



1899-2011
111 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Relatório

Inquérito de Prevalência de

Infeção 2010

Programa Nacional de Prevenção e

Controlo da Infeção Associada aos Cuidados

de Saúde

Autores

Elaine Pina

Goreti Silva

Etelvina Ferreira



Departamento da
Qualidade na Saúde

Conteúdo

RESUMO	3
INTRODUÇÃO	3
OBJETIVOS	3
MÉTODOS	4
RESULTADOS	4
Caracterização dos Hospitais Participantes	4
Caracterização da População Estudada	5
Caracterização das Infecções	6
Infecções Nosocomiais.....	6
Prescrição de antimicrobianos.....	11
INFEÇÕES DA COMUNIDADE	12
Distribuição das Infecções da Comunidade	12
DISCUSSÃO	13
Lista de Figuras.....	15
Lista de Abreviaturas	15

RESUMO

Este estudo foi delineado para determinar a prevalência de Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) adquiridas no hospital (infecção nosocomial) assim como a prevalência de infecções adquiridas na comunidade nos doentes internados. O estudo teve a participação de 97 hospitais do Continente e Ilhas incluindo 14 hospitais privados, num total de 21011 doentes. Observou-se uma taxa de prevalência de infecção nosocomial de 11,7% em 9,8% de doentes e uma taxa de prevalência de infecção da comunidade de 22,5% em 22,3% de doentes. Os serviços que apresentaram taxas mais elevadas foram as unidades de cuidados intensivos, serviços cirúrgicos e de hematologia/oncologia. As taxas estavam associadas à idade e tempo de permanência no hospital. Os principais fatores de risco extrínseco foram a presença de dispositivos invasivos. *Staphylococcus* spp, *E. coli* e *Pseudomonas aeruginosa* representaram 66% dos microrganismos isolados nas infecções nosocomiais e 48,9% dos doentes estavam a tomar antibióticos.

INTRODUÇÃO

A vigilância epidemiológica (VE) é uma ferramenta essencial para avaliar o desempenho das instituições de saúde com respeito à prevenção das infecções nosocomiais (IN) e segurança do doente. A VE das IN pode ser efetuada através de estudos de incidência, com monitorização contínua, e de prevalência de ponto (uma fotografia obtida num ponto de tempo). Em muitos países europeus os estudos de prevalência são realizados de forma regular, complementando os estudos de incidência que são dirigidos a populações de risco específicas. Embora a informação obtida através dos estudos de prevalência não seja apropriada para análises detalhadas, constitui um ponto de partida útil devido à facilidade relativa da sua execução o que permite abranger todo o hospital, obtendo-se um panorama de possíveis áreas problemáticas que requerem abordagens mais específicas.

Numa perspetiva nacional a prevalência das IN reflete a dimensão global deste efeito adverso da hospitalização. Os resultados a nível de cada hospital devem ser interpretados com cautela já que são afetados pelo número de doentes presentes e a relativa frequência de alguns dos parâmetros estudados. A nível local, é mais útil a comparação de resultados em inquéritos de prevalência repetidos.

OBJETIVOS

- Estimar a dimensão das infecções adquiridas nos hospitais de agudos
- Descrever os doentes, fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (procedimentos invasivos) e as infecções (localização, microrganismos causais e antimicrobianos utilizados)
- Disponibilizar informação significativa aos responsáveis a nível nacional e regional para que se possam tomar as medidas adequadas para abordar os problemas identificados.

MÉTODOS

Tal como o estudo efetuado em 2009, foi utilizado o protocolo desenvolvido pelo grupo de trabalho do programa HELICS III publicado em 2002. Os critérios de inclusão e exclusão assim como a metodologia da recolha de informação e os critérios para a determinação da presença de infeção foram descritos no relatório do IPI de 2009 publicado em 2010 (www.dgs.pt microsite PNCI).

Todos os hospitais públicos e privados foram convidados a participar no estudo. Foram desenvolvidas ações de formação para apresentação e familiarização com o protocolo e clarificação de dúvidas.

O inquérito decorreu durante a terceira semana de março de 2010.

Os fatores de risco intrínseco estudados, além da idade, foram imunodeficiência e neutropenia e os fatores de risco extrínseco incluíram a presença de dispositivos invasivos e cirurgia.

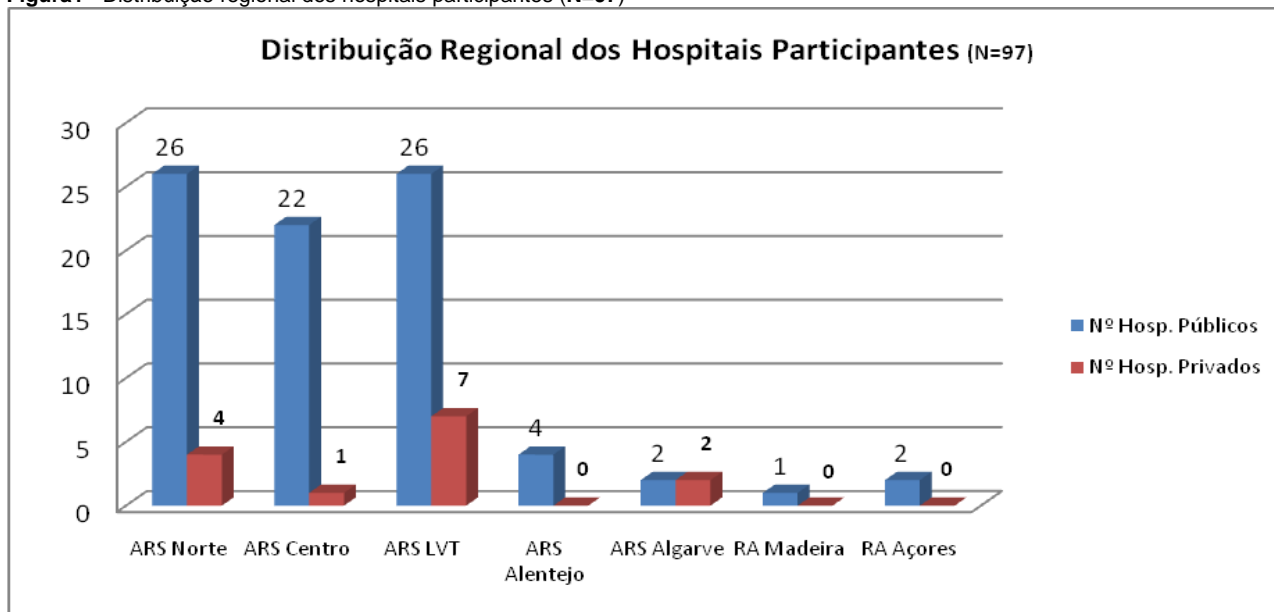
Trata-se de um estudo descritivo, transversal. Utilizamos duas medidas de frequência: doentes com infeção e total de infeções. Analisamos o tempo de internamento prévio como os dias de internamento até à data do início da infeção. Procuramos ainda a associação entre a presença do dispositivo invasivo e a infeção no local de exposição ao fator de risco (FR).

RESULTADOS

Caracterização dos Hospitais Participantes

Participaram no estudo 97 hospitais (21011 doentes), dos quais 14 eram privados, correspondendo a 1005 doentes. Vinte e sete hospitais tinham valência de Psiquiatria (serviço de baixo risco, nem sempre incluídos neste tipo de estudos), num total de 945 (4,5%) doentes. A distribuição regional dos hospitais participantes está representada na Figura 1.

Figura1 - Distribuição regional dos hospitais participantes (N=97)



Caracterização da População Estudada

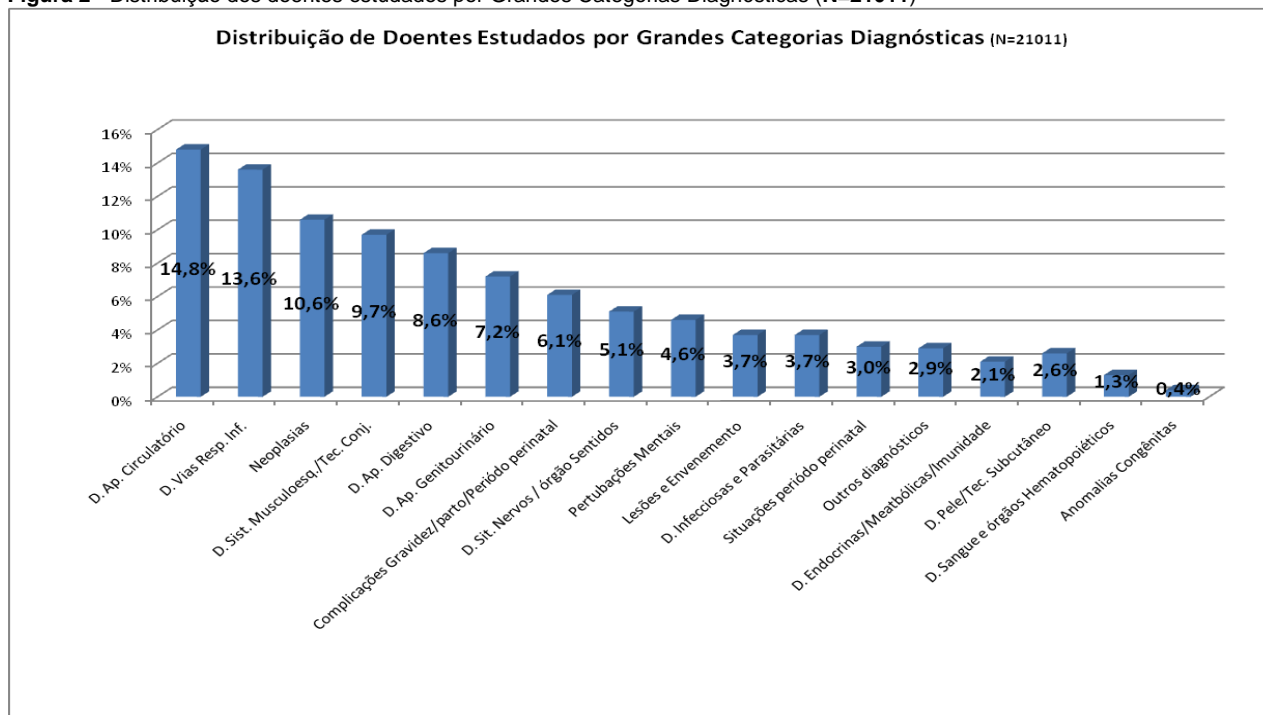
Do total de 21011 doentes, 48,8% do género masculino e 51,2% do género feminino.

A maioria dos doentes provinha do domicílio (61%) seguindo-se outro serviço do hospital (23,8%), outro hospital (8,1%), outra unidade de saúde (3,4%) lares de idosos (2,9%) e Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) (0,8%).

Os grupos de serviços clínicos com mais utentes estudados foram: Medicina Interna/outras especialidades Médicas, seguido da Cirurgia Geral e outras Especialidades Cirúrgicas, Obstetrícia e Ginecologia e Pediatria/outras Especialidades Pediátricas.

As três grandes categorias diagnósticas (GCD) mais frequentes nos doentes estudados foram as doenças do aparelho circulatório, seguido das doenças das vias respiratórias e das neoplasias. A figura 2 apresenta a distribuição mais pormenorizada por GCD.

Figura 2 - Distribuição dos doentes estudados por Grandes Categorias Diagnósticas (N=21011)



Caracterização das Infecções

Na globalidade, 32,2 em cada 100 doentes estudados tinham assinaladas uma ou mais infeções (nosocomial ou da comunidade) correspondendo a uma prevalência global de infeção (IN + IC) de 34,2%. Em 9,8% dos doentes foi identificada IN, correspondendo a uma **prevalência de IN de 11,7%** (min. 0, max 21,87). Em 22,3% dos doentes estudados foi identificada IC, correspondendo a uma **prevalência de IC de 22,5%**. Dos 2087 doentes com IN, 270 (12,9 %) tinham mais do que uma IN e dos 4488 doentes com IC, 307 (6,8 %) tinham mais do que uma IC.

Infeções Nosocomiais

Distribuição da Infeção

Em 9,8% dos doentes foi identificada IN, correspondendo a uma prevalência de IN de 11,7%.

Distribuição da IN por Áreas Assistenciais ou Grupos de Serviços

Na análise da prevalência das IN por serviços/áreas assistenciais (Figura 3) observaram-se taxas mais elevadas nas UCIP/Outras UCI, seguindo-se as Cirurgias/Especialidades Cirúrgicas e Hematologia-Oncologia. As taxas mais baixas corresponderam aos serviços de Obstetrícia/Ginecologia, Psiquiatria e Reabilitação.

Figura 3 - Prevalência da Infecção Nosocomial por áreas Assistenciais

Grupos de Serviços	N.º doentes estudados	N.º doentes/IN	N.º de IN	Preval.ª IN%
Unidades de Cuidados Intensivos	807	264	321	39,7
Cirurgia/outras Esp. Cirúrgicas	4540	488	740	16,3
Hematologia/Oncologia	352	51	56	15,9
Medicina/outras Esp. Médicas	7250	868	926	12,8
Ortopedia	1723	116	123	7,5
Pediatria/Esp. Pediátricas	998	56	70	7,0
S. Urgência (S.O.)	553	40	46	8,8
Neonatologia/Perinatologia	854	37	37	4,3
Urologia	571	32	33	5,8
Outros Serviços	264	31	29	11
Ginecologia/Obstetrícia	1487	26	27	1,8
Otorrinolaringologia	277	2	6	2,1
Reabilitação	273	25	26	9,5
Oftalmologia	117	2	7	5,9
Psiquiatria	945	12	15	1,3
TOTAL	21011	2087	2462	11,7%

As 1793 crianças até aos 9 anos representam 8,5% da população estudada: 56% (1004) tinham até 1 mês de idade; 16,8% (301) tinham entre 1 mês e um ano; 7,6% (136) tinham entre 1 e 2 anos e 19,6% (351) tinham entre 2 e 9 anos. Neste grupo etário a prevalência foi de 3,9%. Contudo, nos serviços especializados de Pediatria as taxas foram significativamente mais elevadas (13,3% - 36,7%)

A distribuição da prevalência de IN variou de acordo com a proveniência sendo mais baixa nos doentes vindos do domicílio e mais elevada nos doentes dos UCCI e lares de idosos (Fig. 4).

Figura 4 – Distribuição da IN por proveniência dos doentes estudados

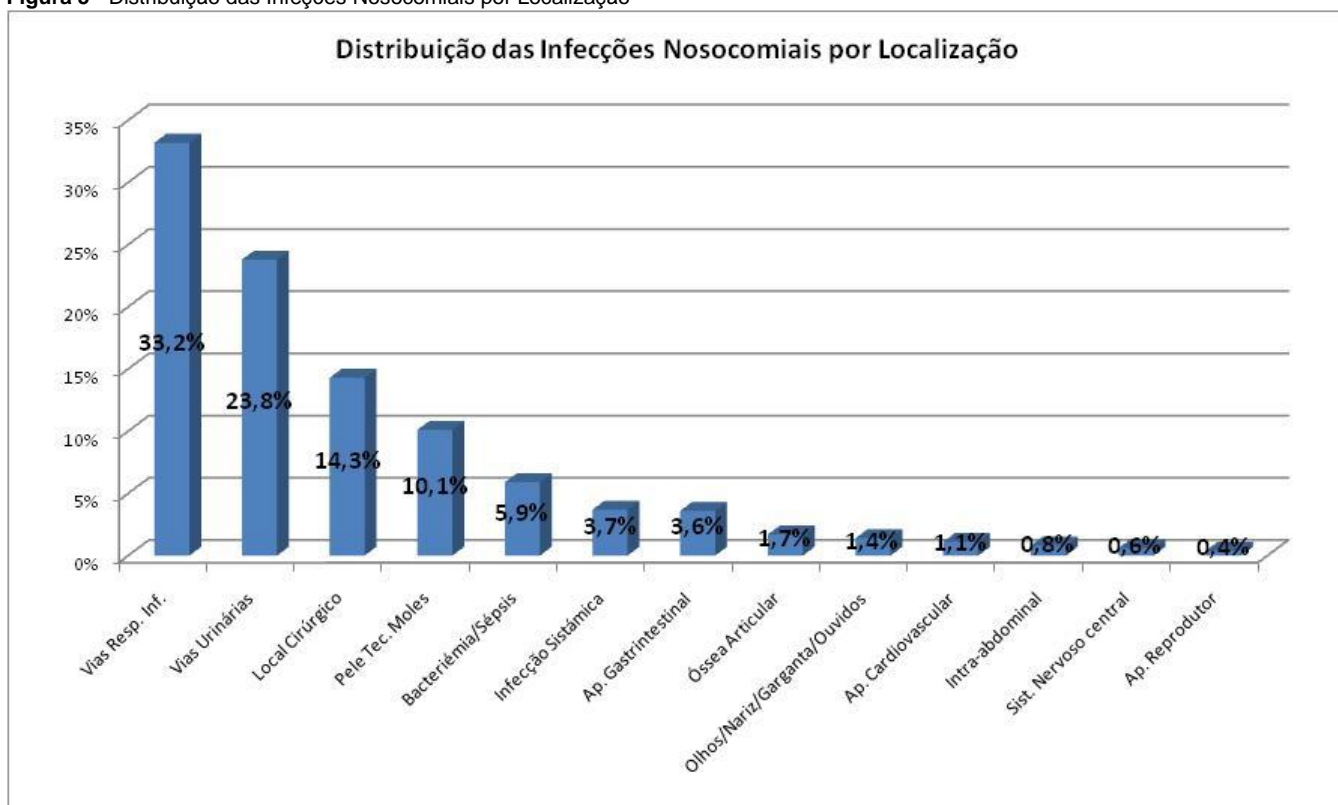
Proveniência	Doentes estudados	N.º de IN	Prevalência/IN %
Domicílio	12890	1041	8,1
Outro hospital	1673	298	17,8
Outra unidade de saúde	686	75	10,9
U.C. Continuados Integrados	173	69	39,9
Lar de Idosos	618	134	18,3
Outro serviço do hospital	4971	845	17,7
TOTAL	21011	2462	11,7

A média global de idades foi de 58 anos (1 dia a 99 anos). Salienta-se que, do total de doentes estudados, 44,7% tinham idade superior a 60 anos. Destes, 22,8% tinham idade superior a 80 anos e, por sua vez, destes, 17,4% tinham idade superior a 90 anos. Neste grupo etário (> 60 anos) a prevalência de IN foi de 14,9%.

Localização das IN

Cinco localizações: vias respiratórias inferiores, vias urinárias, local cirúrgico, pele e tecidos moles e corrente sanguínea corresponderam a 87,3% das IN.

Figura 5 - Distribuição das Infecções Nosocomiais por Localização



Fatores de risco e IN

Fatores de risco intrínseco (FRI)

4349 doentes (20,7 %) tinham assinalados FRI. Em 58,9% tratou-se de doentes com tumores sólidos ou hematogêneos, 7,4% doentes neutropênicos e 5,8% doentes imunodeprimidos por HIV/SIDA

Fatores de risco extrínseco (FRE)

Dos doentes estudados, 20,6% não apresentava qualquer FRE podendo ser considerados de baixo risco, apresentando uma taxa de prevalência de IN de 5,9%; Em 42% dos doentes verificou-se a presença de 1 FRE sendo a taxa de IN de 25,8%; em 28,2% dos doentes observaram-se 2 a 3 FRE e uma taxa de IN de 38,1%; 9,2% dos doentes tinham mais de 3 FRE com uma taxa de IN de 30,1%. Os doentes com 2 ou mais FRE podem ser considerados de risco elevado.

Figura 6 - Prevalência de IN em função da exposição a dispositivos/procedimentos invasivos

Fator de risco extrínseco	N.º total doentes com dispositivo	Local da IN	Taxa IN (%)	Localização
Ventilação Invasiva	515	94	8,3	▶ OR = 6
Sem ventilação	20496	724	3,5	
Cateter urinário	4793	377	7,9	▶ OR = 7,2
Sem cateter urinário	16218	189	1,2	
Alimentação Parentérica	391	41	10,5	
C. Vascular central	1668	117	7,0	▶ OR = 50,2
Sem CVC	19343	29	0,1	
C. Venoso periférico	13413	116	0,9	
Sem CVP	7598	30	0,4	

Tipo de Cirurgia	N.º total doentes	Local da IN	Taxa IN (%)	Localização
Cirurgia limpa	3416	65	1,9	
Cirurgia limpa/contaminada	1629	96	5,9	
Cirurgia contaminada	430	54	12,6	
Cirurgia suja	319	41	12,9	
Total de Cirurgias	5794	256	4,4	

Tempo de internamento prévio e prevalência da IN

No dia do estudo, 59,1% dos doentes estudados estavam internados há menos de 7 dias; 29,6% entre 8 e 30 dias, e 11,3% há mais de 30 dias. Verifica-se que metade da população estudada com IN (51,5%) tinha um tempo de internamento prévio à data do estudo, superior a 90 dias.

Figura 7 - Tempo de internamento prévio e prevalência da IN

Dias internamento prévio	N.º doentes	N.º de IN	Prevalência IN	N.º de doentes/ IN	Prevalência doentes com IN %
1-2 dias	6532	97	2,3%	85	1,3
3-4 dias	2772	125	4,5%	97	3,5
5-7 dias	3283	242	7,4%	218	6,6
8-14 dias	3549	498	14,3%	460	13,0
15-21 dias	1548	380	24,5%	335	21,6
22-30 dias	1078	367	33,7%	301	27,9
31-60 dias	1230	440	34,0%	337	27,4
61-90 dias	401	151	37,6%	106	28,3
91-180 dias	280	110	39,2%	74	26,4
181-365 dias	110	38	34,5%	25	22,7
> 365 dias	228	12	5,3%	12	3,4
Total	21011	2462	11,7	2050	9,8

Infeção Nosocomial e Lotação Oficial dos Hospitais Participantes

A taxa de IN mais elevada verifica-se nos hospitais com lotação superior a 800 camas. Os hospitais com lotação até 100 camas e de 101-250 camas apresentam taxas menores (Figura 8).

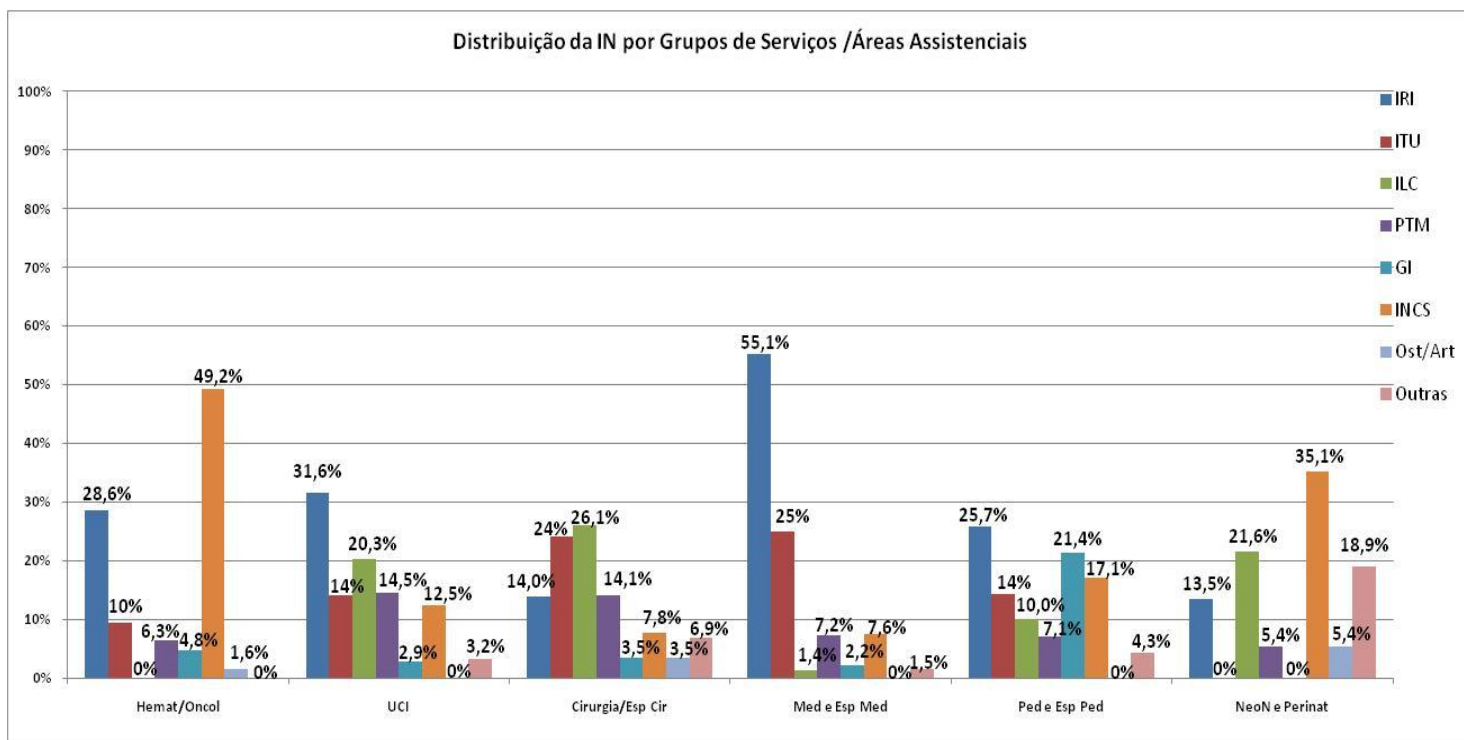
Figura 8 – Infeção Nosocomial e Lotação dos Hospitais

Lotação dos hospitais	N.º de hospitais	Doentes estudados	N.º de IN	Prevalência IN %
> 800 camas	3	2351	362	15,4
501-800 camas	10	5229	597	11,4
251-500 camas	24	7499	927	12,4
101-250 camas	33	4680	391	8,4
até 100 camas	27	1252	129	10,3

Distribuição das localizações das IN por grupos de serviços /áreas assistenciais.

O predomínio de localização de IN variou por tipo de serviço tendo as infeções da corrente sanguínea sido predominantes nos serviços de Hematologia/Oncologia e Neonatologia/Perinatologia enquanto a infeção das vias respiratórias foi a mais frequente nos serviços de Medicina/Especialidades Médicas, nas UCI e nos serviços de Pediatria/Especialidades Pediátricas. A infeção do local cirúrgico foi a infeção mais frequente nos serviços cirúrgicos. A figura 9 apresenta a distribuição das infeções por localização entre os diversos tipos de serviços/áreas assistenciais.

Figura 9 - Distribuição detalhada das localizações das IN por serviços/áreas assistenciais



Estudo Microbiológico

Em 77,8% dos doentes com IN foi solicitado um estudo laboratorial (estudo microbiológico ou outro teste) para diagnóstico etiológico da infeção tendo a frequência sido maior nos doentes com infeção hematogénea (83,9%), infeção das vias urinárias (78,4%) infeções do local cirúrgico (56,9%) infeções osteoarticulares (55%) e infeções da pele e tecidos moles (47,4%).

Observou-se um predomínio de bactérias de Gram negativo. O *Staphylococcus (aureus e epidermidis)*, *E. coli* e *Pseudomonas aeruginosa* corresponderam a 66% dos microrganismos isolados (figura 10).

Figura 10 – Distribuição dos microrganismos isolados

Enterobacteriaceae Total – 502	Bacilos de Gram negativo, não fermentativos Total - 321	Bactérias de Gram positivo Total - 546	Fungos Total 105
<i>E. coli</i> - 226	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> - 207	<i>Staphylococcus</i> total - 546	<i>Candida albicans</i> - 69
<i>Klebsiella sp.</i> - 128	<i>Acinetobacter baumannii</i> - 90	<i>Staphylococcus aureus</i> - 286	Outras <i>Candida</i> - 32
<i>Proteus mirabilis</i> - 65	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> - 9	MRSA - 69,2%	Outros fungos - 4
<i>Enterobacter spp.</i> - 43	Outros 15	<i>Staphylococcus epidermidis</i> - 51	
Outras - 54		Outros <i>Staph</i> coagulase neg- 37	
		<i>Enterococcus spp</i> – 139	
		<i>E. faecalis</i> - 61%	
		<i>E. faecium</i> - 33%	
		<i>Streptococcus spp</i> - 28	

Prescrição de antimicrobianos

Quase metade dos doentes (48,9%) teve uma prescrição de antimicrobianos. Os serviços onde se observou uma maior utilização foram Doenças Infeciosas com 75,5% Hematologia/Oncologia com 62,7%, UCI com 60,6% e Medicina Interna com 59,8%. Na Pediatria 47,8% dos doentes fizeram antibióticos.

A figura 11 apresenta a prescrição de alguns antibióticos e grupos de antibióticos, e a sua utilização segundo o tipo de infeção presente.

Figura 11 - Prescrição de antibióticos segundo o tipo de infeção.

Antibiótico	Total prescrições	IN (%)	IC (%)
Amoxicilina/ácido clavulânico	1951	788 (40,4)	1163 (59,6)
Quinolonas	1389	731 (52,6)	658 (47,4)
Cefalosporinas 3ª G	1249	581 (46,5)	668 (53,5)
Piperacilina/Tazobactam	1166	642 (55,1)	524 (44,9)
Carbapenemos	1040	621 (59,7)	419 (40,3)
Macrólidos	848	181 (21,3)	667 (78,7)
Aminoglicosidos	815	536 (65,7)	279 (34,2)
Glicopéptidos	569	382 (67,1)	187 (32,9)
Linezolid	171	98 (57,3%)	66 (38,6)

A Tigeciclina foi utilizada em 53 doentes sendo em 15 casos para tratar IC. A Colistina foi prescrita em 52 doentes (8 casos de IC). Os antifúngicos foram prescritos em 263 doentes. Cento e sessenta e cinco doentes estavam a tomar tuberculostáticos e 107 doentes tinham uma prescrição de antiretrovirais.

INFEÇÕES DA COMUNIDADE

Embora o principal objetivo do inquérito de prevalência de infeção seja o estudo IN, foram analisados alguns dados relativos aos doentes internados por infeção adquirida na comunidade. Um total de 4377 doentes (22,3%) tinham assinalada pelo menos uma IC, correspondendo a uma prevalência de infeção da comunidade de 22,5%.

Distribuição das Infeções da Comunidade

As principais IC foram, por ordem decrescente de frequência, a infeção das vias respiratórias inferiores, seguida das infeções da pele e tecidos moles e das infeções das vias urinárias correspondendo a quase 80% das IC.

Idade e IC

As IC foram mais frequentes nas faixas etárias dos 0-9 anos (40,1%) e a partir dos 70 anos. Nos doentes com mais de 80 anos a taxa de IC foi de 35,2%.

Proveniência dos doentes com Infeção da Comunidade

Observou-se uma prevalência de IC superior nos doentes vindos de lares de idosos e Unidades de Cuidados Continuados Integrados. (figura 12).

Figura 12 - Proveniência dos doentes com IC

Proveniência	Doentes estudados	Doentes com IC	N.º de IC	Prevalência de IC %
Domicílio	12890	2636	2989	23,1
Outro hospital	1673	265	365	21,8
Outra unidade de saúde	686	137	191	27,8
U.C. Continuados Integrados	173	42	55	31,8
Lar de Idosos	618	261	350	56,6
Outro serviço do hospital	4971	1036	1291	26,9

Distribuição das Infeções de Comunidade por Áreas assistenciais/Grupos de Serviços

As taxas superiores à média de IC verificam-se nos serviços de Pediatria e Especialidades Pediátricas (72,9%), seguido de Medicina/Especialidades Médicas (43,2%) e Serviço de Urgência (SO) (42,6%).

DISCUSSÃO

Na altura do estudo 32,2% dos doentes tinham uma infeção o que vem reforçar a importância do problema, já que, também os doentes com IC (que representam dois terços dos casos) constituem fontes de transmissão cruzada de infeção nas instituições de saúde.

Foram identificados como serviços de maior risco de aquisição de IN as UCI, Hematologia/Oncologia e os serviços cirúrgicos. Há vários anos, está em curso no nosso país um programa específico de VE nas UCI e nas Cirurgias, integrados na rede europeia de VE HELICS.

Será necessário reforçar a participação nos programas e desenvolvimento de projetos de intervenção para a redução das IN nesses serviços.

Uma taxa elevada nos serviços especializados de Pediatria, aponta para a necessidade de uma abordagem específica para esta população, já que, as medidas recomendadas para a prevenção em adultos nem sempre se podem aplicar ou serem indicados em crianças.

Vai-se estabelecer uma parceria com a Sociedade Portuguesa de Infeciologia Pediátrica para abordar as especificidades deste grupo de doentes

Observou-se uma taxa mais elevada nos doentes provenientes das UCCI e dos lares. Isso terá que ver com a idade dos doentes e patologias associadas. No entanto, identificamos a necessidade de desenvolver o programa nacional ao nível dos cuidados continuados. Mais de metade dos doentes provenientes de lares de idosos tinham uma IC.

O estudo HALT (Healthcare Associated Infections in Long Term Care) já foi um passo nesse sentido. Seria desejável que o estudo de prevalência fosse alargado a todas as UCCI ou que fosse concebido um método alternativo para o estudo de IACS nesta população. Também será desejável abordar o problema das IC nos lares de idosos.

As infeções das vias respiratórias inferiores, foram as infeções mais frequentes tanto nas IN como nas IC. Trata-se de um dado relevante já que as vias respiratórias estão frequentemente associadas à contaminação ambiental favorecendo a transmissão cruzada.

Os resultados não deixam dúvidas quanto ao risco importante representado pela presença de dispositivos invasivos. Apesar de as infeções da corrente sanguínea serem em número relativamente pequeno, a morbilidade e mortalidade associada, e o facto de as infeções da corrente sanguínea associadas a cateter

estarem incluídas no grupo de infeções evitáveis, torna desejável uma intervenção específica.

Estamos a iniciar um projeto de intervenção multimodal para a redução de Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea num pequeno número de UCI

A relação entre o tempo de internamento e taxas de prevalência de IN tem sido uma constante nos diversos estudos de prevalência realizados em Portugal. É evidente que os doentes mais graves serão os que ficam mais tempo internados, principalmente se tiverem uma infeção. As taxas de prevalência são por isso mais elevadas que as taxas de incidência, na medida em que são afetadas pelos doentes que ficam mais tempo internados.

As taxas de prevalência foram mais elevadas nos hospitais universitários com um número de camas, superior a 800, o que se relaciona com o *casemix*. Contudo, as taxas mais baixas nos hospitais mais pequenos devem ser analisadas com cautela pois englobam os hospitais privados onde as patologias predominantes diferem das dos hospitais públicos (p.ex. domínio de Obstetrícia).

A utilização do laboratório de microbiologia pode ser considerada razoável. Nas IN, verifica-se um domínio de bactérias de Gram negativo. O dado mais preocupante é uma taxa de **MRSA de 69,2%**. Esta taxa, é um indicador da qualidade das intervenções de prevenção e controlo de infeção. Neste estudo os resultados obtidos não refletem o esforço meritório desenvolvido pelas Comissões de Controlo de Infeção dos Hospitais.

Um número significativo de doentes (48,9%) tinha uma prescrição de antibióticos no dia do estudo. Isto pode ser justificado em parte pelo número de doentes com infeção, acrescido dos doentes cirúrgicos que fizeram profilaxia. Observa-se o uso significativo de antibióticos de largo espectro nas IC. Contudo, este estudo não faz a distinção entre as infeções associadas a cuidados de saúde não hospitalares e as IC, e é muito provável que o número significativo de doentes das UCCI com infeções classificadas como da comunidade, representem de facto IACS com microrganismos hospitalares. Os estudos de prevalência não permitem uma análise mais aprofundada desta problemática, mas pensamos que é urgente que se estude a prevalência de IACS noutras instituições de saúde para se ter uma perceção real do problema.

Este estudo fornece dados importantes para o planeamento das atividades de prevenção e controlo de infeção nosocomial. Identificou os serviços e doentes de maior risco assim como os fatores de risco extrínseco, onde é possível e desejável desenvolver intervenções específicas. A participação de 97 hospitais, de todas as Regiões do País incluindo as Ilhas da Madeira e Açores, permite considerar os dados como representativos do país.

Devido às suas especificidades os serviços pediátricos e os hospitais privados serão alvo de relatórios específicos mais detalhados. O PNCI identificou as áreas prioritárias, e irá desenvolver as suas atividades de forma a dar resposta às necessidades identificadas.

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição regional dos hospitais participantes

Figura 2 - Distribuição dos doentes estudados por Grandes Categorias Diagnósticas

Figura 3 - Prevalência da Infecção Nosocomial por áreas Assistenciais

Figura 4 - Distribuição da IN por proveniência dos doentes estudados

Figura 5 - Distribuição das Infecções Nosocomiais por localização

Figura 6 - Prevalência de IN em função da exposição a dispositivos/procedimentos invasivos

Figura 7 - Tempo de internamento prévio e prevalência da IN

Figura 8 - Infecção Nosocomial e lotação dos Hospitais

Figura 9 - Distribuição detalhada das localizações das IN por serviços/áreas assistenciais

Figura 10 - Distribuição de microrganismos

Figura 11 - Prescrição de antibióticos segundo o tipo de infeção

Figura 12 - Proveniência dos doentes com IC

Lista de Abreviaturas

CEC	Cirurgia / Especialidades Cirúrgicas
FR	Fator de Risco
FRE	Fator de Risco Extrínseco
FRI	Fator de Risco Intrínseco
GCD	Grandes categorias diagnósticas
GO	Ginecologia / Obstetrícia
HO	Hematologia / Oncologia
IACS	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
IC	Infecção da Comunidade
IN	Infecção Nosocomial
MOM	Medicinas / Outras Especialidades Médicas;
MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente à meticilina
NP	Neonatologia / Perinatologia
OR	Odds Ratio
OS	Outros Serviços
PNCI	Programa Nacional de Controlo de Infecção
POP	Pediatria / Outras Especialidades Pediátricas

Psq	Psiquiatria
RH	Reabilitação
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
Urg.^a	Urgência (S.O.)
VE	Vigilância Epidemiológica