliação das metas a alcançar – reduzir em 50% a incidência de infeções adquiridas – é necessário estabelecer, com a maior precisão possível, o “ponto de partida” para cada uma das instituições participantes no projeto.

Dada a insuficiência de dados atualmente disponíveis, serão medidos, em cada hospital participante, no período de seis meses, imediatamente após o lançamento do projeto, todos os casos que se incluem nas tipologias que são objeto da intervenção. Esta medição inicial irá permitir estabelecer com rigor o “cenário de base” (“baseline”), referência para aferir as melhorias.

Essa informação é direcionada para a plataforma informática do Ministério da Saúde, INSA-RIOS, que concentra as bases de dados dos programas nacionais de vigilância epidemiológica das unidades de cuidados intensivos; das infeções do local cirúrgico; das infeções nosocomiais da corrente sanguínea; e ainda das unidades de cuidados intensivos neonatais.

A monitorização dos resultados, a avaliação de melhorias e a eventual necessidade de introduzir correção de procedimentos serão feitas, mediante análise dos dados recebidos, com periodicidade definida e em estreita articulação com a Coordenação Nacional do PPCIRA.

Que metodologia irá ser usada nos 12 hospitais?

A metodologia a utilizar é um processo de melhoria contínua, designado por *Collaborative Breakthrough*^{12,13} que tem sido utilizado com sucesso em outros países (FIG. 7). Essa metodologia visa a adoção das boas práticas que se baseiam na melhor evidência técnico-científica disponível.

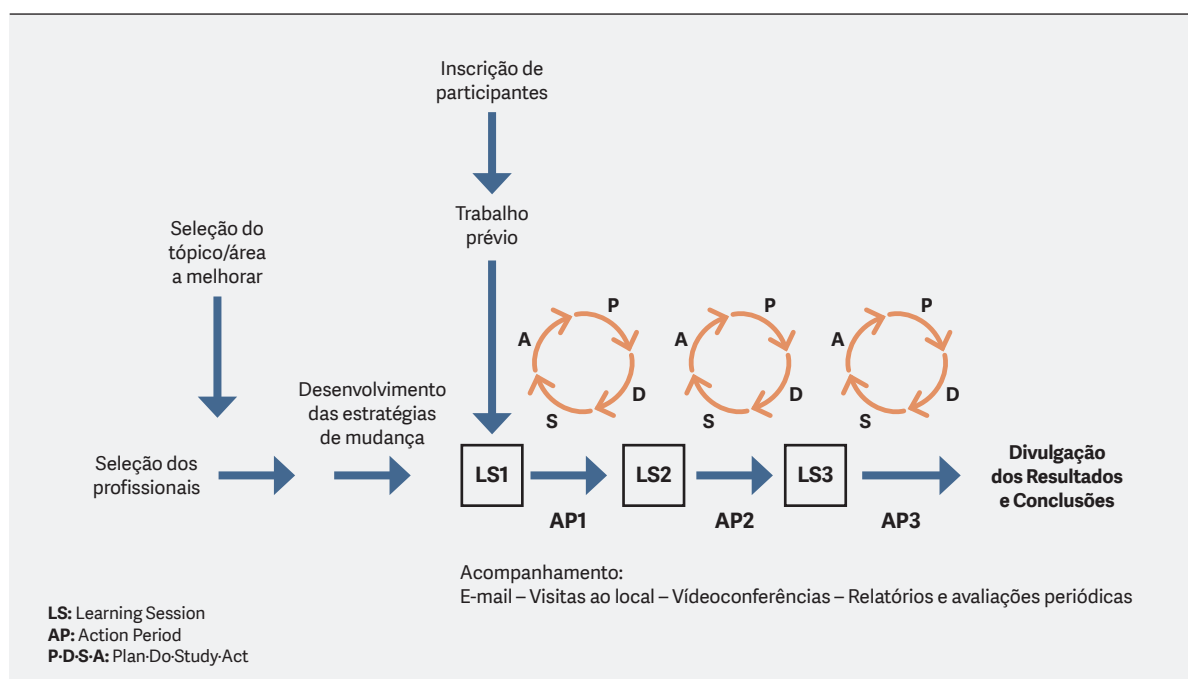
Com periodicidade regular serão avaliados os resultados de cada hospital.

É utilizada uma metodologia de melhoria contínua destinada à adoção de boas práticas.

Os 12 hospitais são participantes de um processo de aprendizagem colaborativa que deverá conduzir a patamares de progressiva melhoria das práticas, monitorizadas pelos resultados e que são objeto de reporte e avaliação regulares.

Os órgãos dirigentes das instituições participantes são responsáveis locais pelo projeto, o que pressupõe a disponibilização dos meios necessários à sua boa execução.

A participação dos profissionais é crucial para o sucesso da intervenção e implicará a constituição de pequenas equipas multidisciplinares nas diferentes áreas de intervenção e a identificação de um líder de projeto em cada hospital.



Nota:

- “Learning Session” é uma oportunidade de aprendizagem, de interação dos grupos e de melhoria dos planos de ação. Na sessão de aprendizagem os peritos irão apresentar uma visão sobre um sistema ideal de cuidados de saúde e um conjunto de procedimentos específicos a aplicar em cada hospital e em cada unidade para atingir melhorias significativas no desempenho do sistema.
- “Action Period” é dedicado a testar novas alterações e a disseminar as que demonstram sucesso.

Figura 7

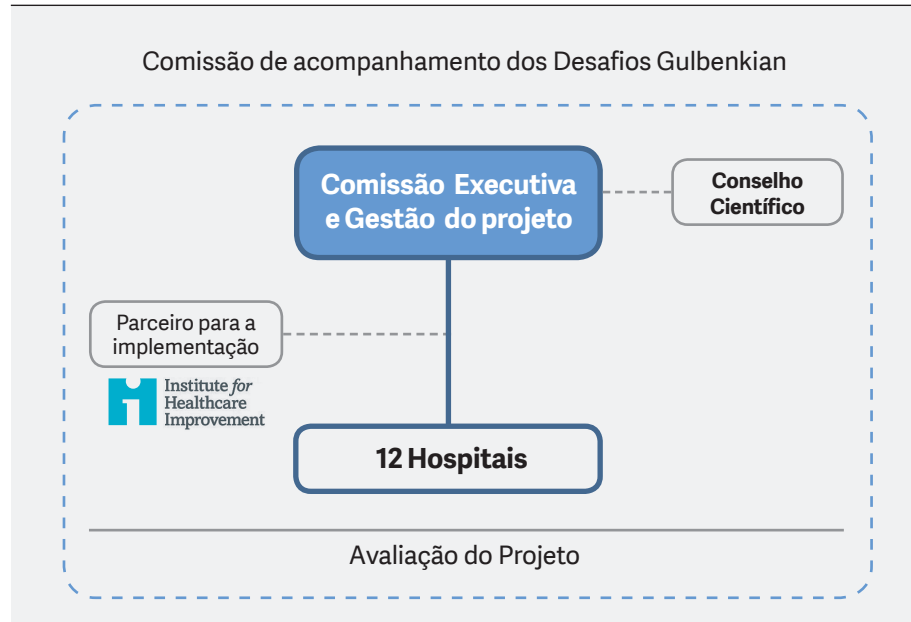
Collaborative Breakthrough

Fonte: Institute for Healthcare Improvement (IHI)'s Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement¹³

4. A ORGANIZAÇÃO

Figura 8

Organograma



Comissão de acompanhamento dos Desafios Gulbenkian

O Desafio Gulbenkian STOP Infecção Hospitalar! será acompanhado por uma Comissão que integra a Fundação Calouste Gulbenkian, através da Plataforma “Um Futuro para a Saúde”, e o Ministério da Saúde. O Professor Donald Berwick fará o acompanhamento direto do Desafio STOP Infecção Hospitalar!.

Comissão Executiva

O Desafio Gulbenkian será gerido por uma Comissão Executiva constituída por quatro elementos:

- JOSÉ ARTUR PAIVA (Coordenação Nacional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos)
- PAULO SOUSA (Saúde Pública com experiência em programas de avaliação e melhoria na área da qualidade e segurança do doente)
- ROSÁRIO FONSECA (Administração hospitalar, com experiência em gestão de hospitais dos sectores público e privado)
- PEDRO DELGADO (Direção Executiva do Institute for Healthcare Improvement)

Conselho Científico

O apoio técnico-científico ao projeto será assegurado por um grupo de especialistas de diferentes áreas:

- ANTÓNIO SARMENTO
- ANTÓNIO SOUSA UVA
- EDUARDO GOMES DA SILVA
- HENRIQUE DE BARROS
- ISABEL NEVES
- JOÃO JOÃO MENDES
- JOSÉ MELO CRISTINO
- LUÍS GABRIEL PEREIRA
- MARIA GORETI SILVA
- MARIA JOSÉ MAIA
- PAULO ANDRÉ FERNANDES
- RUI SANTOS

Parceiro para a Implementação

- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT

5. A AVALIAÇÃO

A avaliação do Desafio Gulbenkian STOP Infecção Hospitalar! terá 3 objetivos:

Avaliação dos Resultados

Efetuada mediante um relatório semestral de progresso, a elaborar pela Comissão Executiva, que aferirá os resultados obtidos em cada hospital, avaliando os progressos realizados e calibrando, se necessário, a intervenção em cada hospital. No termo da intervenção – três anos – será produzido e divulgado o resultado final em termos de percentagem de redução dos vários tipos de infecção hospitalar em relação aos valores apurados no início do projeto.

Avaliação do Processo

Serão monitorizadas em cada hospital, quer a aplicação da metodologia utilizada, quer as correções que forem sendo introduzidas. Os procedimentos avaliados serão relacionados com os resultados obtidos em cada hospital, e serão a base de uma futura expansão do projeto a nível nacional.

Avaliação Económica

Será avaliado o ganho económico com a redução de custos associada à diminuição de taxas de infecção verificada em cada hospital. Para tal, serão estimados os custos médios associados a cada tipo de infecção objeto do presente Desafio, nas suas várias componentes, como por exemplo os custos associados ao aumento do período de internamento. Esta avaliação será elaborada por uma entidade externa.

A Comissão de acompanhamento dos Desafios Gulbenkian coordena uma avaliação final independente de cada um dos três Desafios.

Referências Bibliográficas

- 1 Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, et al. Health care-associated infections: a meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system. *JAMA*, 2013;173:2039-46.
- 2 Goudie A, Dynan L, Brady PW, Rettiganti M. Attributable cost and length of stay for central line-associated bloodstream infections. *Pediatrics*; 2014, 133:1525-32.
- 3 Jenks PJ, Laurent M, McQuarry S, Watkins R. Clinical and economic burden of surgical site infection (SSI) and predicted financial consequences of elimination of SSI from an English hospital. *J Hosp Infect*; 2014, 86:24-33.
- 4 Dick AW, Perencevich EN, Pogorzelska-Maziarz M, et al. A decade of investment in infection prevention: A cost-effectiveness analysis. *Am J Infect Control*; 2015, 43:4-9.
- 5 Portugal. Direção Geral da Saúde, 2014 – Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2014.
- 6 Portugal. Direção Geral da Saúde, 2013. Portugal – Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos em números – 2013.
- 7 United Kingdom. National Health Service. Reducing Healthcare – Associated Infections in Hospitals in England. National Audit Office, NHS UK, 2009.
- 8 Cairns S, Reilly J, Booth M. Prevalence of healthcare-associated infection in Scottish intensive care units. *J Hosp Infect*; 2010, 76:308-10.
- 9 Reilly J, Cairns S, Fleming S, et al. Integrating Results from the second Scottish national prevalence survey: the changing epidemiology of healthcare-associated infection in Scotland. *J Hosp Infect*; 2012,82:170-4.
- 10 Hazamy PA, Van Antwerpen C, Tserenpuntsag B, et al. Trends in validity of central line-associated bloodstream infection surveillance data, NY State, 2007-2010. *Am J Infect Control*; 2013, 41:1200-4.
- 11 Hansen S, Schwab F, Schneider S, et al. Time-series analysis to observe the impact of a centrally organized educational intervention on the prevention of central line-associated bloodstream infections in 32 German intensive care units. *J Hosp Infect*; 2014, 87:220-6.
- 12 Øvretveit J, P Bate, P Cleary. Quality Collaboratives: lessons from research. *Qual Saf Health Care*; 2002, 11:345-51.
- 13 Institute for Healthcare Improvement. The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003.

COORDENADOR

Luis Lobo Xavier

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Maria João Pinheiro

DESIGN

TVM Designers

IMPRESSÃO

Gráfica Maiadouro S.A.

TIRAGEM

600 exemplares

ISBN 978-989-8807-04-5

DEPÓSITO LEGAL 389644/15

EDIÇÃO

Fundação Calouste Gulbenkian

Av. de Berna 45 A

1067-001 Lisboa

Portugal

Tel. (+351 21 782 3000)

Email: pgis@gulbenkian.pt

<http://www.gulbenkian.pt>

©Fundação Calouste Gulbenkian 2015

