



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS - CCD
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"
DIVISÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM SERVIÇOS DE DIÁLISE

**SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS
INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

REVISÃO JANEIRO DE 2015

ÍNDICE

ASSUNTO	Pág
1. Introdução e objetivos	3
2. Critérios para inclusão no componente hemodiálise e diálise peritoneal	3
2.1. Componente hemodiálise	3
2.2. Componente diálise peritoneal	4
3. Critérios para notificação de infecção ou complicação não infecciosa	4
3.1. Componente hemodiálise	4
3.2. Componente diálise peritoneal	5
4. Sistema de coleta de dados	6
4.1. Cálculo do Movimento Mensal	6
4.1.1. Componente hemodiálise	6
4.1.2. Componente diálise peritoneal	6
4.2. Indicadores Epidemiológicos	7
4.2.1. Componente hemodiálise	7
4.2.2. Componente diálise peritoneal	9
5. Instruções para preenchimento do instrumento de coleta de dados de serviços de diálise	10
5.1. Planilha de notificação	10
5.2. Período de notificação	10
5.3. Fluxo de notificação	10
5.4. Preenchimento da planilha	11
5.5. Análise de dados	15
Anexo 1: Indicadores Epidemiológicos - Componente Hemodiálise	16
Anexo 2: Indicadores Epidemiológicos - Componente Diálise Peritoneal	17
6. Bibliografia	18

SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO SERVIÇOS DE DIÁLISE

1. Introdução e objetivos

A vigilância epidemiológica através de busca ativa é um dos pilares do controle das infecções relacionadas à assistência a saúde, pois permite a determinação do perfil endêmico das instituições, a identificação de eventos inesperados (surto) e o direcionamento das ações de prevenção e controle.

O sistema de vigilância epidemiológica em serviços de diálise tem os seguintes objetivos:

1. Determinar o perfil epidemiológico das infecções em unidades de diálise;
2. Identificar surtos precocemente;
3. Consolidar e tabular os dados encontrados;
4. Divulgação dos dados com análise crítica dos indicadores;
5. Dar suporte às atividades de educação e a implementação de medidas de controle e prevenção das infecções relacionadas à assistência a saúde.

2. Critérios para inclusão dos dados nos componentes de hemodiálise e diálise peritoneal

2.1 Componente hemodiálise

Paciente com insuficiência renal crônica inscrito no programa de hemodiálise do serviço que informará os dados e que realizou pelo menos uma sessão de hemodiálise no mês.

Obs: Estão excluídos deste componente os pacientes com insuficiência renal crônica que realizarem hemodiálise, mas que estão inscritos em outra unidade de diálise.

2.2 Componente diálise peritoneal

Paciente com insuficiência renal crônica inscrito no Programa de Diálise Peritoneal do serviço que informará os dados e que realizou pelo menos uma sessão de diálise peritoneal no mês.

3. Critérios para notificação de infecção ou complicação não infecciosa

3.1 Componente hemodiálise

Devem ser notificados os pacientes do componente hemodiálise que apresentarem **um ou mais** dos seguintes eventos:

1. Necessidade de internação hospitalar
2. Uso de cateter venoso central (não tunelizado) por mais de 3 meses
3. Soroconversão para hepatite C
4. Óbito
5. Início de tratamento com vancomicina e teicoplanina por via endovenosa
6. Isolamento de microrganismo em hemocultura
7. Infecções segundo os critérios a seguir.

3.1.1 Bacteremia Associada ao Acesso Vascular

Pacientes sintomáticos (febre, calafrios, choque, etc) COM:

- **Hemocultura positiva (colhida de veia periférica ou das linhas de hemodiálise ou do cateter)**
- E ausência de sinais ou sintomas em outros sítios (pneumonia, infecção do trato urinário, etc.).

Considerações:

1. Para notificação de casos de bacteremia associado ao acesso vascular é **obrigatório identificação de microrganismo em hemocultura.**

2. Deve haver intervalo de 21 dias entre hemoculturas positivas **com o mesmo agente identificado** para ser considerado um novo evento de bacteremia de um mesmo paciente.
3. Considerar a data da coleta da hemocultura para definição da data da bacteremia.
4. No caso de coleta de mais de uma amostra de hemocultura em um mesmo momento, independentemente do número de amostras positivas, **CONSIDERAR O MICRORGANISMO APENAS UMA VEZ.**

3.1.2 Infecção do Acesso Vascular (IAV)

Hemocultura **NEGATIVA** ou não colhida **E PELO MENOS UM** dos critérios:

Critério 1: saída de pus

Critério 2: dor, rubor, edema no local acesso.

Considerações:

1. Incluir as infecções de orifício de saída, túnel, cateter, fístula e fístula com enxerto.
2. Deve haver intervalo de 21 dias entre os episódios de infecção do acesso vascular para ser considerado um novo evento.

Caso o paciente seja hospitalizado e, nas primeiras 48 horas de internação apresente uma infecção (bacteremia ou infecção do acesso vascular), incluir esta infecção nas taxas do serviço de diálise de origem. Após 48 horas de internação, a infecção será considerada do hospital e não deve ser incluída nas taxas do serviço de diálise de origem.

O Sistema de Vigilância Estadual para Serviços de Diálise não solicita a notificação de reações pirogênicas, entretanto, os serviços de diálise podem fazer a vigilância e acompanhamento deste tipo de evento sem a necessidade de envio de dados a Vigilância Epidemiológica.

3.2 Componente diálise peritoneal

Devem ser notificados os pacientes do componente diálise peritoneal que apresentarem **um ou mais** dos seguintes eventos:

1. Necessidade de internação hospitalar
2. Óbito
3. Peritonite segundo um dos critérios específicos descritos abaixo

3.2.1 Peritonite laboratorialmente confirmada

Paciente com **NO MINÍNO DOIS** dos seguintes critérios:

1. Líquido peritoneal com contagem de leucócitos ≥ 100 cels/mm³, com mais de 50% de polimorfonucleares;
2. Patógeno identificado em cultura ou Gram do líquido peritoneal;
3. Dor abdominal sem outro foco definido;
4. Efluente turvo.

3.2.2 Peritonite sem confirmação laboratorial

Paciente com **NO MINÍNO TRÊS** dos seguintes critérios:

1. Introdução de antibiótico empírico;
2. Citológico e cultura de líquido peritoneal não colhidos;
3. Dor abdominal;
4. Febre sem outro foco definido;
5. Efluente turvo.

4. Sistema de coleta de dados

4.1 Cálculo do Movimento Mensal

4.1.1 Componente hemodiálise

Na primeira segunda-feira e primeira terça-feira do mês, registrar o número de

pacientes que realizaram hemodiálise, separados por tipo de acesso: cateter permanente, cateter temporário e fístula arterio-venosa (incluir neste grupo as fístulas com prótese).

Pacientes que possuem fístula e cateter, registrar como **cateter**.

4.1.2 Componente diálise peritoneal

No último dia do mês, anotar o número de pacientes que permaneceram no programa todos os dias do mês e o nome e data dos pacientes que entraram ou saíram do programa no decorrer do mês.

4.2 Indicadores Epidemiológicos

Atendendo a Portaria MS nº 389 de 13/03/2014, a Resolução RDC nº 11 de 13/03/2014 e as orientações dos Centros de Vigilância Epidemiológica (CVE) e Centro de Vigilância Sanitária (CVS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, as seguintes taxas serão calculadas mensalmente, e encaminhadas por meio eletrônico à Vigilância em Saúde Municipal (VE/VS) com cópia ao Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) e Grupo de Vigilância Sanitária (GVS).

4.2.1 Componente hemodiálise (HD)

- **Taxa de hospitalização:** n° de internações hospitalares de pacientes submetidos a HD no mês / n° de pacientes submetidos a HD no mês X 100 (%)
- **Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) não tunelizado por mais de 3 meses:** n° de pacientes submetidos a HD com CVC **não tunelizado** por mais de 3 meses no mês / n° de pacientes submetidos a HD no mês X 100 (%)

- **Taxa de soroconversão para hepatite C:** $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com soroconversão para hepatite C no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês com anti-HCV negativo}} \times 100 (\%)$
- **Taxa de mortalidade em HD:** $\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de pacientes submetidos a HD no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês}} \times 100 (\%)$
- **Infecção do acesso vascular (IAV) associada ao cateter temporário/não tunelizado:** $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com IAV do cateter temporário/não tunelizado}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com cateter temporário/não tunelizado}} \times 100$
- **Infecção do acesso vascular (IAV) associada ao cateter permanente/tunelizado:** $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com IAV do cateter permanente/tunelizado}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com cateter permanente/tunelizado}} \times 100$
- **Infecção do acesso vascular (IAV) associada à fístula:** $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com IAV da fístula}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com fístula}} \times 100$
- **Bacteremia associada ao cateter temporário/não tunelizado:** $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter temporário/não tunelizado submetidos a HD com hemocultura positiva}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter temporário/não tunelizado}} \times 100$
- **Bacteremia associada ao cateter permanente/tunelizado:** $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter permanente/tunelizado submetidos a HD com hemocultura positiva}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter permanente/tunelizado}} \times 100$
- **Bacteremia associada fístula:** $\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com fístula submetidos a HD com hemocultura positiva}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com fístula}} \times 100$

Obs: Para pacientes com cateter, as taxas de IAV e bacteremia também serão calculadas por 1000 cateteres-dia.

- **Tratamento com vancomicina em pacientes em hemodiálise:** n° de pacientes que receberam vancomicina no mês / n° de pacientes submetidos a HD no mês X 100 (%)
- **Tratamento com teicoplanina em pacientes em hemodiálise:** n° de pacientes que receberam teicoplanina no mês/ n° de pacientes submetidos a HD no mês X 100 (%)
Obs: Deve haver um intervalo de 21 dias entre o final do primeiro tratamento e o início do segundo tratamento para ser considerado um novo evento.
- **Distribuição percentual de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes em hemodiálise com bacteremia:** n° de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes em hemodiálise com bacteremia /total de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes em hemodiálise com bacteremia x 100 (%)

4.2.2 Componente diálise peritoneal (DP)

- **Taxa de hospitalização em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC):** n° de internações hospitalares de pacientes submetidos à DPA ou DPAC no mês / n° de pacientes submetidos a DPA ou DPAC no mês X 100 (%)
- **Taxa de peritonite em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC):** n° de pacientes submetidos à DPA ou DPAC com peritonite no mês / n° de pacientes submetidos à DPA ou DPAC no mês X 100 (%)
- **Taxa de mortalidade em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC):** n° de óbitos de pacientes

submetidos à DPA ou DPAC no mês /nº de pacientes submetidos à DPA ou DPAC no mês X 100 (%)

- **Taxa de hospitalização em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI):** nº de internações hospitalares de pacientes submetidos a DPI no mês /nº de pacientes submetidos a DPI no mês X 100 (%)
- **Taxa de peritonite em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI):** nº de pacientes submetidos a DPI com peritonite no mês /nº de pacientes submetidos a DPI no mês X 100 (%)
- **Taxa de mortalidade em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI):** nº de óbitos de pacientes submetidos a DPI no mês /nº de pacientes submetidos a DPI no mês X 100 (%)

5. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE SERVIÇOS DE DIÁLISE

5.1. Planilha de notificação

Os dados deverão ser notificados **exclusivamente por meio de planilha Excel padronizada**, de acordo com as características dos serviços de diálise.

5.2. Período de notificação

Cada arquivo permite o registro das infecções para o período de um ano, discriminadas em quadros para cada mês. **Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente à Vigilância em Saúde Municipal (VE/VS) com cópia ao Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) e Grupo de Vigilância Sanitária (GVS). Não excluir os dados dos meses já notificados. A PLANILHA É ACUMULATIVA.** Os novos arquivos enviados substituirão os anteriores.

5.3. Fluxo de notificação

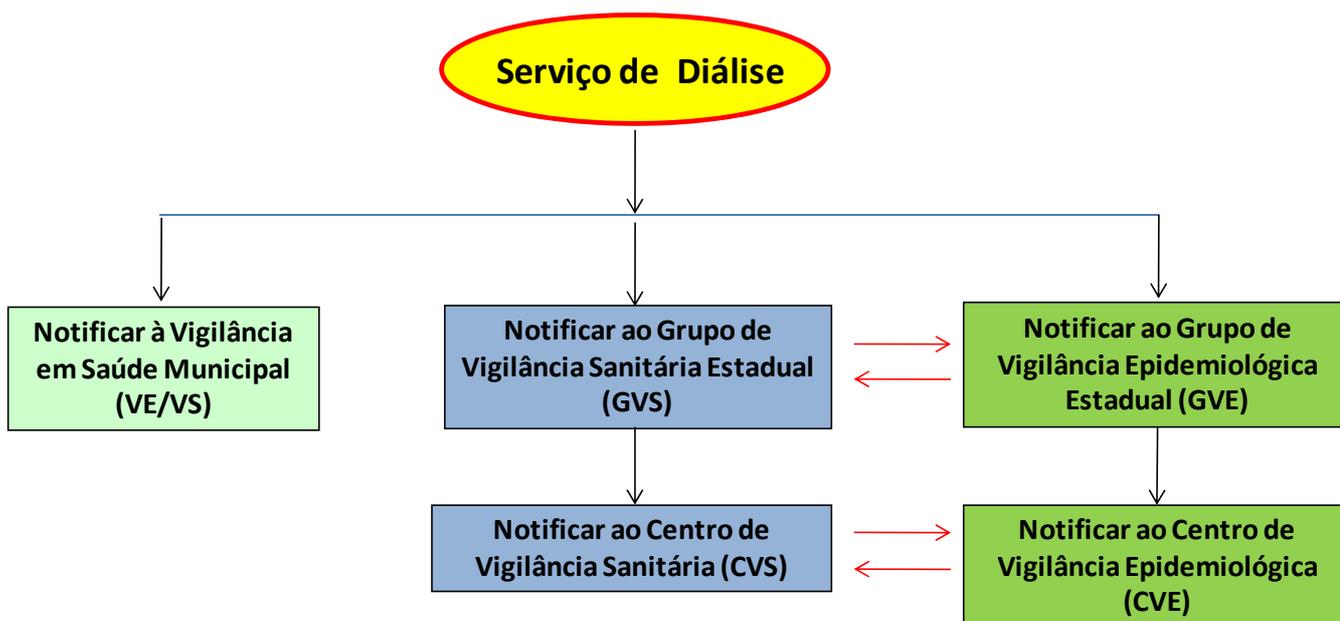
Os serviços de diálise deverão enviar a planilha de notificação para as vigilâncias municipais (VE/VS) com cópia para GVE e GVS, , até o dia 20 do mês seguinte ao mês de notificação, exclusivamente através de arquivo eletrônico. Para envio do arquivo,

salvar a planilha com o **nome do serviço de diálise**, o **mês** e **ano de notificação** (Ex: **clinicadedialisesãojudas0113**)

Os GVE e GVS devem encaminhar as planilhas de notificação dos serviços da sua região ao CVE e CVS até o dia 25 do mês seguinte, também, por meio de arquivo eletrônico.

Os serviços de diálise do município de São Paulo devem encaminhar a planilha ao Núcleo Municipal de Controle de Infecção Hospitalar da COVISA (NMCIH), com cópia para a vigilância sanitária municipal, seguindo os mesmos prazos citados acima, que, posteriormente, encaminhará as planilhas ao CVE.

FLUXOGRAMA PARA NOTIFICAÇÃO DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS EM SERVIÇOS DE DIÁLISE



5.4 Preenchimento da planilha

5.4.1 Planilha de Identificação.

O preenchimento da planilha de identificação deverá ser feito na primeira vez que for iniciada a utilização do arquivo, uma vez que este será utilizado para preenchimento dos dados do ano todo. Nos meses subsequentes basta apenas completar os dados referentes aos pacientes e eventos ocorridos, a cada mês,

salvando o arquivo conforme orientações já descritas. A planilha de identificação deverá ser preenchida com os dados do nome do Serviço (razão social ou nome fantasia), Cadastro no CNES, natureza, esfera administrativa, convenio com SUS, instituição de ensino. Além disso, preencher o número de máquinas de hemodiálise e DPA; número de pacientes em DPAC e DPI; e o número de turnos por semana (lembrar que o nº máximo de turnos é 18, considerando que um serviço pode oferecer 3 turnos diários ,manhã, tarde e noite, de segunda-feira a sábado).

Se o serviço de diálise pertencer a um hospital, informar o NOME do HOSPITAL.

PLANILHA DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE DIÁLISE			
REGISTRO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE			
ANO DE NOTIFICAÇÃO:		2015	
SERVIÇO (Nome Fantasia) :			
CNES:			
NATUREZA DO SERVIÇO: (X)		SE PÚBLICO, QUAL ESFERA DE GOVERNO? (X)	
PÚBLICO <input type="checkbox"/>		FEDERAL <input type="checkbox"/>	
PRIVADO <input type="checkbox"/>		ESTADUAL <input type="checkbox"/>	
FILANTRÓPICO <input type="checkbox"/>		MUNICIPAL <input type="checkbox"/>	
É CONVENIADO SUS? (X)		NÚMERO DE MÁQUINAS: (Nº)	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		HEMODIÁLISE <input type="checkbox"/>	
		DPA <input type="checkbox"/>	
É INSTITUIÇÃO DE ENSINO? (X)		NÚMERO DE PACIENTES: (Nº)	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		DPAC <input type="checkbox"/>	
		DPI <input type="checkbox"/>	
ESTÁ DENTRO DE HOSPITAL? (X)		NÚMERO DE TURNOS POR SEMANA <input type="checkbox"/>	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
SE SIM, QUAL O NOME DO HOSPITAL:			
RESPONSÁVEL PELO PCPIEA:			
EMAIL INSTITUCIONAL			
MUNICÍPIO:			
Nº GVE/GVS:			
RESPONSÁVEL NO MUNICÍPIO:			
RESPONSÁVEL NO GVE:			
RESPONSÁVEL NO GVS:			

Obs.: PCPIEA=Programa de Controle e Prevenção de Infecções e Eventos Adversos

5.4.2 Planilha de Infecção ou Complicação não infecciosa em Hemodiálise.

No primeiro quadro, completar com o cálculo mensal de pacientes em hemodiálise, conforme descrito no item 4.1, separados por tipo de acesso. Estes números serão utilizados como denominadores de todas as taxas calculadas a seguir. Lembrar que todas as fórmulas já estão adicionadas, basta incluir

mensalmente as informações de: hospitalização, CVC > 3 meses, soroconversão para HCV, mortalidade, IAV associada a cateteres ou fistula, bacteremias associadas a cateteres ou fistula, pacientes que receberam vancomicina ou teicoplanina.

	Nº pacientes C. temporário	Nº pacientes C. permanente	Nº pacientes fistula	Total
Janeiro				0
Fevereiro				0
Março				0
Abril				0
Maio				0
Junho				0
Julho				0
Agosto				0
Setembro				0
Outubro				0
Novembro				0
Dezembro				0
Total				
Média Anual	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0

5.4.3 Planilha de Microrganismo isolados em Hemocultura de pacientes em Hemodiálise

O número de microrganismos notificados mensalmente deve ser igual ou discretamente superior ao número de bacteremias notificadas no mês correspondente, somando-se todos os tipos de acesso. Ou seja, para cada bacteremia diagnosticada, devemos ter pelo menos um e no máximo dois microrganismos notificados mensalmente.

Janeiro	Nº micro-organismos isolados em hemoculturas de pacientes em HD	Distribuição percentual de micro-organismos
Micro-organismo		
<i>Acinetobacter baumannii</i> sensível aos carbapenêmicos		#DIV/0!
<i>Acinetobacter baumannii</i> resistente aos carbapenêmicos		#DIV/0!
<i>Burkholderia cepacia</i>		#DIV/0!
<i>Candida albicans</i>		#DIV/0!
<i>Candida não albicans</i>		#DIV/0!
Positivo para leveduras (preencher somente quando o laboratório não identificar gênero ou espécie)		#DIV/0!
<i>Enterobacter spp</i> sensível a carbapenêmicos e cefalosporina de 4ª geração		#DIV/0!
<i>Enterobacter spp</i> resistente a carbapenêmicos e cefalosporina de 4ª geração		#DIV/0!
<i>Enterobacter spp</i> sensível a carbapenêmicos e resistente a cefalosporina de 4ª geração		#DIV/0!
<i>Escherichia coli</i> sensível a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
<i>Escherichia coli</i> resistente a carbapenêmico e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
<i>Escherichia coli</i> sensível a carbapenêmico e resistente a cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
<i>Enterococcus spp</i> sensível a vancomicina		#DIV/0!
<i>Enterococcus spp</i> resistente a vancomicina		#DIV/0!
<i>Enterococcus faecalis</i> sensível a vancomicina		#DIV/0!
<i>Enterococcus faecalis</i> resistente a vancomicina		#DIV/0!
<i>Enterococcus faecium</i> sensível a vancomicina		#DIV/0!
<i>Enterococcus faecium</i> resistente a vancomicina		#DIV/0!
<i>Klebsiella pneumoniae</i> sensível a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
<i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente a carbapenêmicos e cefalosporina de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
<i>Klebsiella pneumoniae</i> sensível a carbapenêmicos e resistente a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
<i>Serratia spp</i> sensível a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
<i>Serratia spp</i> resistente a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
<i>Serratia spp</i> sensível a carbapenêmicos e resistente a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> sensível a carbapenêmicos		#DIV/0!
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> resistente aos carbapenêmicos		#DIV/0!
<i>Staphylococcus aureus</i> sensível a oxacilina		#DIV/0!
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a oxacilina		#DIV/0!
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a vancomicina		#DIV/0!
<i>Staphylococcus coagulase negativo</i> sensível a oxacilina		#DIV/0!
<i>Staphylococcus coagulase negativo</i> resistente a oxacilina		#DIV/0!
<i>Staphylococcus coagulase negativo</i> resistente a vancomicina e/ou teicoplanina		#DIV/0!
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>		#DIV/0!
Outras Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
Outras Enterobactérias sensíveis a carbapenêmicos e cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
Outras Enterobactérias sensíveis a carbapenêmicos e resistentes a cefalosporinas de 3ª e/ou 4ª geração		#DIV/0!
Outros Microorganismos		#DIV/0!
Total de micro-organismos isolados em pacientes em HD	0	

5.4.4 Planilha de Infecção ou Complicação não infecciosa em Diálise Peritoneal

No primeiro quadro, completar com o cálculo mensal de pacientes em hemodiálise, conforme descrito no item 4.1. Estes números serão os denominadores de todas as taxas calculadas a seguir: Lembrar que todas as formulas já estão adicionadas, basta incluir mensalmente as informações de: hospitalização, peritonite e mortalidade.

Primeira coluna: Nº pacientes em DPA e DPAC: completar com o cálculo mensal de pacientes em DPA e DPAC, conforme descrito no item 4.1. Estes números serão os denominadores de todas as taxas calculadas a seguir: Lembrar que todas as formulas já estão adicionadas, basta incluir mensalmente as informações de: hospitalização, peritonite e mortalidade.

Oitava coluna: Nº pacientes em DPI: completar com o cálculo mensal de pacientes em DPI, conforme descrito no item 4.1. Estes números serão os

denominadores de todas as taxas calculadas a seguir: Lembrar que todas as formulas já estão adicionadas, basta incluir mensalmente as informações de: hospitalização, peritonite e mortalidade.

	Pacientes DPA e DPAC Nº	Hospitalização DPA e DPAC Nº	Taxa %	Peritonite DPA e DPAC Nº	Taxa %	Mortalidade DPA e DPAC Nº	Taxa %	Pacientes DPI Nº	Hospitalização DPI Nº	Taxa %	Peritonite DPI Nº	Taxa %	Mortalidade DPI Nº	Taxa %
Janeiro			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Fevereiro			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Março			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Abril			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Mai			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Junho			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Julho			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Agosto			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Setembro			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Outubro			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Novembro			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Dezembro			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!			#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
Total		0		0		0			0		0		0	
Média Anual	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

5.5 Análise de dados

Os dados enviados pelos serviços de diálise devem ser analisados por todos os níveis de gestão (municipal e regional), considerando:

- Erros de digitação
- Número de microrganismos muito superior ao número de bacteremias notificadas mensalmente
- Ausência de preenchimento de dados

Caso haja erros no preenchimento das planilhas, as vigilâncias municipais são responsáveis pela solicitação das devidas correções.

A Divisão de Infecção Hospitalar do CVE realizará consolidação anual dos dados para divulgação e publicação.

Anexo 1: Indicadores Epidemiológicos - Componente Hemodiálise

Componente Hemodiálise (HD)	
Indicador	Fórmula de cálculo
Taxa de hospitalização	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de internações hospitalares de pacientes submetidos a HD no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês}} \times 100 (\%)$
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) não tunelizado por mais de 3 meses	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com CVC não tunelizado por mais de 3 meses no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês}} \times 100 (\%)$
Taxa de soroconversão para hepatite C	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com soroconversão para hepatite C no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com anti-HCV negativo no mês}} \times 100 (\%)$
Taxa de mortalidade em HD	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de pacientes submetidos a no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês}} \times 100 (\%)$
Infecção do acesso vascular (IAV) associada ao cateter temporário/não tunelizado	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com IAV do cateter temporário/não tunelizado}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com cateter temporário/não tunelizado}} \times 100$ Obs: Para pacientes com cateter, a taxa também será calculada por 1000 cateteres-dia
Infecção do acesso vascular (IAV) associada ao cateter permanente/tunelizado	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com IAV do cateter permanente/tunelizado}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com cateter permanente/tunelizado}} \times 100$ Obs: Para pacientes com cateter, a taxa também será calculada por 1000 cateteres-dia
Infecção do acesso vascular (IAV) associada à fístula	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com IAV da fístula}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD com fístula}} \times 100$
Bacteremia associada ao cateter temporário/não tunelizado	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter temporário/não tunelizado submetidos a HD com hemocultura positiva}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter temporário/não tunelizado}} \times 100 (\%)$ Obs: Para pacientes com cateter, a taxa também será calculada por 1000 cateteres-dia
Bacteremia associada ao cateter permanente/tunelizado	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter permanente/tunelizado submetidos a HD com hemocultura positiva}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com cateter permanente/tunelizado}} \times 100 (\%)$ Obs: Para pacientes com cateter, a taxa também será calculada por 1000 cateteres-dia
Bacteremia associada à fístula	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com fístula submetidos à HD com hemocultura positiva}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes com fístula}} \times 100 (\%)$
Tratamento com vancomicina em pacientes em hemodiálise	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes que receberam vancomicina no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês}} \times 100 (\%)$
Tratamento com teicoplanina em pacientes em hemodiálise	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes que receberam teicoplanina no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes submetidos a HD no mês}} \times 100 (\%)$
Distribuição percentual de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes em hemodiálise com bacteremia	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes em hemodiálise com bacteremia}}{\text{total de microrganismos isolados em hemoculturas de pacientes hemodiálise com bacteremia}} \times 100 (\%)$

Anexo 2: Indicadores Epidemiológicos - Componente Diálise Peritoneal

Componente Diálise Peritoneal (DP)	
Indicador	Fórmula de cálculo
Taxa de hospitalização em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC)	nº de internações hospitalares de pacientes submetidos a DPA ou DPAC no mês/nº de pacientes submetidos a DPA ou DPAC no mês X 100 (%)
Taxa de peritonite em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC)	nº de pacientes submetidos a DPA ou DPAC com peritonite no mês/nº de pacientes submetidos a DPA ou DPAC no mês X 100 (%)
Taxa de mortalidade em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC)	nº de óbitos de pacientes submetidos a DPA ou DPAC no mês/nº de pacientes submetidos a DPA ou DPAC no mês X 100 (%)
Taxa de hospitalização em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)	nº de internações hospitalares de pacientes submetidos a DPI no mês/nº de pacientes submetidos a DPI no mês X 100 (%)
Taxa de peritonite em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)	nº de pacientes submetidos a DPI com peritonite no mês/nº de pacientes submetidos a DPI no mês X 100 (%)
Taxa de mortalidade em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)	nº de óbitos de pacientes submetidos a DPI no mês/nº de pacientes submetidos a DPI no mês X 100 (%)

6. BIBLIOGRAFIA

[MS] Ministério da Saúde. Portaria MS nº 389 de 13/03/2014.

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11 de 13/03/2014.

Unidade de Diálise/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar (GCIH)/ Hospital das Clínicas da FMUSP. Manual de Vigilância das Infecções em Hemodiálise. São Paulo, 2012.

Unidade de Diálise/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar (GCIH)/ Hospital das Clínicas da FMUSP. Manual de Vigilância das Infecções e Complicações Não Infecciosas em Diálise Peritoneal. São Paulo, 2011.

Edwards JR, Peterson KD, Mu Y, Banerjee S, Allen-Bridson K, Morrell G et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: Data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. **Am J Infect Control** 2009;37:783-805.