

Resposta à Carta ao Editor, endereçada por José Andrade Gomes e Pedro Póvoa, ao artigo de revisão intitulado “Infeções urinárias associadas a cateter vesical: contributos para a prática clínica”

Maria João Lobão, Paulo Sousa

Exmo. Sr. Editor-Chefe,

Agradecemos a carta e os comentários efectuados por Andrade Gomes J e Póvoa P ao artigo de revisão intitulado “Infeções urinárias associadas a cateter vesical: contributos para a prática clínica”.¹ Consideramos que a mesma reflete um desiderato das revistas científicas - promover um espaço de troca de ideias e discussões profícuas sobre temas relevantes para a comunidade científica e para a prática clínica.

Partilhamos com os autores a visão crítica em relação aos critérios do CDC para definição deste tipo de infecção. Contudo, é importante reforçar que estes são os critérios mais usados para a realização de trabalhos de investigação nesta área, sobre os quais se sustenta a parte mais significativa da evidência de que dispomos na actualidade.

A morbidade e a mortalidade decorrente de infeções associadas ao cateter vesical (ITUaCV) é baixa quando comparada com outras infeções associadas aos cuidados de saúde (nomeadamente as de maior expressão em ambiente de cuidados intensivos - infecção da corrente sanguínea associada a cateter central e pneumonia associada ao ventilador). Contudo, em relação à ITUaCV, há dois aspectos que no nosso entender não devem ser menosprezados: i) a elevada prevalência de algaliação, nomeadamente em enfermarias de gerais como, por exemplo, enfermarias de medicina interna; ii) o potencial de redução e prevenção da ITUaCV, com recurso a medidas simples, eficazes e com impacto significativo.²⁻⁴ A maioria dos internistas no nosso país trabalha em ambiente de enfermaria ou urgência, o que os torna elementos-chave na implementação de práticas que contribuam para a redução da incidência das infeções que ocorrem no seu contexto de actuação clínica. Acresce-se que lidam com população particularmente idosa, frágil, com elevado número de comorbilidades, particularmente susceptível à aquisição de infeções associadas aos cuidados de saúde. Muitos destes doentes não reúnem critérios para admissão em ambiente de cuidados intensivos mesmo que se verifiquem complicações decorrentes da aquisição de infeções adquiridas no hospital, nomeadamente ITUaCV.

Zimlichman *et al.*,³ estimaram custos com as ITUaCV de cerca de 816 milhões de dólares (IC 95%: 663-1189), nos

EUA. Este valor, embora muito inferior quando comparado com o total de gastos associado às restantes IACS, não nos parece desprezível, principalmente se tivermos em conta que a utilização de estratégias eficazes de prevenção se poderão traduzir em reduções do número de infeções até 70%.^{2,4} Segundo Umsheim *et al.*,⁴ nos EUA, isto pode representar uma redução até cerca de 380 mil infeções e 9000 mortes evitadas, assim como uma redução de custos que pode ascender a 1,2 biliões de dólares.

Reiteramos que as IACS em geral e as ITUaCV em particular constituem um problema de saúde pública, na medida em que têm um impacto com significado importante no indivíduo e na sociedade, à qual se acresce, em virtude disso, o desenvolvimento de esforços organizados pela sociedade para proteger, promover e restaurar a saúde de população. Repare-se que em Portugal, o Despacho n.º 3844-A/2016 veio aprovar o Índice de Qualidade PPCIRA. Em vigor a partir de 2017 refere-se à aplicação de incentivos, no âmbito dos contratos-programa com os hospitais, de forma premiar as boas práticas e a melhoria da qualidade e segurança do doente. Entre os elementos considerados neste índice de qualidade, está a taxa de adesão ao feixe de intervenções (*bundle*) de prevenção de infeção urinária associada a algália, conforme Norma 019/2015, de 15 de dezembro de 2015, do PPCIRA/DGS.

Em relação à bacteriemia secundária as referências mencionadas no artigo, correspondem às guidelines produzidas pelo CDC e IDSA, na sua versão mais actual.^{2,6} Os “números” que Andrade Gomes J e Póvoa P referem “não encontrar”, constam no documento de consenso elaborado pelo CDC, da autoria de Gould *et al.*² onde se pode ler: “CAUTI is the leading cause of secondary nosocomial bloodstream infections; about 17% of hospital-acquired bacteremias are from a urinary source, with an associated mortality of approximately 10%”. Vários autores argumentam que é difícil a atribuição da mortalidade à infecção atendendo a que a maioria dos doentes apresentam outros cofactores que a poderão determinar, justificando-se a realização de mais estudos neste âmbito.^{4,5} Consideramos que estas *guidelines* beneficiariam com uma atualização à luz dos novos conhecimentos e da evidência que tem vindo a ser produzida desde então.

Andrade Gomes J e Póvoa P realizaram “algumas contat ilustrativas”, tendo por base os resultados de incidência americanos do National Healthcare Safety Network report,⁷ usando para tal a realidade em dois hospitais em Portugal, um público e um privado. Embora essa estimativa simples possa ser interessante, parece-nos, no entanto, que carece de ajustamento à realidade portuguesa. A sua leitura deve ser cautelosa, desde logo pela escala da estimativa. A leitura é diferente se tivermos em consideração todos os hospitais do SNS e do sector privado em Portugal. O potencial de gan-

¹Serviço de Medicina, Hospital de Cascais

²Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de investigação em Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

hos decorrente de intervenções simples, aplicadas à escala nacional, que visem reduzir o número de infecções e o seu impacto nos doentes, assim como os custos económicos e sociais associados, parecem justificar o custo de oportunidade dessas mesmas intervenções.

Por fim, reconhecemos e congratulamos Andrade Gomes J e Póvoa P pelo facto de destacarem, na essência, preocupações idênticas às realçadas no nosso artigo: necessidade de clarificar e tornar mais objetivo os critérios de definição de ITUaCV; o rigor e critério judicioso na indicação para colocação de cateter vesical e pedido de uroculturas; necessidade de efectuar o correcto diagnóstico diferencial entre ITUaCV e bacteriúria assintomática. ■

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Correspondência: Maria João Lobão - lobao.mj@gmail.com
Serviço de Medicina, Hospital de Cascais
Hospital de Cascais, Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves,
2755-009 Alcabideche, Portugal

Recebido: 15/01/2017

Aceite: 15/02/2017

REFERÊNCIAS

1. Lobão MJ, Sousa P. Infecções urinárias associadas a cateter vesical: contributos para a prática clínica. *Rev Port Med Int.* 2016; 23: 65 - 8.
2. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. [internet] 2010 [consultado 20 Feb 2017] Disponível em: <https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>
3. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *s. Infect Control Hosp Epidemiol.* 2011;32:101–14.
4. Tawfiq JA, Tambyah PA. Healthcare associated infections (HAI) perspectives. *J Infect Public Health.* 2014;7:339–44.
5. Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, Franz C, Song P, Yamin CK, et al. Health Care-Associated Infections A Meta-analysis of Costs and Financial impact on the US health care system. *JAMA Intern Med.* 2013; 173: 2039 -46.
6. Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010;50:625–63.
7. Dudeck MA, Edwards JR, Allen-Bridson K, Gross C, Malpiedi PJ, Peterson KD, et al. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module. *Am J Infect Control.* 2015; 43:206–21.