

I CONGRESSO PARANAENSE DE INFECTOLOGIA

31 março a 01 abril de 2017 – Londrina - PR

Centro de Eventos do Aurora Shopping



Controvérsias: FIM da vigilância para MRSA, VRE, ESBL

MARTA FRAGOSO
INFECTOLOGISTA/EPIDEMIOLOGISTA
GERENTE NGS/SEQ HOSPITAIS VITA
MÉDICA HC-UFPR-EBSERH

THE LANCET Infectious Diseases

Volume 10 · Issue 9 · September 2010

www.thelancet.com/infection

FIRST IN THE FIELD OF
INFECTIOUS DISEASES
Impact Factor
15.58
5 Years from 10 years
Clarivate Analytics 2009



Article

Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae
See page 597

Article

Diagnosing tuberculosis among children
See page 612

Review

Treatment of MDR and XDR
tuberculosis
See page 621

Now including
original
research

Contra o fim da vigilância



- A elevada mortalidade relacionada às infecções causadas por agentes multi-resistentes decorre principalmente de dois fatores: o elevado índice de falha terapêutica com antimicrobianos e a gravidade clínica com comprometimento do “status” imunológico do paciente.
- A falha terapêutica está intimamente relacionada com a opção inicial de antibioticoterapia empírica não conforme e o retardo do diagnóstico microbiológico com evidência de infecção por agente multi-resistente.
- Não há consenso na literatura científica sobre a maior patogenicidade de bactérias multi-resistentes quando comparado às bactérias multi-sensíveis, sendo atribuída a alta mortalidade dos casos de infecção por agentes multi-resistentes ao maior índice de falha da antibioticoterapia.

Contra o fim da vigilância



- As variáveis história de internação nos últimos 180 dias, alimentação por cateter nasoentérico, o tempo de internação até a cultura e a traqueostomia são preditores independentes para MDR.
- O modelo de regressão logística foi capaz de identificar pacientes com diferentes riscos de infecção ou colonização MDR na população estudada.

Contra o fim da vigilância



- As infecções causadas por organismos multidrogas-resistentes aumentam os custos, tempo de internação e, principalmente, morbidade e mortalidade

Contra o fim da vigilância



- A resistência antimicrobiana surge como consequência de mutações em bactérias e pela seleção no uso de certos antibióticos por vantagem competitiva das cepas mutantes .
- Ocorre, especialmente, em três grandes grupos: Staphylococcus aureus metilino resistente (MRSA), enterococos resistentes à vancomicina (VRE) e bactérias gram-negativas resistentes à carbapenêmicos (Enterobactérias e BGN não fermentadores).

Contra o fim da vigilância



- Diminuindo ou erradicando o número de infecções por MDR, reduzimos o uso dos glicopeptídeos (vancomicina e teicoplanina) e carbapenêmicos no tratamento e na profilaxia antibiótica, reduzindo o gasto do hospital, a pressão de seleção e a indução de resistência antimicrobiana.

Vigilância em MRSA



- Programas de screening são obrigatórios por várias agências de saúde governamental e a vasta maioria da literatura suporta a continuidade desta prática, embora seja um assunto controverso causando calorosos debates na atualidade.
- Nos EUA o MRSA predomina nas IRAS: 86% das 94.360 infecções invasivas por MRSA/ano são IRAS com 18.850 óbitos
- Opções terapêuticas limitadas
- Mandatory MRSA screening: mixed results fuel the ongoing debate over its value by Elizabeth Srejic. Infection control today, 2016.

MRSA – Prevenção e Controle



- Importante medida de controle de IRAS;
- Cerca de 100.000 infecções invasivas por MRSA anualmente;
- 19.000 mortes estimadas;
- Fatores de transmissão: colonização, contato com a pele ou fômites contaminados, imunossupressão do hospedeiro;
- Recomenda-se para o controle precauções de contato descolonização e vigilância ativa (nasal, orofaringe e/ou períneo)



VRE

Vancomycin Resistant Enterococci



For more information on health issues
Health Service Executive

www.hse.ie

For More
Information



For more information on health issues
Health Service Executive

www.hse.ie

VRE information leaflet
for patients

VRE – Prevenção e Controle



- Vasta maioria *E.faecium*;
- Taxa de mortalidade significativamente maior quando comparado com *Enterococco* susceptível à vancomicina.
- Estratégias de prevenção controle e erradicação: higiene das mãos, precauções de contato, coorte de pacientes colonizados, descolonização, culturas de vigilância (swab retal, peri-retal ou amostras de fezes) e controle da fonte).

GLOBAL GUIDELINES FOR THE PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTION



4.3 Screening for extended-spectrum beta-lactamase colonization and the impact on surgical antibiotic prophylaxis

Recommendation

The panel decided not to formulate a recommendation due to the lack of evidence.

Rationale for the recommendation

The literature search did not identify any relevant studies comparing the tailored modification of SAP for the prevention of SSI in areas with a high prevalence of extended spectrum beta-lactamase (ESBL)-producing Enterobacteriaceae (including patients with rectal colonization of ESBL) to no modification of standard antibiotic prophylaxis. Furthermore, no studies comparing routine screening for ESBL (irrespective of ESBL prevalence prior to surgery) with no screening that could inform a recommendation for this question were identified.

Remarks

- The prevalence of ESBL-producing Enterobacteriaceae was considered to be high when demonstrating a prevalence of >10% on the total number of all samples submitted to the laboratory for investigation, including both infection and/or colonization.
- The GDG believes that routine screening for ESBL prior to surgery might increase the widespread use of broad-spectrum antibiotics (particularly carbapenems) pre-surgery in ESBL-colonized patients. This practice may be harmful as it is likely to further increase the emergence of resistance in gram-negative bacteria, especially carbapenem-resistant Enterobacteriaceae. The WHO global surveillance report on AMR has already highlighted concerns about the emergence of antibiotic-resistant bacteria due to the inappropriate use of antimicrobial agents. Importantly, the options for the treatment of infections are now extremely limited due to the lack of development of a new class of antimicrobial agents over the past decades (1).

Diretrizes de Prevenção e Controle de Infecção



NCIH – Pacientes em precaução 15/09

| ALA100 | PACIENTE | DATA DE NASCIMENTO | MICROORGANISMO | Data da Coleta | Protocolo | PRECAUÇÃO | CONVENIO |
|------------|----------|--------------------|---|-------------------------|-----------|-----------|----------|
| 104 | | 10/11/1948 | Acinetobacter baumannii- LBA - MR Acinetobacter baumannii- AT internamento anterior - HVBT | 28/8/2014 11/09/2014 | 43-0701 | CONTATO | Unimed |
| 112 | | 15/8/1946 | | 15/9/2014 | 43-921 | CONTATO | Unimed |
| 109 | | 9/6/1977 | KPC - swab retal | 1/9/2014 | 43-249 | CONTATO | Unimed |
| ALA 200 | | DATA DE NASCIMENTO | MICROORGANISMO | Data da Coleta | Protocolo | PRECAUÇÃO | CONVENIO |
| 203 | | 10/2/1961 | Internamento anterior - HVBT | 15/9/2014 | | CONTATO | Unimed |
| 205 | | 10/2/1961 | Internamento anterior - HVBT | 15/9/2014 | | CONTATO | Unimed |
| 213 | | 8/8/1937 | Internamento anterior - HVBT | 12/9/2014 | | CONTATO | Unimed |
| 224 | G | 05/7 | MRSA - SWAB nasal (H. marcelino) aguarda resultado de swab retal | 11/9/2014 | | CONTATO | Unimed |
| 220 | | 4/4/1918 | Institucionalizada | 12/9/2014 | | CONTATO | Unimed |
| UCO | | DATA DE NASCIMENTO | MICROORGANISMO | Data da Coleta | Protocolo | PRECAUÇÃO | CONVENIO |
| 154 | N | 39 | BGN em identificação - Secreção Traqueal | 13/9/2014 | 43-803 | CONTATO | Unimed |
| 157 | E | 65 | InterInternamento Anterior - Fraturas XV | 15/9/2014 | | CONTATO | Unimed |
| UTI GERAL1 | | DATA DE NASCIMENTO | MICROORGANISMO | Data da Coleta | Protocolo | PRECAUÇÃO | CONVENIO |
| 601 | | 7/5/1992 | Acinetobacter baumannii - Secreção Traqueal | 9/9/2014 | 43-577 | CONTATO | Unimed |

PRECAUÇÕES E ISOLAMENTOS

NCSA

Lavar as mãos antes e após contato

Quarto Privativo

Se contato com o paciente

Uso individual

Secreções contidas

CONTATO

VITA

MED - 099 (03/09) Versão 01

NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Lavar as mãos antes e após contato

Quarto Privativo

Uso pelo profissional no quarto

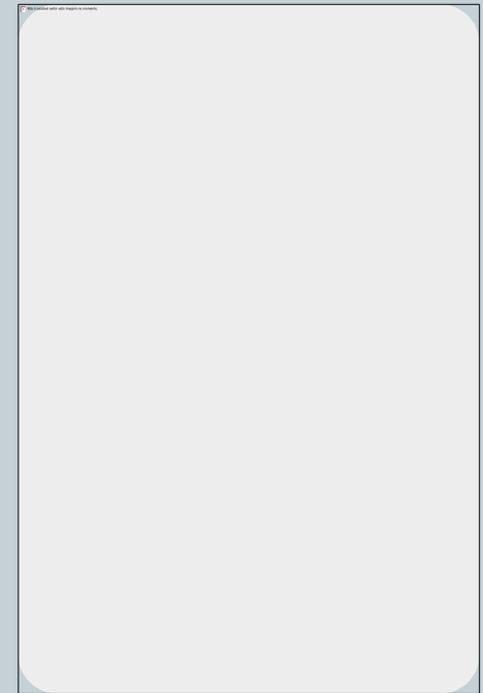
Se contato com paciente

Uso pelo paciente no transporte

GOTÍCULA

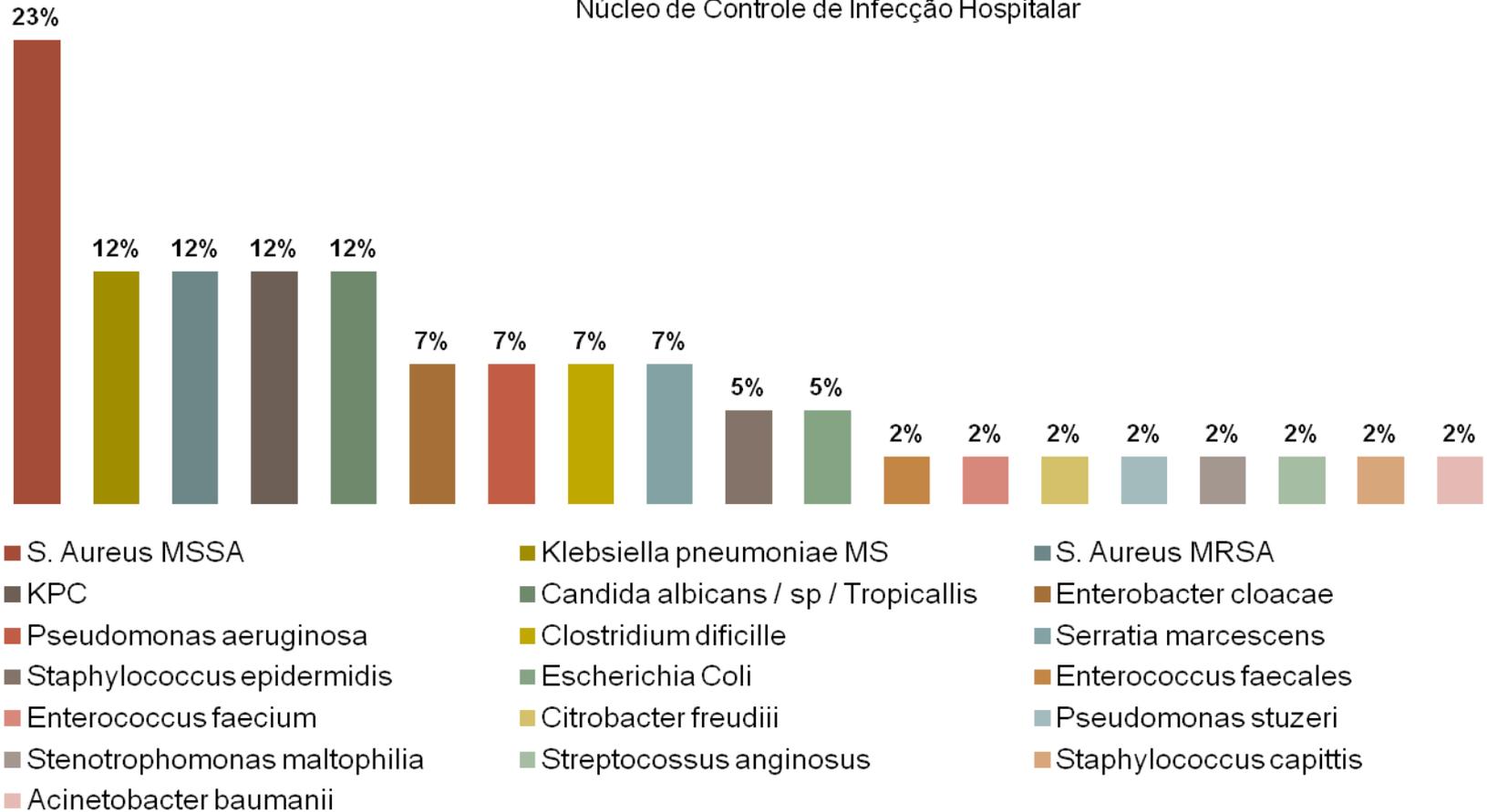
CONTATO

VITA



Microbiologia (%) Jan - Dez 2016

Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar

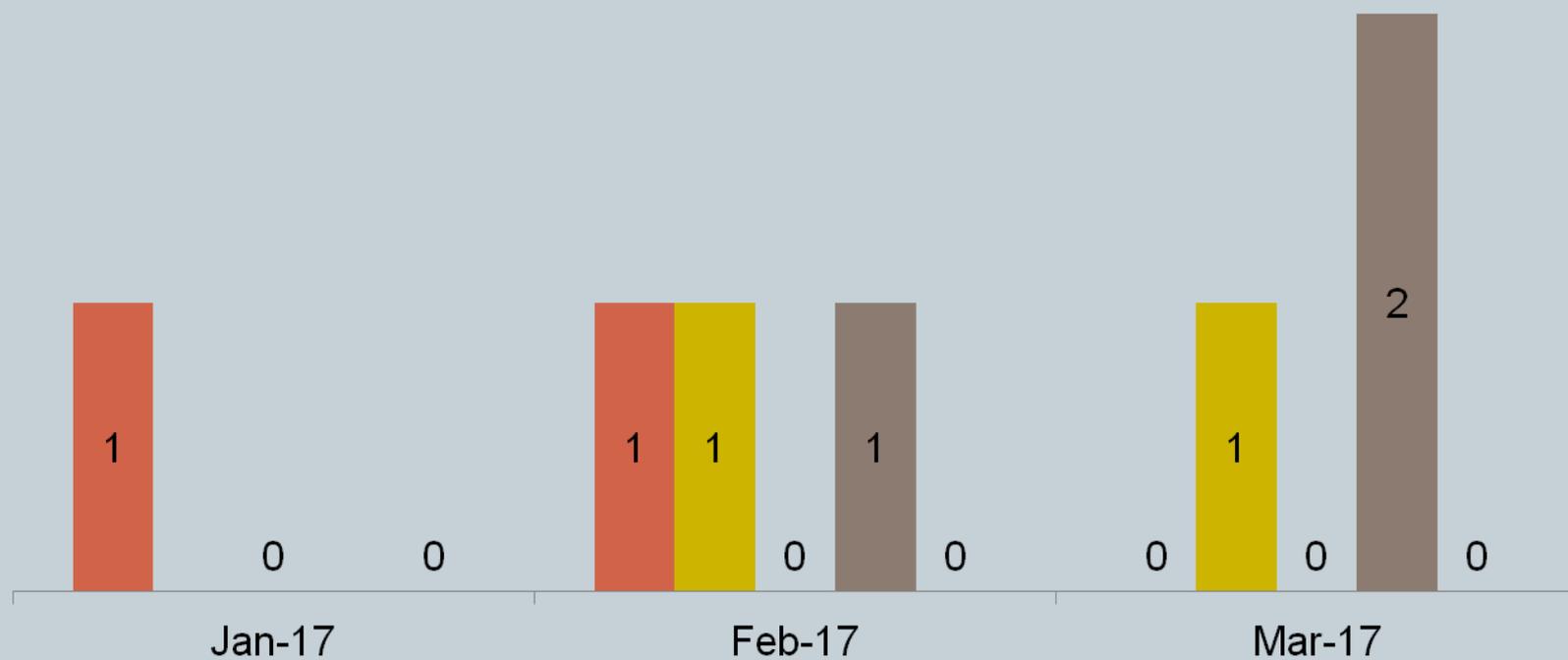




Bactérias multirresistentes UTI geral 1

Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar

■ KPC ■ A. baumannii ■ P. aeruginosa ■ MRSA ■ VRE

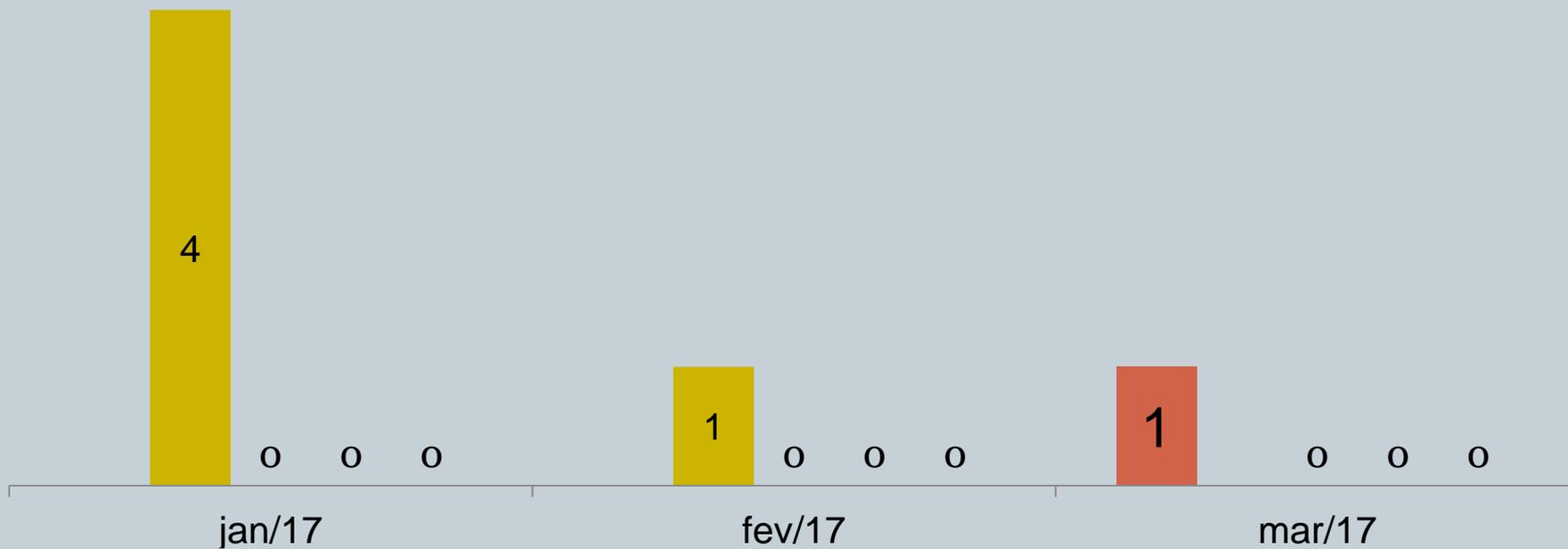




Bactérias MULTIRRESISTENTES UTI Geral 2

Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar

■ KPC ■ A. baumannii ■ P. aeruginosa ■ MRSA ■ VRE

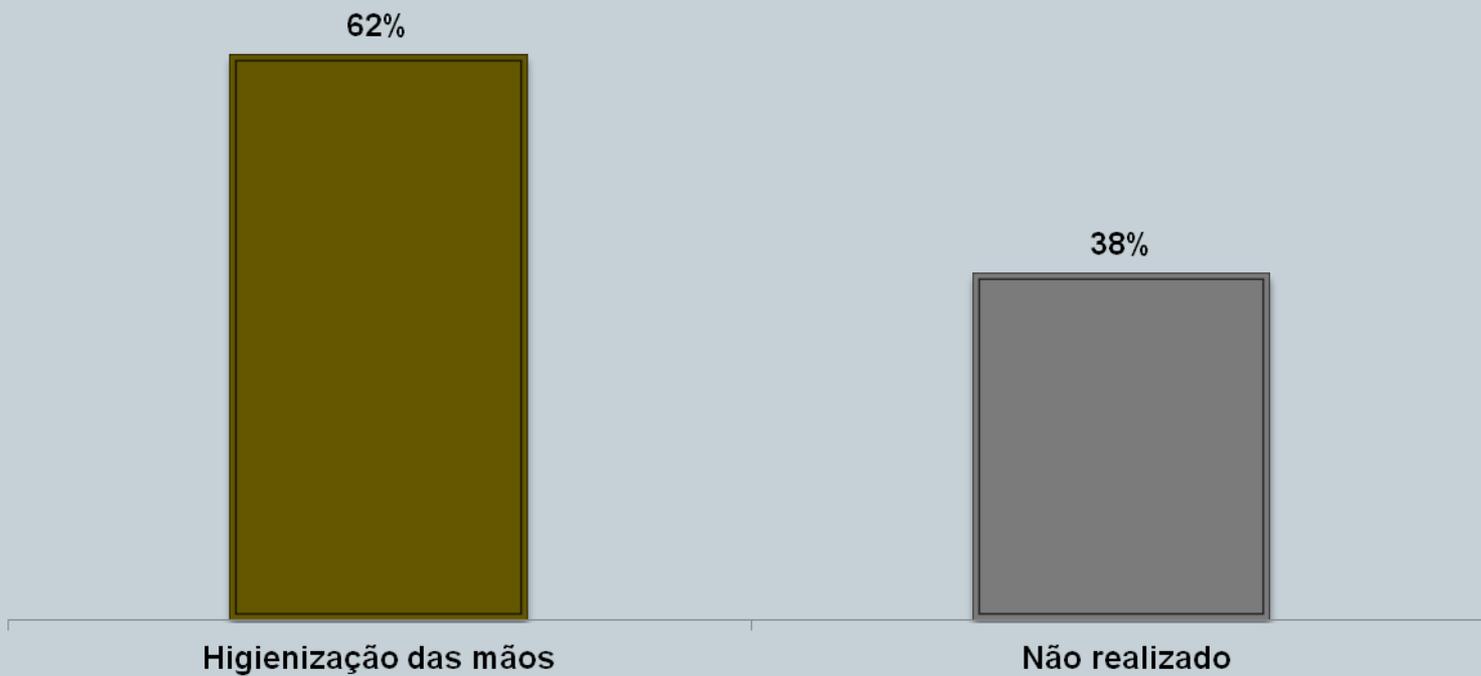






ADESÃO GERAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS 1º semestre - Jun 2016

FONTE: Formulário de observação ANVISA/ N= 1253

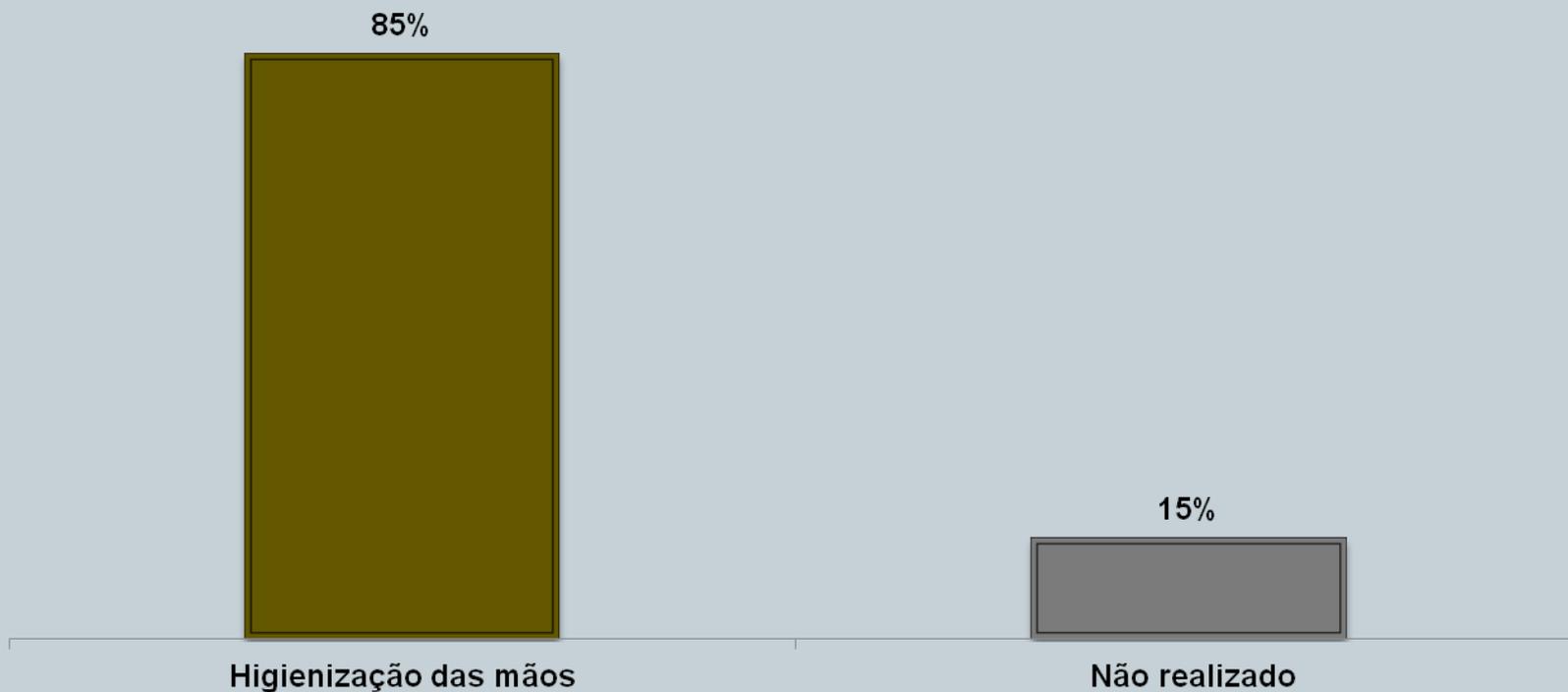






ADESÃO GERAL DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS 2º SEMESTRE Dez 2016

FONTE: Formulário de observação ANVISA/ N= 1206





Muito Obrigado!