

# PROGRAMA PREVENÇÃO

e Controlo de Infeções  
e de Resistência aos  
Antimicrobianos

## RELATÓRIO

INQUÉRITO DE PREVALÊNCIA DE INFEÇÃO E USO DE ANTIMICROBIANOS  
NAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS

*Healthcare-Associated Infection and Antimicrobial Use in Long-Term Care Facilities, HALT 2*

2013





**Autores**

Elaine Pina

Paulo Jorge Nogueira

***Com a colaboração de***

Goreti Silva

Jorge Silva





## ÍNDICE

	<b>Página</b>
1. Antecedentes.....	6
2. Objetivos.....	6
3. Material e métodos.....	7
3.1.1 Critérios de inclusão de UCC.....	7
3.1.2 Residentes Elegíveis.....	7
3.2 Recolha de dados.....	8
3.3 Análise de dados.....	8
4. Resultados.....	8
4.1 Caracterização das UCCI Participantes.....	8
4.2 Caracterização da população elegível.....	10
4.3 Fatores de risco e indicadores de carga de trabalho.....	10
5. Cuidados médicos e coordenação.....	11
5.1 Atividades desenvolvidas pela coordenação médica.....	11
6. Organização e práticas de controlo de infeção nas UCC.....	11
7. Infeções associadas a cuidados de saúde.....	14
8. Prescrição de antimicrobianos.....	16
9. Microrganismos causais e resistência aos antimicrobianos.....	17
10. Discussão e conclusões.....	19

## **Healthcare-Associated Infection and Antimicrobial Use in Long-Term Care Facilities, HALT2 – RESULTADOS NACIONAIS**

### **1 ANTECEDENTES**

Devido ao envelhecimento da população, o número de pessoas idosas com necessidades de tratamento em Unidades de Cuidados Continuados (UCC) tem vindo a aumentar por toda a Europa. Estes indivíduos são mais vulneráveis a infeções pelas características próprias da idade e ainda da proximidade estreita e partilha social. Por outro lado, os residentes têm frequentemente necessidade de cuidados em hospitais de agudos o que favorece a aquisição de microrganismos hospitalares. Nesse contexto, as boas práticas de prevenção e controlo de infeção assim como o uso apropriado de antimicrobianos nestas instituições torna-se um desafio importante.

Para fazer face a este desafio, entre 2009-2011, o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) financiou o desenvolvimento do Projecto HALT (*Healthcare Associated infections in Long-Term care facilities*) com o objectivo de desenvolver e implementar um protocolo para a vigilância epidemiológica de infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) e uso de antimicrobianos nas UCC a fim de conhecer a realidade e identificar as prioridades para as intervenções de melhoria. A Direção Geral de Saúde estabeleceu uma parceria com a Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) para aderir a este projecto. O protocolo do estudo, os instrumentos de recolha de informação local e os critérios para a determinar a presença de infeção foram traduzidos e validados para a realização do estudo em Portugal. O estudo piloto nacional decorreu em 2010, nas 8 Unidades de Cuidados Continuados (UCC) seleccionadas e foi objeto de relatório divulgado oportunamente e disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt). Uma das conclusões do relatório foi a necessidade de alargar o estudo a todas as UCC de modo a confirmar os resultados do estudo piloto.

Assim, em 2012, realizou-se o estudo nacional de prevalência de infeção e uso de antimicrobianos nas unidades de cuidados continuados (ENPICC), estando o relatório com os principais resultados disponível no sítio do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) ([www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)). O protocolo do HALT foi adoptado com pequenas alterações sugeridas pelos coordenadores nacionais e pelos participantes nas ações de formação realizadas em todas as administrações regionais de saúde, que tiveram uma participação de 228 enfermeiros e 43 médicos de todas as UCC integradas na rede nacional e ainda de outras 8 unidades.

Posteriormente, a fim de dar continuidade ao trabalho iniciado pelo grupo do HALT, o ECDC contratualizou um novo projeto: *Healthcare-Associated Infection and Antimicrobial Use in Long-Term Care Facilities, HALT-2: 2011-2013* com o objetivo global de apoiar o controlo das IACS e do uso de antimicrobianos de cada Estado Membro da União Europeia (UE), cada estado candidato a membro da UE, e ainda da Noruega e do Liechtenstein.

### **2. OBJECTIVOS**

HALT2 teve como objetivo conhecer a prevalência europeia de IACS e do uso de antimicrobianos e ainda os respetivos indicadores de processo e estruturas de prevenção e controlo de infeção nas UCC a fim de:

- i. Identificar as necessidade de intervenção, formação e/ou recursos adicionais de CI;
- ii. Identificar prioridades para sensibilização e intervenção a nível nacional e local;
- iii. Promover a segurança de saúde dos residentes das UCC e dos idosos, em geral.



A nível Europeu, o estudo HALT2 (Healthcare-Associated Infections in European Long-Term Care Facilities, 2011-2013) realizou-se entre 1 de Abril e 31 de Maio de 2013 com a participação de 1181 UCC de dezanove países europeus.

**O presente relatório apresenta os resultados nacionais do estudo HALT2.**

### 3. MATERIAL E MÉTODOS

A nível nacional o estudo decorreu entre 15 e 31 de Maio 2013.

O HALT2 foi desenhado como um estudo de prevalência de ponto. Foram recolhidos todos os dados referentes às IACS ativas e ao uso de antibióticos sistémicos e ainda a informações sobre a coordenação e actividades relacionadas com a prevenção e controlo das IACS e das RAM.

#### 3.1 População abrangida

##### 3.1.1 Critérios de inclusão de UCC

Todas as tipologias de UCC do país foram convidadas a participar neste estudo incluindo as Regiões Autónomas. Foram ainda incluídas as Unidades de Reabilitação (Alcoitão, Algarve e Centro). Foram realizadas um total de nove ações de formação a nível das ARS para apresentação e discussão do protocolo e da aplicação informática, sendo os formandos maioritariamente enfermeiros (Tabela 1).

Tabela 1: Participação nas ações de formação por ARS e grupo profissional

Regiões	Nº de Formandos	Médicos	Enfermeiros	Outros Profissionais
Alentejo	38	2	34	2
Algarve	19	1	17	1
Centro	70	13	57	
LVT	68	10	54	4
Norte	72	9	63	
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>35</b>	<b>225</b>	<b>7</b>

##### 3.1.2 Residentes elegíveis

Foram incluídos todos os indivíduos a residir a tempo inteiro (24/24h) na UCC, admitidos há mais de 24 horas, e que estivessem presentes às 8 da manhã no dia do estudo.

Foram excluídos os residentes recém-admitidos no dia do IPI, uma vez que o seu histórico não é muitas vezes totalmente conhecido e podem não estar disponíveis dados importantes no dia seguinte à sua admissão.



Foram também excluídos os residentes que não viviam permanentemente na UCC, não se encontravam presentes no dia do estudo às 8h da manhã ou que estavam hospitalizados no dia do estudo.

### **3.2 Recolha de Dados**

Os dados foram recolhidos, preferencialmente, em apenas um dia, dependendo do número total de camas da UCC e tendo em atenção a carga de trabalho acrescida que este estudo representou. Nas UCC de grandes dimensões, a recolha de dados poderia ser alargada a 2 ou 3 dias consecutivos sendo, no entanto, importante que todas as camas de uma tipologia fossem estudadas no mesmo dia.

Foram disponibilizadas duas ferramentas para a recolha de dados: um questionário institucional para explorar as características estruturais e funcionais, dados denominadores e ainda informação referente aos recursos e políticas de controlo de infeção e uso de antimicrobianos; e um questionário de residente dirigido a cada residente que estivesse a tomar antibióticos ou apresentasse sinais ou sintomas de infeção no dia do estudo.

Os dados foram introduzidos, a nível local, numa aplicação específica fornecida pelo ECDC sendo os ficheiros transferidos para o DSIA. Após o controlo de qualidade a nível central, a base de dados foi transferida para os responsáveis pelo estudo HALT2 ao nível europeu, conforme definido em protocolo. A esse nível procedeu-se à validação da informação e foi integrada a informação do inquérito à infeção urinária, realizada em simultâneo mas em suporte distinto.

### **3.3 Análise de dados**

Recebidos os dados validados e integrados do nível de coordenação Europeia do HALT2, procedeu-se à construção da variável tipologia (das UCC), de forma a refletir a realidade nacional dado a definição europeia diferir substancialmente.

Procedeu-se à análise das duas tabelas finais de dados (institucional e residentes) usando o programa estatístico IBM SPSS 21.0.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 Caracterização das UCC Participantes**

Das 143 UCC participantes cerca de metade (49,9%) eram unidades de Longa Duração, seguindo-se as unidades de Média Duração (29,3%); 17,4% eram unidades de Convalescença e 3,4% unidades de Cuidados Paliativos.

No que se refere à capacidade de camas disponibilizadas pelas unidades, verificou-se uma média de 24,1 camas nas UCC de Longa Duração, 21,9 camas nas UCC de Média Duração, e de 18,5 camas nos cuidados de Convalescença. Relativamente aos cuidados Paliativos, o número médio de camas existente foi de 8.

A mediana de número de camas variou entre 6 nas unidades de cuidados paliativos e 23 nas UCC de longa duração (Tabela 2). O número de quartos individuais era de 18,9% nas unidades



de convalescença, 19,7% nas unidades de média duração, 12,5% nas unidades de longa duração e de 37,5% nas unidades de cuidados paliativos.

**Tabela 2.** Média e mediana das lotações por tipologia

	N	Média de camas	Mediana de camas	Desvio-Padrão
<b>Convalescença</b>	25	18,5	17,0	9,2
<b>Média duração</b>	42	21,9	20,0	8,9
<b>Longa duração</b>	71	24,1	23,0	9,4
<b>Paliativos</b>	5	8,0	6,0	5,8

Analisando os resultados em função da titularidade público-privada, verifica-se que a oferta de unidades existentes é na quase totalidade privada (89,6%) e apenas 10,5% são disponibilizadas pelo público. As unidades públicas são maioritariamente de cuidados paliativos e de convalescença, geralmente associadas a hospitais.

**Tabela 3.** Caracterização das unidades por titularidade e por tipologia

		N.º	Percentagem
<b>Titularidade</b>			
<b>Convalescença</b>	Privada	8	32,0
	Privada Não Lucrativa	8	32,0
	Pública	9	36,0
<b>Média duração</b>	Privada	10	23,8
	Privada Não Lucrativa	32	76,2
<b>Longa duração</b>	Privada	15	21,1
	Privada Não Lucrativa	53	74,6
	Pública	3	4,2
<b>Paliativos</b>	Privada	1	20,0
	Privada Não Lucrativa	1	20,0
	Pública	3	60,0

#### 4.2 Caracterização da população elegível

Foram recebidos dados referentes a 3043 residentes, sendo 40,5% homens e 59,5% mulheres. Mais de metade (55,7%) dos residentes elegíveis encontrava-se em UCC de longa duração, seguindo-se as unidades de média duração (28,3%). Estas duas tipologias representam 84% da população estudada, como se pode observar na Tabela 4.



**Tabela 4.** Residentes elegíveis, por tipologia

	Nº Unidades participantes	Total de residentes elegíveis
Convalescença	25 (17,4%)	450 (14,7%)
Média duração	42 (29,3%)	859 (28,3%)
Longa duração	71 (49,9%)	1694 (55,7%)
Paliativos	5 (3,4%)	40 (1,3%)
<b>Total</b>	<b>143 (100%)</b>	<b>3043 (100%)</b>

#### 4.3 Fatores de risco e indicadores de carga de trabalho

Quase um quarto (24,4%) dos residentes tinha uma idade superior a 85 anos. O fator de risco predominante foi a mobilidade reduzida (73%), seguindo-se a incontinência (76,3%) e a desorientação (50,6%). Um número apreciável (cerca de 30%) dos residentes, tinham feridas, sendo metade destas, úlceras de pressão. Estes fatores estão presentes em número muito significativo nas unidades de longa duração sendo indicadores importantes de carga de trabalho.

**Tabela 5.** Distribuição de fatores de risco por Tipologia

	Convalescença	Média Duração	Longa Duração	Paliativos	Total
Idade > 85 anos	98 (21,8%)	177 (20,6%)	462 (27,3%)	5 (12,5%)	24,4%
Cateter Urinário	52 (11,6%)	149 (17,3%)	248 (14,6%)	6 (15,0%)	15,0%
Cateter Vascular	15 (3,3%)	16 (1,9%)	24 (1,4%)	0	1,8%
Úlcera de pressão	53 (11,8%)	186 (21,7%)	227 (13,4%)	5 (12,5%)	15,5%
Outras feridas	68 (15,1%)	131 (15,3%)	235 (13,9%)	8 (20,0%)	14,5%
Desorientação	120 (26,7%)	350 (40,7%)	1051 (62%)	19 (47,5%)	50,6%
Mobilidade reduzida	242 (53,8%)	627 (73,0%)	1326 (78,3%)	28 (70,0%)	73,0%
Cirurgia - últimos 30 dias	40 (8,9%)	16 (1,9%)	9 (0,5%)	1 (2,5%)	2,2%
Incontinência - urinária / fecal	164 (36,4%)	519 (60,4%)	1345 (79,4%)	21 (52,5%)	67,3%
Prescrição AM	41 (9,1%)	111 (12,9%)	130 (7,7%)	7 (17,5%)	10,4%
Sinais/Sintomas de Infecção	43 (9,6%)	107 (12,5%)	161 (9,5%)	6 (15,0%)	10,4%

#### 5. CUIDADOS MÉDICOS E COORDENAÇÃO

A grande maioria das UCC (78,9-84,5%) têm uma coordenação médica interna. Em cerca de 10% a coordenação é externa e oito unidades referem não terem um coordenador médico.

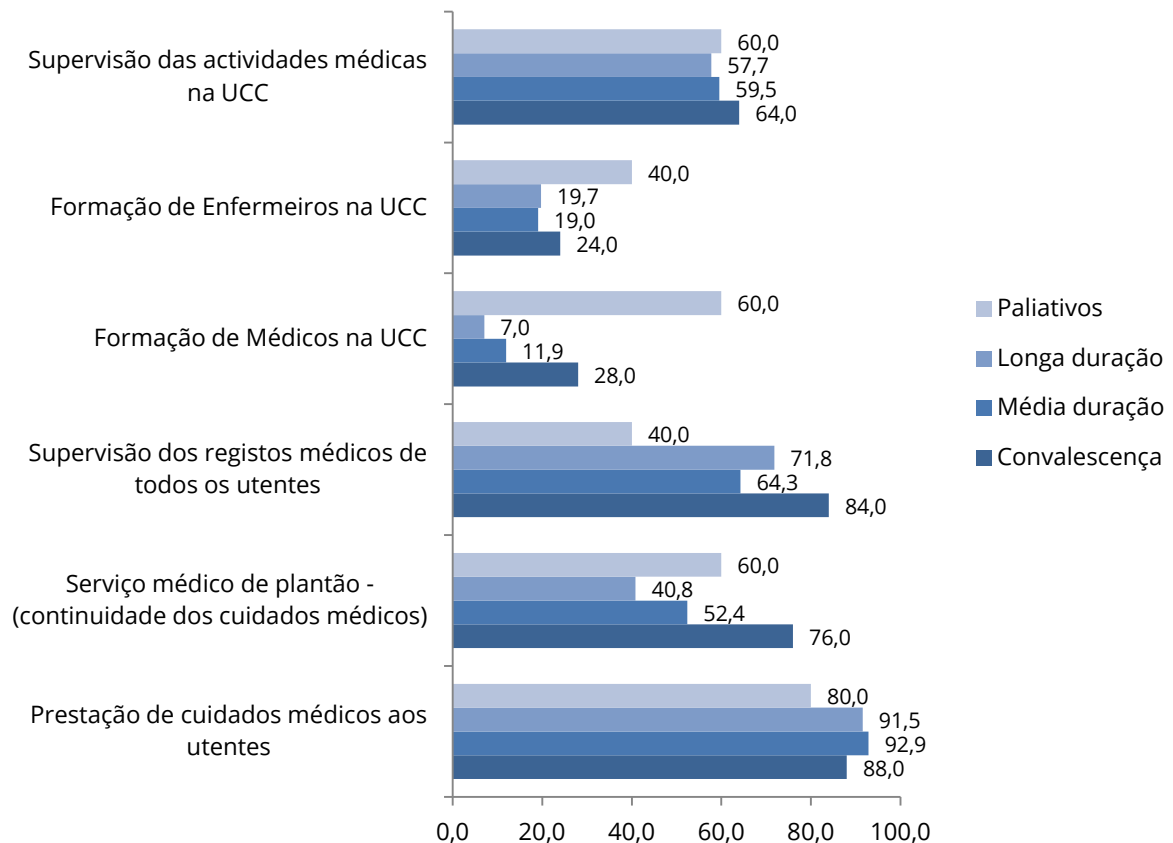
### 5.1 Atividades desenvolvidas pela coordenação médica

A principal atividade desenvolvida pelo Médico Coordenador da UCC é a prestação de cuidados médicos aos residentes, seguindo-se a supervisão das atividades médicas.

No que respeita à formação, verifica-se que não representa uma atividade significativa com exceção das unidades de cuidados paliativos.

No entanto observam-se diferenças apreciáveis por tipologia como pode ser observado no Gráfico 1.

**Gráfico 1: Atividade desenvolvida pelo Médico Coordenador da UCC (percentagem):**



### 6. ORGANIZAÇÃO E PRÁTICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO NAS UCC

Em cerca de um quinto das UCC (com a exceção das 5 unidades de cuidados paliativos onde todas referem existir a estrutura) não existe um profissional responsável pela prevenção e controlo de infeção. Onde existe, trata-se na maioria de enfermeiros embora, num número apreciável, a responsabilidade é partilhada entre médico e enfermeiro sendo apenas o médico responsável num número residual de UCC (4).

De modo geral, estes profissionais trabalham na unidade e apenas duas unidades referem um profissional do exterior contratado para realizar essa tarefa.



**Tabela 6.** Profissional responsável pelo Controlo de infeção, por tipologia

	Convalescença	Média duração	Longa duração	Paliativos
<b>CCI</b>	21 (84%)	32 (76,2%)	55 (77,5%)	100%
<b>Enfermeiro</b>	10 (40%)	20 (47,6%)	30 (42,3%)	3
<b>Médico</b>	1 (4%)	1 (2,4%)	2 (2,8%)	-
<b>Ambos</b>	10 (40%)	11 (26,2%)	23 (32,4%)	2

Na tabela 7, estão descritas as principais atividades de prevenção e controlo de infeção desenvolvidas por estes profissionais. As atividades mais desenvolvidas na área da formação relacionam-se com a formação de enfermeiros e de paramédicos (75,5%), sendo a formação da equipa médica muito menos frequente (28,7%).

No que se refere à vigilância epidemiológica, organização, controlo e divulgação da informação, verifica-se que é a decisão de isolamento e precauções adicionais a tarefa mais realizada (88,1%), seguida pelo registo de doentes colonizados com microrganismos multirresistentes (MMR) (69,2%) e pelas auditorias às políticas e procedimentos (61,5%).

Quanto ao desenvolvimento de protocolos escritos observa-se que são os protocolos dedicados à higiene de mãos os mais presentes (94,4%) seguido pelos protocolos sobre os cateteres urinários (76,2%), sobre cateteres vasculares (67,1%), sobre alimentação entérica (51,0%) e sobre os portadores de MRSA (24,5%).

Relativamente a outras atividades, a vacinação da gripe sazonal aos residentes ocorre em 94,4% das unidades de cuidados, seguido pelo desenvolvimento de protocolos de atendimento (86,7%) e pela supervisão da desinfeção e esterilização de DM (84,6%), conforme tabela 7.



**Tabela 7.** Atividades desenvolvidas pelas profissionais responsáveis pelo CI

	N	Percentagem
<b>Formação</b>		
Formação de enfermeiros e paramédicos	108	75,5
Formação de Equipa médica	41	28,7
<b>Vigilância epidemiológica, organização, controlo e divulgação da informação</b>		
Registo de residentes colonizados com MMR	99	69,2
Decisão de isolamento e precauções adicionais	126	88,1
Auditorias às políticas e procedimentos	88	61,5
<b>Desenvolvimento de protocolos escritos</b>		
Higiene das mãos	135	94,4
Gestão de cateteres urinários	109	76,2
Gestão de cateteres vasculares	96	67,1
Gestão de alimentação entérica	73	51,0
Gestão de portadores de MRSA	35	24,5
<b>Outras atividades</b>		
Supervisão da desinfeção e esterilização de DM	121	84,6
Vacinação da gripe sazonal aos residentes	136	95,1
Desenvolvimento de protocolos de atendimento	124	86,7

## 7. INFEÇÕES ASSOCIADAS A CUIDADOS DE SAÚDE

Em 317 residentes foi assinalada a presença de uma IACS, o que corresponde a uma prevalência de doentes com infeção de 10,4% (mediana 8,3 [0-80%]). Foram identificadas um total de 344 infeções (**prevalência de IACS de 11,3%**).

Na tabela 8 apresenta-se a prevalência de IACS por localização e por tipologia.

**Tabela 8 – Prevalência de IACS por localização e por tipologia**

	Convalescência	Média duração	Longa duração	Paliativos	Total
<b>Infeção urinária</b>				-	
<b>Confirmada</b>	11 (2,4%)	22 (2,6%)	27 (1,6%)	-	60 (2%)
<b>Provável</b>	11 (2,4%)	24 (2,8%)	34 (2,0%)		69 (2,3%)
<b>Inf. Respiratória</b>					
<b>Superior</b>	2 (0,4%)	5 (0,6%)	7 (0,5%)	1 (2,5%)	15 (0,5%)
<b>Inferior</b>	8 (1,8%)	20 (2,3%)	28 (1,7%)	2 (5%)	58 (1,9%)
<b>Infeções PTM</b>	6 (1,3%)	26 (3%)	47 (2,8%)	3 (7,5%)	82 (2,7%)
<b>Inf fungica</b>	-	3 (0,3%)	4 (0,2%)	-	7 (0,2%)
<b>Infeções gastrintestinais</b>	2 (0,4%)	5 (0,6%)	10 (0,6%)	-	17(0,6%)
<b>Inf. C. difficile</b>	2 (0,4%)	-	-	-	-
<b>Infeções oculares</b>	2 (0,4%)	5 (0,6%)	12 (0,7%)	-	19 (0,6%)
<b>Infeções nariz ouvido e boca</b>	1 (0,2%)	-	4 (0,2%)	-	5 (0,2%)
<b>Infeções da corrente sanguínea</b>	-	1 (0,1%)	-	-	-
<b>Síndrome febril inexplicado</b>	-	2 (0,2%)	5 (0,3%)	-	7 (0,2%)
<b>Total</b>	45	113	178	6	342 (2)*

\* Duas infeções categorizadas em “outras”



Observou-se um predomínio de infeções das vias urinárias, sendo 17,5% infeções confirmadas e 20% infeções prováveis. Seguiram-se as infeções da pele e tecidos moles (26,2%) e infeções respiratórias (21,2%).

**Tabela 9 – Distribuição de IACS por localização e por tipologia**

	Convalescença	Média duração	Longa duração	Paliativos	Total
<b>Infeção urinária</b>				-	
<b>Confirmada</b>	11 (24,4%)	22 (19,5%)	27 (15,2%)	-	60 (17,5%)
<b>Provável</b>	11 (24,4%)	24 (21,2%)	34 (19,1%)		69 (20,0%)
<b>Infeção Respiratória</b>					
<b>Superior</b>	2 (4,4%)	5 (4,4%)	7 (3,9%)	1 (16,6%)	15 (4,5%)
<b>Inferior</b>	8 (17,7%)	20 (17,7%)	28 (15,7%)	2 (33,3%)	58 (16,9%)
<b>Infeções PTM</b>	6 (13,3%)	26 (23%)	47 (26,4%)	3 (7,5%)	82 (23,8%)
<b>Inf fungica</b>	-	3 (2,6%)	4 (2,2%)	-	7 (2,0%)
<b>Infeções gastrintestinais</b>					
<b>Inf. C. difficile</b>	2 (4,4%)	5 (4,4%)	10 (5,6%)	-	17 (4,9%)
	2 (4,4%)	-	-	-	2 (0,6%)
<b>Infeções oculares</b>	2 (4,4%)	5 (4,4%)	12 (6,7%)	-	19 (5,5%)
<b>Infeções nariz ouvido e boca</b>	1 (2,2%)	-	4 (2,2%)	-	5 (1,5%)
<b>Infeções da corr. Sanguínea</b>	-	1 (0,9%)	-	-	1 (0,3%)
<b>Síndrome febril inexplicado</b>	-	2 (1,8%)	5 (2,8%)	-	7 (2,0%)
<b>Outras</b>	1		1		2 (0,6%)
<b>Total</b>	<b>45 (10%)</b>	<b>113 (13,2%)</b>	<b>178 (10,5%)</b>	<b>6 (15%)</b>	<b>344 (11,3%)</b>

## 8. PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Observou-se prescrição de 311 antimicrobianos em 289 residentes (**prevalência de 9,5%**) com uma média de 1,1 antimicrobianos por residente. A prevalência foi de 9,3% nas unidades de convalescença, 13,5% nas unidades de média duração, 8,5% nas unidades de longa duração e 20% nas unidades de cuidados paliativos. Vinte e um residentes tinham uma prescrição de dois antimicrobianos e um residente estava a tomar três antimicrobianos. Os antimicrobianos foram maioritariamente prescritos pelo médico da unidade tendo a prescrição sido hospitalar em 17% nos residentes e por um especialista em 16,7% dos casos. Em 92% dos casos a via de administração foi a oral sendo 7,4% por via parentérica e 0,6 % por outras vias. A grande maioria das prescrições (88,1%) foi para fins terapêuticos e em 11,9% para fins profiláticos. Cerca de metade das prescrições (48,5%) foram para infeções das vias urinárias, seguindo-se as infeções das vias respiratórias (22,3%) e infeções da pele e dos tecidos moles (18,3%). Na tabela 10 apresentam-se os diversos parâmetros (via, motivo e indicação) de prescrição por tipologia. No que se refere à profilaxia, em 12 casos (32,4%) foi para profilaxia das infeções das vias urinárias, seguindo-se a categoria “outra” (9 casos -24,3%), infeção das vias respiratórias (7 casos – 18,9%), infeção sistémica (4 casos – 10,8%) e pele e tecidos moles (2 casos – 5,4%).

**Tabela 10. Os diversos parâmetros (via, motivo e indicação) de prescrição por tipologia**

	Convalescença	Média Duração	Longa Duração	Paliativos
<b>Via de administração</b>				
<b>Oral</b>	38	110	130	7
<b>Parentérica</b>	4 (9,5%)	5 (4,3%)	13 (9%)	1
<b>Outra</b>	0	1	1	0
<b>Motivo administração</b>				
<b>Profilático</b>	2	13	22	0
<b>Terapêutico</b>	39	103	123	7
<b>Indicação</b>				
<b>Vias urinárias</b>	25	54	65	1
<b>Via respiratória</b>	4	28	33	3
<b>Pele /Tec. Moles</b>	8	18	22	4
<b>Gastrintestinal</b>	2	4	4	0
<b>ORL e Olhos</b>	0	3	4	0
<b>SFI</b>	0	2	2	0
<b>Inf. sistémica</b>	1	1	5	0
<b>Outra</b>	2	6	10	0





Os antimicrobianos betalactâmicos foram a classe mais prescrita (39,1%) seguindo-se as quinolonas (25,5%). Estas duas classes correspondem a mais de dois terços das prescrições.

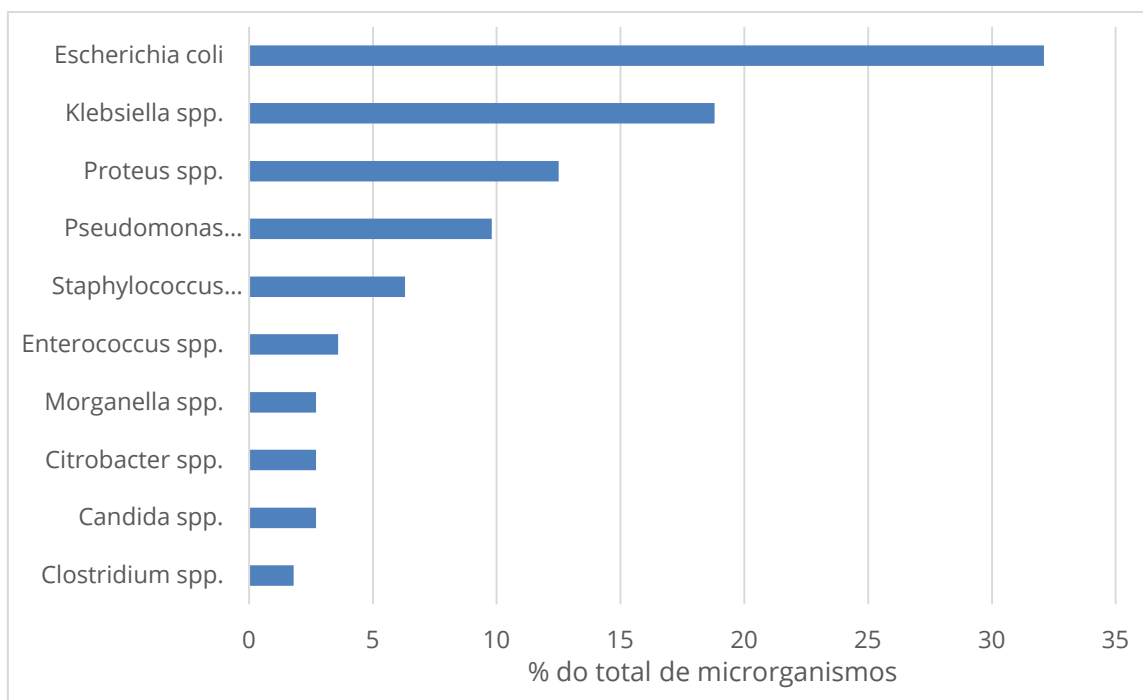
**Tabela 11. Antimicrobianos mais prescritos, por tipologia**

Antimicrobiano	Convalescença	Média Duração	Longa Duração	Paliativos	Total
Amoxi-Clavulanico	12	27	30	1	70
Ciprofloxacina	9	25	18	0	52
Nitrofurantoina	2	12	18	1	33
Trimetoprim/Sulfametox	4	9	18	0	31
Levofloxacina	3	6	4	0	13
Cefuroxima	2	7	3	0	12
Ceftriaxona	1	2	7	1	11
Fluconazol	1	5	2	2	10
Fosfomicina	1	3	3	0	7

## 9. MICRORGANISMOS CAUSAIS E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

Em 118 (37,9%) das suspeitas de infeção foi feito um exame microbiológico. Em seis casos a cultura foi reportada como estéril, em cinco, os resultados não estavam ainda disponíveis, e em dois casos, o microrganismo não foi classificável. A cultura foi positiva em 105 (89%) exames.

**Gráfico 2: Os 10 agentes causais mais frequentes (Todas as tipologias de UCC)**



**Tabela 12: Resistência aos AM (todas as tipologias de UCC)**

	Total de microrganismos isolados	Isolados com resultados conhecidos	Suscetível (S)	Resistente (R)		% R
	N	N	N	N	N	
<i>Staphylococcus spp.</i>	7	7	4	3		42.9%
<i>Enterococcus spp.</i>	4	4	3	1		25.0%
<b>Enterobacteriaceae:</b>				<b>Tipo 1</b>	<b>Tipo2</b>	
<i>Citrobacter spp.</i>	3	3	3	0	0	
<i>Escherichia coli</i>	36	35	27	7	1	
<i>Enterobacter spp.</i>	1	1	1	0	0	
<i>Klebsiella spp.</i>	21	21	9	11	1	
<i>Morganella spp.</i>	3	3	1	1	1	
<i>Proteus spp.</i>	14	14	12	0	2	
<i>Serratia spp.</i>	0	0				
<b>Subtotal de</b>	<b>78</b>	<b>77</b>	<b>53</b>	<b>19</b>	<b>5</b>	
<b>Enterobacteriaceae</b>				<b>24.7%</b>	<b>6.5%</b>	<b>31.2%</b>
<i>Pseudomonas spp.</i>	11	11	10	1	0	9.1%
<i>Acinetobacter spp.</i>	2	0				
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>99</b>	<b>70</b>	<b>29</b>		<b>29.3%</b>

Total de isolados=microrganismos que requerem registo de dados sobre resistências  
Isolados com resultados conhecidos=isolados com dados disponíveis sobre resistências

**Definição de "Resistência":**

Microrganismo	Padrão de Resistência
<i>Staphylococcus spp</i>	Resistente a Oxacilina (MRSA)
<i>Enterococcus spp.</i>	Resistente a Glicopéptidos (VRE)
<i>Enterobacteriaceae</i>	Typo 1: R-Cefas 3 <sup>ª</sup> G e sensível a Carbapenemes Typo 2: R-Cefas 3 <sup>ª</sup> G e R-Carbapenemes
<i>Pseudomonas e Acinetobacter spp</i>	R-Carbapenemes



## 10. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Pelo segundo ano consecutivo, realizou-se no país um estudo de prevalência de IACS e uso de antimicrobianos nas UCC. Em comparação com o estudo de 2012 (ENPICC), o número de unidades participantes e o número de residentes estudados foi substancialmente menor: 232 UCC e 5150 residentes em 2012, 143 e UCC 2 3043 residentes em 2013. A metodologia de colheita de dados foi semelhante.

Todas as tipologias foram convidadas a participar no estudo. Porque a classificação das UCC varia muito de país para país, para efeito de inclusão no relatório europeu, foram apenas incluídas as UCC classificadas como mistas o que, no caso de Portugal, corresponde às UCC de longa duração. Na análise a nível nacional, foram incluídas todas as tipologias pelo que não é possível fazer uma comparação com os resultados apresentados a nível europeu.

Cerca de metade (49,9%) das 143 UCC participantes eram unidades de Longa Duração, seguindo-se as unidades de Média Duração (29,3%); 17,4% eram unidades de Convalescença e 3, 4% unidades de Cuidados Paliativos.

Foram recebidos dados referentes a 3043 residentes, sendo 40,5% homens e 59,5% mulheres. Mais de metade (55,7%) dos residentes elegíveis, encontravam-se em UCC de longa duração, seguindo-se as unidades de média duração (28,3%). Estas duas tipologias representam 84% da população estudada.

A população estudada pode ser caracterizada como idosa, com limitações físicas e cognitivas importantes. Tal como no estudo nacional realizado em 2012, um número apreciável (cerca de 30%) dos residentes tinham feridas, sendo metade destas, úlceras de pressão. Estes fatores estão presentes em número particularmente elevado nas unidades de longa duração sendo indicadores importantes de carga de trabalho.

Em 317 residentes foi assinalada a presença de uma IACS, o que corresponde a uma prevalência de doentes com infeção de 10,4% (mediana 8,3 [0-80%]). Foi identificado um total de 344 infeções (prevalência de infeções de 11,3%).

Estes resultados não podem ser comparados diretamente com os de 2012 dado que foram introduzidas alterações nas definições de infeção urinárias sendo introduzida a possibilidade de classificação de infeção urinária “provável”. ***Se estas infeções urinárias prováveis forem retiradas do cálculo, a prevalência de infeções passaria para 8,1%, semelhante à observada em 2012 pelos critérios de McGeer.***

Observou-se um predomínio de infeções das vias urinárias, sendo 17,5% infeções confirmadas e 20% infeções prováveis. Seguiram-se as infeções da pele e tecidos moles (26,2%) e as infeções respiratórias (21,2%).

Do mesmo modo que no cálculo da prevalência, ***se forem retiradas as infeções urinárias prováveis, as infeções da pele e tecidos moles passam a ser as infeções mais frequentes, tal como em 2012, com uma frequência de 29,8%, seguindo-se as infeções do trato urinário com 21,8% e as infeções das vias respiratórias com 21,4%.***



Observou-se uma prescrição de 311 antimicrobianos em 289 residentes (prevalência de 9,5%) com uma média de 1,1 antimicrobianos por residente. Vinte e um residentes tinham uma prescrição de dois antimicrobianos e um residente estava a tomar três antimicrobianos. Os antimicrobianos foram maioritariamente prescritos pelo médico da unidade, tendo a prescrição sido hospitalar em 17% nos residentes e, por um especialista, em 16,7% dos casos. Estes resultados são semelhantes aos observados em 2012.

No que se refere à organização das atividades de prevenção e controlo das infeções e resistências aos antimicrobianos, é de salientar que, em cerca de um quinto das UCC não existia um profissional responsável por estas atividades.

#### **Recomendações:**

1. As UCC devem cumprir, sem demoras, o despacho que define a estrutura e a organização das atividades de prevenção e controlo das infeções e resistências aos antimicrobianos (Despacho 15423/2013).
2. Neste âmbito, as UCC devem, nomeadamente, implementar a campanha de precauções básicas de controlo de infeção e um programa de apoio à prescrição antibiótica.
3. Tendo em conta as taxas relativamente elevadas de prevalência de IACS, é imperioso desenvolver as boas práticas de prevenção de transmissão nomeadamente, em relação às infeções mais frequentes: urinárias e feridas crónicas.
4. A identificação de um número significativo de residentes com úlceras de pressão e outras feridas e, tendo sido a infeção da pele e tecidos moles e feridas a mais frequente, exige uma análise mais detalhada deste problema, para identificação dos fatores causais, a fim de se delinear estratégias de controlo.
4. As normas de orientação clínica do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência Antimicrobiana da DGS, em particular as referentes à prescrição de antimicrobianos, têm de ser cumpridas.
5. As direções das UCC e os Conselhos Diretivos das ARS devem ser vigilantes e impor a aplicação das recomendações anteriores.





Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa - Portugal  
Tel: +351 21 843 05 00  
Fax: +351 21 843 05 30  
E-mail: geral@dgs.pt