



PROMOVER UMA CULTURA DE PARTILHA
na Prevenção e Controlo das IACS

**Implementação da norma de prevenção e controlo de
infecção por MRSA– Como estamos desde 2014?**

Luís Pedro Tavares



GCL - PPCIRA

Grupo Coordenador Local
Centro Hospitalar de Entre o Douro
e Vouga, E.P.E.
Programa de Prevenção
e Controlo de Infecções
e Resistência aos Antimicrobianos



9:30h – Sessão de Abertura

09:45h - 10 anos com a Associação Nacional de Controlo de Infeção

10:15h - Palestra: Índice de Qualidade PPCIRA – Como monitorizar?

Moderador/ Comentador: José Luís Carvalho – Administrador Executivo do Hospital de Braga

Orador: Paulo André Fernandes – Diretor do PPCIRA Nacional

11:00h - Intervalo

**11:30h – Implementação da norma de prevenção e controlo de colonização/infeção por MRSA
Como estamos desde 2014?**

Moderador/Comentador: Isabel Neves – Coordenadora do GCL-PPCIRA da ULS Matosinhos/equipa PPCIRA Nacional

- Implementação da norma num Hospital

Luís Pedro Tavares - Coordenador do GCL-PPCIRA do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga

- Implementação da norma numa Unidade de Cuidados Continuados

Fátima Sousa - Diretora Técnica da ULDM da Santa Casa da Misericórdia de Cinfães

Alexandra Rabaçal - Diretora Clínica da ULDM da SCM de Cinfães

- Partilha inter-hospitalar – partilha de dados obtidos por questionário

Isabel Veloso - Presidente da ANCI; Coordenadora do GCL-PPCIRA do Hospital de Braga

- Considerações finais

13:30h – Almoço livre

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

CHEDV

Avaliação da implementação da norma nº 18/2014 da DGS (atualizada a 2015) - Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA

1 - O hospital está integrado na região:

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Regiões Autónomas

2- O hospital é:

- Público
- Privado

3 - O hospital possui uma capacidade:

- Inferior a 200 camas
- Entre 200 e 500 camas
- Superior a 500 camas



Implementação Norma 018/2014

atualizada em 27/4/2015

4 - O hospital já iniciou a implementação da norma do MRSA:

Caso a sua resposta seja negativa, o questionário termina nesta fase. Avance diretamente para o envio do mesmo.

- Sim, no todo
- Sim, parcialmente
- Não

Calendário 2016

Janeiro 2016							Fevereiro 2016							Março 2016							Abril 2016												
Nº	S	T	Q	Q	S	S	D	Nº	S	T	Q	Q	S	S	D	Nº	S	T	Q	Q	S	S	D	Nº	S	T	Q	Q	S	S	D		
53				1	2	3		5	1	2	3	4	5	6	7	9	1	2	3	4	5	6		13					1	2	3		
1	4	5	6	7	8	9	10	6	8	9	10	11	12	13	14	10	7	8	9	10	11	12	13	14	4	5	6	7	8	9	10		
2	11	12	13	14	15	16	17	7	15	16	17	18	19	20	21	11	14	15	16	17	18	19	20	15	11	12	13	14	15	16	17		
3	18	19	20	21	22	23	24	8	22	23	24	25	26	27	28	12	21	22	23	24	25	26	27	16	18	19	20	21	22	23	24		
4	25	26	27	28	29	30	31	9	29							13	28	29	30	31				17	25	26	27	28	29	30			
Maio 2016							Junho 2016							Julho 2016							Agosto 2016												
Nº	S	T	Q	Q	S	S	D	Nº	S	T	Q	Q	S	S	D	Nº	S	T	Q	Q	S	S	D	Nº	S	T	Q	Q	S	S	D		
17					1			22		1	2	3	4	5	26					1	2	3	31	1	2	3	4	5	6	7			
18	2	3	4	5	6	7	8	23	6	7	8	9	10	11	12	27	4	5	6	7	8	9	10	32	8	9	10	11	12	13	14		
19	9	10	11	12	13	14	15	24	13	14	15	16	17	18	19	28	11	12	13	14	15	16	17	33	15	16	17	18	19	20	21		
20	16	17	18	19	20	21	22	25	20	21	22	23	24	25	26	29	18	19	20	21	22	23	24	34	22	23	24	25	26	27	28		
21	23	24	25	26	27	28	29	26	27	28	29	30			30	25	26	27	28	29	30	31	35	29	30	31							
22	30	31						27	30	31																							
Setembro 2016							Outubro 2016							Novembro 2016							Dezembro 2016												
Nº	S	T	Q	Q	S	S	D	Nº	S	T	Q	Q	S	S	D	Nº	S	T	Q	Q	S	S	D	Nº	S	T	Q	Q	S	S	D		
35					1	2	3	4	39					1	2	3	44	1	2	3	4	5	6		48					1	2	3	4
36	5	6	7	8	9	10	11	40	3	4	5	6	7	8	9	45	7	8	9	10	11	12	13	49	5	6	7	8	9	10	11		
37	12	13	14	15	16	17	18	41	10	11	12	13	14	15	16	46	14	15	16	17	18	19	20	50	12	13	14	15	16	17	18		
38	19	20	21	22	23	24	25	42	17	18	19	20	21	22	23	47	21	22	23	24	25	26	27	51	19	20	21	22	23	24	25		
39	26	27	28	29	30			43	24	25	26	27	28	29	30	48	28	29	30					52	26	27	28	29	30	31			
								44	31																								

Rastreios MRSA	2016 (desde maio)	2017 (até março)	Total
Nº doentes	1243	566	1809
Total rastreios	1755	695	2450
MRSA +	125	39	164
Taxa Positividade	7,1%	5,6%	6,7%

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VII Jornadas

5 - Realiza a higiene corporal na UCI com cloroheixidina:

- Sim, com solução aquosa
- Sim, com toalhetes ou manábulas
- Sim, com esponjas
- Não

6 - Realiza higiene oral na UCI com cloroheixidina:

- Sim
- Não

5. Banhos com Cloroheixidina solução aquosa já realizados na UCIP há vários anos. Atualmente, existem toalhetes mas ainda não estão a ser utilizados de forma generalizada.

6. Em fase de aquisição!



HELICS-UCI	2013	2014	2015	2016
Nº total de dias de internamento	3389	3184	2723	2862
PAV	13	11	7	11
Rácio da ventilação (%)	87,9	87,5	84,6	83,3

Amostras respiratórias com isolamentos (2016) – 91

Doentes com: MRSA 3, Pseudomonas 9, Acinetobacter 2, ESBL+ 0

Banhos Pré-operatórios

7 - Realiza banhos pré operatórios com clorohexidina (pode assinalar mais do que uma hipótese):

- Sim, em todas as cirurgias
- Sim, em algumas cirurgias
- Sim, 2 banhos
- Sim, 1 banho
- Não

Doentes de Oftalmologia – NÃO

Cirurgia programada colorretal, PTA e PTJ - 2 banhos prévios

Cirurgia de ambulatório (HSJM) - disponibilização de 1 esponja e fazem pelo menos 1 banho prévio

Cirurgia de ambulatório (HSS) - 1 banho prévio com toalhetes

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

CHEDV
news

“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico” Norma n.º 20/2015 de 15/12/2015

A DGS através da Norma 20/2015 estabelece que sejam implementadas um conjunto de medidas com vista à prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. São elas:

- a) Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência;
- b) Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado;
- i) Em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com a Norma N.º 031/2013 “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica”;
- c) Evitar tricotomia (Categoria IIA) e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;
- d) Manter normotermia peri-operatória (temperatura central =35,5°C);
- e) Manter glicemia =180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.

No CHEDV esta norma está em fase de implementação pelo que se pede a colaboração de todos os profissionais de Saúde envolvidos na prestação de cuidados a doentes cirúrgicos.

Enf.ª Salette Mota | GCL - PPCIRA



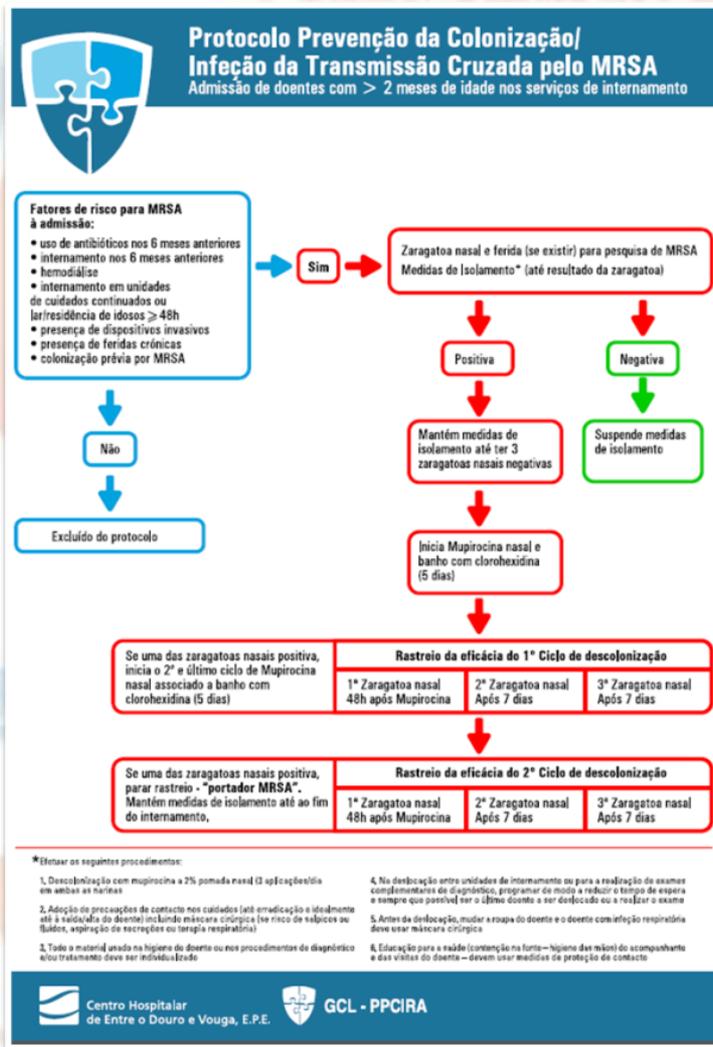
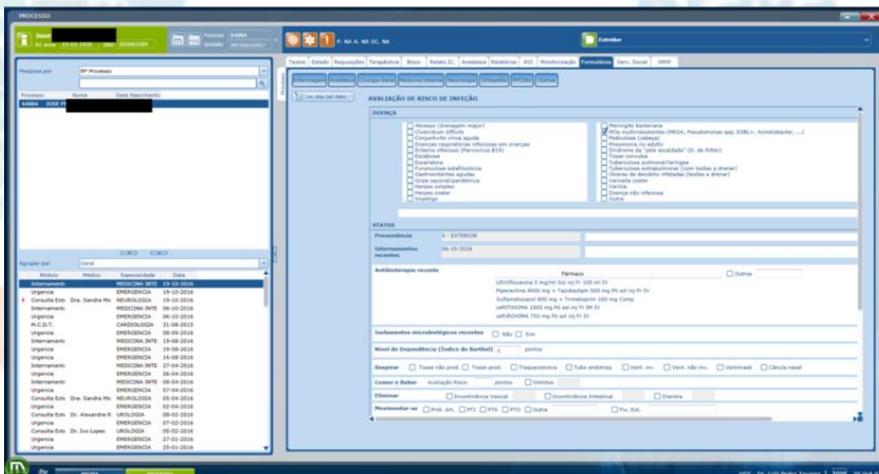
Avaliação de Risco MRSA

8 - Efetua a avaliação do risco de colonização/infeção por MRSA na admissão do doente, de acordo com os critérios da norma:

- Sim, em todos os serviços
- Sim, em alguns serviços
- Não

9 - Se respondeu afirmativamente, indique como realiza essa avaliação (pode assinalar mais do que uma hipótese):

- No Serviço de Urgência
- No Serviço de Internamento
- Por sistema informatizado
- Em papel



Auditoria - março 2017

Fatores de risco para MRSA à admissão:

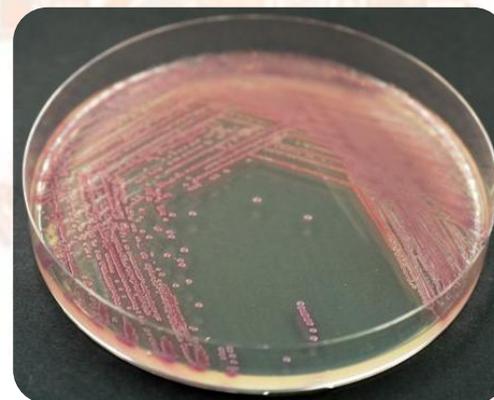
- uso de antibióticos nos 6 meses anteriores
- internamento nos 6 meses anteriores
- hemodiálise
- internamento em unidades de cuidados continuados ou lar/residência de idosos $\geq 48h$
- presença de dispositivos invasivos
- presença de feridas crónicas
- colonização prévia por MRSA

Serviço	Nº Doentes	Com critérios	Rastreios	% adesão
Piso 9	29	16	4	25,0%
Piso 8	62	17	7	41,2%
Piso 7	53	21	10	47,6%
Piso 6	17	7	4	57,1%
Piso 5	83	42	9	50,6%
Totais	244	103	34	29,8%

Método de pesquisa de MRSA

10 - Qual o método utilizado para pesquisa de MRSA no rastreio de admissão:

- Método cultural convencional
- Método cromogénico
- Biologia molecular



CHROMagar™ MRSA

www.CHROMagar.com
www.CHROMagar.com

Medium Performance

- 1 **ABSOLUTELY RELIABLE**
CHROMagar™ MRSA, introduced in 2002, was the first chromogenic medium for MRSA detection. It led to such significant reductions in both, the response time and laboratory workload, that it allowed an absolutely necessary wide-scale patient screening.
- 2 **EFFICIENT**
The medium exhibits sensitivity and specificity values close to 100%. CHROMagar™ MRSA allows an accurate detection of MRSA with a higher level of sensitivity than oxacillin containing media.
- 3 **FAST & EASY INTERPRETATION**
Intense mauve colony colour in 18-24h.

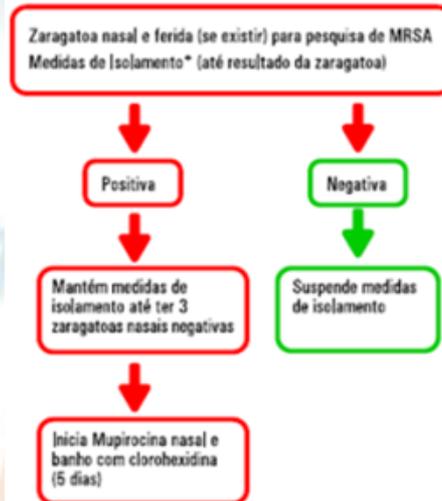
Descolonização

VII Jornadas
da ANCI

11 - Realiza protocolo de descolonização após rastreio de admissão:

Caso a sua resposta seja negativa, deverá avançar para a questão 17.

- Sim, em todos os serviços
- Sim, em alguns serviços
- Não



Zaragatoa nasal/Culturas positivas

12 - No rastreio de admissão, se resultados da zaragatoa nasal e da ferida exsudativa positivos, realiza descolonização com:

- Mupirocina
- Clorohehidina
- Mupirocina + Clorohehidina
- Nenhum

13 - No rastreio de admissão, se resultados da zaragatoa nasal negativo e da ferida exsudativa positivo, realiza descolonização com:

- Mupirocina
- Clorohehidina
- Mupirocina + Clorohehidina
- Nenhum

14 - Para resultados positivos em culturas (urina, sangue, ...) e zaragatoa nasal negativa, realiza descolonização com:

- Mupirocina
- Clorohehidina
- Mupirocina + Clorohehidina
- Nenhum

15 - Para resultados positivos em culturas (urina, sangue, ...) e zaragatoa nasal positiva, realiza descolonização com:

- Mupirocina
- Clorohehidina
- Mupirocina + Clorohehidina
- Nenhum

16 - Para resultado positivo de expetoração e ausência de zaragatoa nasal, realiza descolonização com:

- Mupirocina
- Clorohehidina
- Mupirocina + Clorohehidina
- Nenhum

RESEARCH

Open Access



Efficacy of the decolonization of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriers in clinical practice

N. Sai^{1*}, C. Laurent², H. Strale¹, O. Denis^{3,4} and B. Bui^{1,4}

Abstract

Background: Nasal and extra nasal carriage of methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA) is a pre-existing condition that often leads to invasive MRSA infection, as MRSA colonization is associated with a high risk of acquiring MRSA infection during hospital stays. Decolonization may reduce the risk of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infection in individual carriers and prevent transmission to other patients.

Methods: A retrospective cohort study was conducted to evaluate the effectiveness of two decolonization protocols for newly diagnosed MRSA carriage in hospitalized patients and to assess the impact of decolonization on the rate of MRSA infection. The study population consisted of all patients diagnosed with MRSA-positive between January 2006 and June 2010.

Patients diagnosed as carriers were designated as requiring contact precautions by the hospital infection control team. The standing order protocol of the hospital pertaining to decolonization procedures was then applied, and all newly diagnosed patients were administered one of the two decolonization treatments outlined in the hospital protocol, with the exception of MRSA respiratory carriers (MRSA obtained from sputum or other lower respiratory tract samples). The two decolonization treatments consisted of the application of intranasal mupirocin 2 % and washing with chlorhexidine soap (40 mg/mL) (mupi/CHX) or application of intranasal povidone-iodine and washing with povidone-iodine soap (PVPI), with each treatment lasting for 5 days.

Success was determined by at least three successive nose swabs and throat and other screened site swabs that tested negative for MRSA before patient discharge.

Results: A total of 1150 patients admitted to the hospital were found to be infected or colonized with MRSA. Of the 1150 patients, 268 were prescribed decolonization treatment. Of 104 out of 268 patients (39 %) were successfully decolonized. There was no significant success after two decolonization failures. MRSA infection rate among the successes and failures were 0.0 and 4.3 %, respectively [$P = 0.04$].

Conclusions: Our results fit well with the prescription of decolonization based on local strategy protocols but reflect a low rate of successful treatment.

Although the success rate of decolonization was not high in our study, the effectiveness of decolonization on the infection rate, justifies the continuation of this strategy, even if a marginal cost is incurred.

Isolamento de Portadores MRSA

VII Jornadas
da ANCI

17 - Nos doentes colonizados/infetados por MRSA, implementa as medidas de isolamento de contacto em (pode assinalar mais do que uma hipótese):

- Quarto individual
- Coortes
- Enfermaria



**ISOLAMENTO TRANSMISSÃO
POR CONTACTO**

**CONTACTAR O ENFERMEIRO
ANTES DE ENTRAR**



Higiene das mãos antes de entrar



Colocar avental



Colocar luvas



À SAÍDA:
Remover luvas e avental
Higiene das mãos



Centro Hospitalar
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Indicadores

18 - Monitoriza a norma do MRSA através de que indicadores (pode assinalar mais do que uma hipótese):

- Proporção de doentes internados em UCI/hematologia submetidos a higiene corporal com cloroheixidina
- Proporção de doentes internados em UCI com tubo ou cânula endotraqueal submetidos a higiene oral com cloroheixidina
- Proporção de doentes submetidos a higiene corporal com cloroheixidina nas 24 horas anteriores à cirurgia
- Nº de bacteriémias adquiridas no hospital por MRSA/1000 dias de internamento
- Proporção de bacteriémias adquiridas no hospital por MRSA
- Proporção de doentes infetados por MRSA internados em isolamento ou coorte
- DDD de quinolonas e cefalosporinas na unidade de saúde ou serviço/unidade de internamento
- Nenhum

INDICADORES de 2016

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga



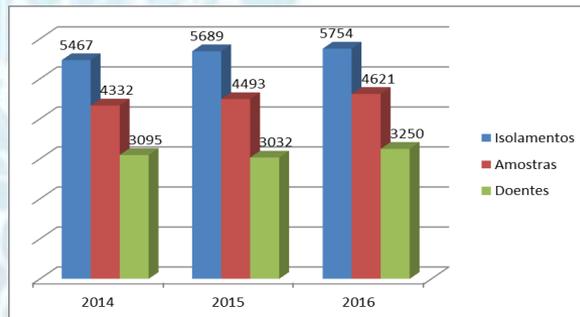
INDICADOR REGIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO E DE RESISTENCIA AOS ANTIMICROBIANOS

1 – MRSA <u>Ponderação</u>		2 – VE <u>Ponderação</u>			3 – Higiene das Mãos <u>Ponderação</u>		4 – CHC/DDD (*) <u>Ponderação</u>		5 – Profilaxia antibiótica cirúrgica <u>Ponderação</u>		Observações			
1.1	1.2	2.1	2.2	3.1	3.2	4.1	5.1							
Se > 40%, reduzir até 40%	<0,8%	Durante 6 meses	Cirurgia Colorretal (urgente, programada e adicional) durante 6 meses	≥65%	100% dos serviços com internamento (Cumprimento simultâneo dos dois critérios)	Redução de 5% face a 2015	A ser realizada em Outubro/Novembro durante duas semanas seguidas ou interpoladas							
1.1 - Proporção de Bacteriémias por MRSA (%)	10%	1.2 - Densidade de Incidência de Bacteriémias por MRSA (‰)	10%	2.1 - Taxa de INCS associada ao CVC (%)	10%	2.3 - HAI Cirurgia	10%	3.1 - Taxa de adesão no 1º Momento (%)	3.2 - Taxa Global de Adesão à Higiene das Mãos das U/c/ internamento	25%	4.1 - Consumo Hospitalar de Carbapenemes /DDD/1000 dias de internamento	20%	5.1 - Auditoria ao feixe de intervenção para a prevenção de ILC	15%
28,6%		0,05‰		2,8‰		11 meses*		67,39%	Todos os serviços/pisos Incluídos		28.37**		Enviada em 17 de fevereiro de 2017 ARS Norte	

(*) Consumo Hospitalar de Carbapenemes por DDD/1000 dias de internamento

MRSA

MO ESKAPE	E faecium RV	MRSA	Kleb pn ESBL+	Acinet Rimip	Pseudom Rimip	Enterob RC3G
EU 2012 (invasivos)	8,1%	17,8%	25,7%	ND	17,1%	ND
Portugal 2012 (invasivos)	23,3%	53,8%	38,7%	79,2%	20,4%	ND
CHEDV 2014	23,4%	35,8%	47,0%	73,0%	26,0%	34,6%
CHEDV 2015	23,5%	40,8%	36,6%	50,0%	20,5%	34,4%
CHEDV 2016	25,6%	32,7%	23,2%	40,0%	14,9%	41,1%
CHEDV 2016 (invasivos)	7,7%	26,9%	9,7%	0,0%	22,2%	27,3%
CHEDV 2016 (invasivos)	1	7	3	0	6	6



	2014	2015	2016	
Cirurgia	4	5	4	13
Medicina	32	36	24	92
Ortopedia	14	23	20	57
SE/SU	11	13	10	34
UCI	1	2	0	3
UCIP	5	1	4	10
Urologia	3	8	6	17
Outros	4	5	5	14
	74	93	73	

MRSA	2015	2016	TOTAIS
Aspirado e Lavado B/BA	2	6	8
Aspirado traqueal	5	2	7
Espeto	11	11	22
Catéter	1	1	2
Sangue	15	7	22
Líquido abd-perit - biliar	3	1	4
Líquido ascítico	1	0	1
Líquido pleural	0	2	2
Líquido sinovial	3	7	10
Tecidos	4	3	7
Pús em seringa	7	10	17
Zaragatoas	24	11	35
Urina	17	12	29
Outros	0	0	0
TOTAIS	93	73	166



VII Jornadas
da ANCI



Braga
7 de Abril de 2017

PROMOVER UMA CULTURA DE PARTILHA
na Prevenção e Controlo das IACS

**Implementação da norma de prevenção e controlo de
infecção por MRSA– Como estamos desde 2014?**

Luís Pedro Tavares



GCL - PPCIRA
Grupo Coordenador Local
Centro Hospitalar de Entre o Douro
e Vouga, E.P.E.
Programa de Prevenção
e Controlo de Infecções
e Resistência aos Antimicrobianos