José Andrade Gomes, Pedro Póvoa

Exmo. Sr. Editor-Chefe,

Lobão MJ e Sousa P fizeram uma revisão sobre "Infecções urinárias associadas a cateter vesical" (ITUaCV).[1] Correctamente apontam que se trata de um diagnóstico diferencial muito difícil com as bacteriúrias assintomáticas (BA) e que os critérios de diagnóstico são muito vagos. Apesar desses obstáculos, escrevem que se trata de "um problema de saúde pública" pela dimensão e pelas consequências.

Consideramos que os critérios do Centers for Diseases Control and Prevention utilizados[2] carecem de especificidade. Qualquer doente febril com um diagnóstico ainda não apurado e com um cateter vesical colocado tem fortes probabilidades de cumprir estes critérios pois, como reconhecem os autores, a incidência de bacteriúria em doente algaliado é muito elevada e cresce com a sua duração.

Quanto à importância, os autores escrevem que "as ITUaCV são ainda a principal causa de bacteriémia secundária associada aos cuidados de saúde, cuja taxa de mortalidade se estima ser de 10%-13%", juntando 2 referências. Na primeira não conseguimos encontrar esses números. A segunda[3] refere que *"in hospitalized patients, catheter-associated (CA) bacteriuria accounts for many episodes of nosocomial bacteremia, and one study has found an association with increased mortality"* (esse estudo foi publicado há 33 anos - 1982, com dados de 1979 a 1981) e acrescenta ainda, referindo-se à prevenção das ITUaCV, *"because the relationship between CA asymptomatic bacteriuria (CA-ASB) and CA urinary tract infection (CA-UTI) and other outcomes is unclear, it is challenging to assess an intervention that has been shown to reduce CA-ASB (or CA-bacteriuria) but that has an unknown effect on CA-UTI."*. Achamos que por aqui não se pode deduzir importância clínica. Num estudo recente com 444 episódios de bacteriúria[4] e em que 128 foram atribuídas a ITUaCV, apenas 1,6% destas foram relacionados com bacteriémia secundária de ponto de partida no tracto urinário, não houve evidência de uma associação da mortalidade com BA *versus* sintomática e o tratamento antibiótico da bacteriúria não teve impacto no desfecho clínico. Quanto à sua importância económica, o único estudo citado pelos autores[5] mesmo utilizando os sobre-sensíveis critérios diagnóstico acima referidos, estima o custo das ITUaCV em < 1% do total das cinco maiores infecções ditas associadas aos cuidados de saúde. Ou seja, a sua importância clínica e económica é muito baixa, em especial em comparação com outras infecções associadas aos cuidados de saúde.

Utilizemos então os dados dos autores para fazer algumas contas ilustrativas em dois hospitais com características muito diferentes, aqueles em que trabalhamos. A incidência dos episódios de ITUaCV em 2015 diferiu entre 0,74 e 2,7/1000 dias de internamento e entre 1,5 e 4,38/1000 dias de catéter vesical; isto traduziu-se em 45 episódios num e 186 episódios no outro hospital. Utilizando o estudo de Saint[6] citado pelos autores que utilizou um programa de prevenção que resultou numa redução de 0,62 ITUaCV por 1000 dias de catéter, obteríamos uma redução de 14,2% a 41,3%, passando de 45 episódios para 39 e de 186 para 109 - reduções anuais de 6 a 77 ITUaCV. Fazendo ainda a extrapolação com os citados dados obtidos por Kizilbash,[4] teríamos uma bacteriémia prevenida em cada 9 a 125 meses. Claro que é melhor que nada, mas basta ver a metodologia do estudo de Saint para nos apercebermos da imensidão de meios envolvidos para este resultado.

Em suma, na nossa opinião e com os conhecimentos actuais, afirmamos:

1. A maioria das denominadas ITUaCV são BA.
2. Os critérios de diagnóstico não são específicos.
3. As verdadeiras ITUaCV raramente se complicam.
4. Devemos ser muito criteriosos no uso dos cateteres vesicais e mais ainda na requisição de urinoculturas aos doentes algaliados. ■

[1]Unidade de Cuidados Intensivos,
Hospital da Luz – Luz Saúde, Lisboa, Portugal

[2]Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de São Francisco Xavier Xavier - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

[3]NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal

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: José Andrade Gomes - zeuci@portugalmail.pt
Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital da Luz – Luz Saúde,
Lisboa, Portugal

Recebido: 10/01/2017
Aceite: 10/02/2017

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. Centers for Disease Control and Prevention. urinary tract infection (catheter-associated urinary tract infection [CAUTI] and non-catheter-associated urinary tract infection [UTI]) and other urinary system infection [USI]) events. 2017 [consultado 05 Fev 2017]. Disponível em: https://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/7pscCAUTIcurrent.pdf.
3. 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.
4. Kizilbash QF, Petersen NJ, Guoqing GJ, Naik AD, Trautner BW. Bacteremia and mortality with urinary catheter–associated bacteriuria. Infect Control Hosp Epidemiol. 2013; 34: 1153-9.
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. Saint S, Olmsted RN, Fakih MG, Kowalski CP, Watson SR, Sales AE, et al. Translating health care-associated urinary tract infection prevention research into practice via the bladder bundle. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2009;35:449–55.

Resposta à Carta ao Editor, endereçada por José Andrade Gomes e Pedro Póvoa, ao artigo de revisão intitulado "Infecções 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 "Infecções 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 morbilidade e a mortalidade decorrente de infecções associadas ao cateter vesical (ITUaCV) é baixa quando comparada com outras infecções 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 impacte 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 infecções 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 infecções 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 infecções 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 infecções até 70%.[2,4] Segundo Umsheimed *et al*,[4] nos EUA, isto pode representar uma redução até cerca de 380 mil infecções 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 impacte 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 contas 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-

[1]Serviço de Medicina, Hospital de Cascais

[2]Escola 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 Fev 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.