

EDITORIAL

Na última edição abordámos as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (CIRA.104), também referidas como “isolamento de doentes”. Nas próximas edições abordaremos alguns microrganismos/doenças específicas e algumas das suas particularidades em termos de prevenção e controlo de infeção. Iniciamos com o MRSA, um dos microrganismos mais frequentemente implicados nas infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Procuraremos clarificar conceitos e regras de atuação, abordando nomeadamente as precauções a implementar para evitar a transmissão cruzada, o rastreio e a descolonização.

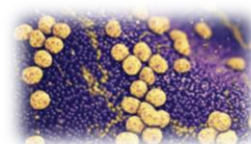


MRSA

(Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*)

STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Os estafilococos são cocos gram positivos, assim designados pela sua disposição em cachos de uva em meio de cultura. O *S. aureus* é uma das espécies associadas a doença humana, devendo o seu nome à coloração amarelo dourada que adquire após algum tempo em cultura.



Fonte: www.infectioncontroltoday.com

Os estafilococos são colonizadores ubíquos da pele e mucosas. O *S. aureus* pode ser encontrado nas narinas, axilas e períneo, podendo colonizar a pele em até 30% dos indivíduos saudáveis. A quebra de integridade cutânea ou mucosa pode facultar o acesso aos tecidos ou corrente sanguínea, colocando o indivíduo em risco de infeção. O risco aumenta com a presença de material protésico e cateteres intravasculares.

Pode ser responsável por infeções cutâneas, abscessos profundos, osteomielite, artrite séptica, pneumonia, endocardite, etc. Pode provocar infeção local ou doença à distância, por produção de toxinas.

RESISTÊNCIA À METICILINA

A meticilina é uma penicilina antiestafilocócica, desenvolvida para ultrapassar a resistência à penicilina. A oxacilina, pertencente ao mesmo grupo, é usada no laboratório para documentar a resistência à meticilina. As primeiras estirpes de MRSA foram descritas em 1961, pouco depois da introdução da meticilina, resultando provavelmente de seleção por pressão do uso de antibióticos.

MRSA

Os primeiros surtos de MRSA foram registados no início da década de 60 do século XX, sendo presentemente uma das principais causas de infeções da comunidade e IACS. O estado de portador nasal crónico pode colocar algumas populações em maior risco de infeção, podendo também ser uma forma de persistência e disseminação. O MRSA pode ser resistente a praticamente todos os antibióticos, tornando-se um desafio terapêutico à escala global.

MRSA NA EUROPA

Nos últimos anos, a percentagem de MRSA apresenta valores que tendem à estabilização ou redução na maioria dos países da Europa. Não obstante, o MRSA permanece um agente patogénico importante, sendo um dos principais responsáveis por infeções da corrente sanguínea, e causa importante de morbilidade e mortalidade. Portugal continua a apresentar das taxas mais elevadas (34,8%).

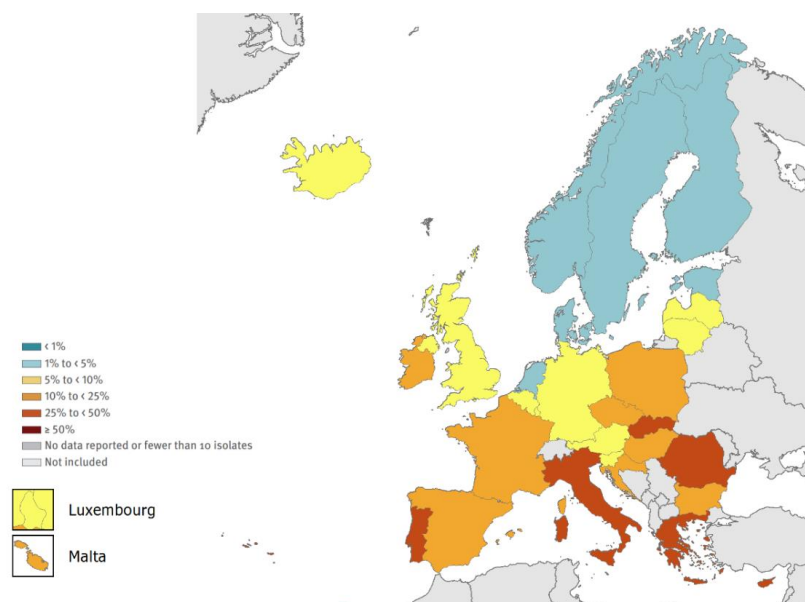


Figura 1 – *Staphylococcus aureus*: percentagem de isolamentos invasivos resistentes à meticilina. Fonte: European Center for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2019. Stockholm: ECDC; 2020.

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO POR MRSA

- Todos os doentes com mais de 2 meses de idade corrigida, internados em **unidades de cuidados intensivos e em unidades de hematologia** por um período previsivelmente superior a 48h, devem ser submetidos a **higiene corporal** (exceto face) com gluconato de **clorexidina a 2%** nos primeiros **5 a 7 dias** após a admissão.
- Todos os doentes internados em **unidades de cuidados intensivos e com tubo traqueal**, devem ser submetidos a **higiene oral**, pelo menos **3x/dia**, com gluconato de **clorexidina a 0,2%, durante o internamento**.
- Todos os doentes que vão ser submetidos a **cirurgia eletiva**:
 - Pelo menos **2 banhos prévios** à cirurgia com gluconato de **clorexidina a 2%**: um na véspera e outro no dia, com pelo menos 2 horas de antecedência.
 - Na **cirurgia de ambulatório fornecer esponja impregnada com gluconato de clorexidina ≥ 2%** para realização de **higiene pré-operatória em casa**.
- **Utilização responsável dos antibióticos** – o uso de antibióticos é o principal fator de risco para emergência de microrganismos multirresistentes, entre os quais o MRSA.



PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO CRUZADA

Na suspeita ou confirmação de infecção ou colonização por MRSA, para além das **precauções básicas** em controlo de infecção, devem ser implementadas **PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DE CONTACTO**.

- **Colocação do doente:** preferencialmente em quarto individual ou coorte. Dada a escassez de quartos individuais, privilegiar a sua utilização para doentes com situações que facilitem a transmissão (excreções ou secreções não contidas). Na impossibilidade, colocar em enfermaria comum, em quartos com doentes com menor risco de aquisição e de efeitos adversos associados, com previsão de internamentos curtos; colocar os doentes afastados de local de passagem, correr cortinas e usar sinalética.
- Na **prestação de cuidados de saúde**, usar **luvas e avental de uso único**; usar **máscara cirúrgica se risco de salpicos** de secreções ou fluidos.
- **Material e equipamento individualizado.**
- **Informar o doente e família e ensinar boas práticas:** higiene das mãos, não contactar com outros doentes e não partilhar objetos (ex.: revistas).
- **Registar no processo clínico e nota de alta/transferência:** medidas adotadas, tratamento efetuado.
- **Aumentar a frequência de limpeza/desinfecção** do quarto, com especial atenção para as superfícies próximas do doente e mais manipuladas.
- **Manter** precauções de contacto **até à alta**.

3

NAS DESLOCAÇÕES (exames, transferência)

- **Informar a equipa de transporte** de doentes e o **serviço de destino**.
- **Mudar a roupa da cama e desinfetar zonas de apoio** (grades, cabeceira, pés).
- **Cobrir feridas exsudativas.**
- **Doentes com infecção respiratória** devem, se possível, usar **máscara cirúrgica**.



RASTREIO

- A **melhoria das práticas deve ser uma prioridade** em relação à generalização dos rastreios, atendendo ao elevado consumo de meios materiais, humanos e logísticos implicado.
- A necessidade de implementação de protocolos de rastreio pode ser ponderada em determinadas **populações de risco**: UCI, Unidades de Queimados, Hematologia, Unidade de Transplantes.



COMO RASTREAR?

- Realizar zaragatoa nasal e, se existir, de ferida cutânea.
- **Manter medidas de isolamento de contacto até resultado.**

São fatores de risco para colonização/infecção por MRSA: internamentos prolongados, antibioterapia nos 6 meses prévios, hemodiálise ou diálise peritoneal, internamento em Unidade de Cuidados Continuados ou Lar/Residencial de idosos, presença de dispositivos invasivos, presença de feridas crónicas.



Contacte-nos

**Grupo de Coordenação Local
Programa de Prevenção e Controlo
de Infeções e de
Resistência aos Antimicrobianos
GCL-PPCIRA**

gcl.ppcira@chlc.min-saude.pt

Hospital de São José:

21 884 14 63, Ext. 11463

Hospital de St. António dos Capuchos:

21 313 63 90, Ext. 21442

Hospital de Santa Marta:

213594000, Ext. 41228

Hospital de Curry Cabral:

21 7924297, Ext. 74297

Hospital de Dona Estefânia

213126600, Ext. 51604

Maternidade Dr. Alfredo da Costa:

213184000, Ext. 61608

Consulte a nossa página na
Intranet

Envie-nos a suas sugestões

DESCOLONIZAÇÃO

Pode ser efetuada com aplicação de **mupirocina a 2%, pomada nasal, 3 vezes por dia durante 5-7 dias**, associada a **banho com clorexidina a 2%, 5-7 dias**.



A implementação de protocolos de descolonização, como componente de um programa de controlo de MRSA, **deve ser sempre discutida com o GCL-PPCIRA e ter duração limitada**.

O risco principal da sua implementação por rotina, como programa institucional de controlo do MRSA, é a emergência de **resistência à mupirocina** e o risco de **falência da erradicação** do microrganismo quando múltiplos locais do corpo estão colonizados.

4

COVID-19

Rastreio periódico dos profissionais

Dando seguimento às orientações da Direção Geral da Saúde, o CHULC alargou a todos os seus profissionais, a partir de 22 de março, o processo de rastreio periódico ao SARS-CoV-2 / Covid-19. Para tal os profissionais devem inscrever-se na plataforma da intranet criada para o efeito, respeitando um intervalo de 14 dias entre testagens.

O rastreio periódico e a vacinação são ferramentas adicionais no combate à pandemia. Para um “desconfinamento” em segurança, prevenindo nomeadamente surtos nas unidades de internamento, é fundamental manter todas as práticas de prevenção e controlo de infeção implementadas.



ATÉ À PRÓXIMA EDIÇÃO!