

1899-2013  
**113 anos**

Direção-Geral da Saúde  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



Ministério da Saúde

# **ESTUDO NACIONAL DE PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE E DO USO DE ANTIBIÓTICOS EM UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS**

**2012**

**Programa Nacional de Controlo de Infecção**

Administração Central  
**ACSS**  
do Sistema de Saúde

  
**CUIDADOS CONTINUADOS**  
Saúde e Apoio Social



Departamento da  
**Qualidade na Saúde**



**AUTORES:**

**Elaine Pina** – Coordenadora do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

Sílvia Martins – Estaticista, colaboradora do Núcleo Coordenador da Rede de Cuidados Continuados Integrados, ACSS-IP

Ana Girão – Médica, Núcleo Coordenador da Rede de Cuidados Continuados Integrados, ACSS-IP

**EQUIPA NACIONAL DE COORDENAÇÃO DO ENPICC**

**Coordenadora – Dra Elaine Pina (PNCI/DQS/DGS)**

**PNCI/DQS**

Enf.<sup>a</sup> Goreti Silva

Enf.<sup>a</sup> Elena Noriega

**Consultores da Divisão de Segurança do Doente/DQS**

Dr.<sup>a</sup> Cristina Costa

Dr.<sup>a</sup> Maria João Gaspar

**UMCCI**

Dr.<sup>a</sup> Ana Girão

Enf.<sup>a</sup> Irene Gustavo

Enf.<sup>a</sup> Maria João Girão

## RESUMO

Este é o primeiro estudo nacional de prevalência de infeção adquirida nas unidades de cuidados continuados (UCCI) e teve como objectivos, por um lado, descrever a organização, recursos e práticas de prevenção e controlo de infeção nas UCCI e, por outro, conhecer a prevalência de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) adquiridas nas UCCI e o uso de antimicrobianos. A participação foi voluntária. A recolha de dados foi manual sendo posteriormente inseridos numa aplicação disponibilizada para o efeito pela Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). A base de dados foi centralizada na UMCCI.

Foram estudados 5 150 residentes de 232 unidades de cuidados continuados, na grande maioria integradas na Rede (com a excepção de 5 UCCI da Região Autónoma da Madeira e 2 unidades de reabilitação do Algarve e do Alcoitão). Embora a população estudada abrangesse todas as tipologias, em 82,5% correspondeu a Unidades de longa duração e de média duração (51% e 31,5% respectivamente).

Cerca de um quinto (22%) dos residentes tinha mais de 85 anos. Em 72,1% verificou-se mobilidade diminuída, em 65,8% registou-se incontinência urinária e/ou fecal e 47,4% encontravam-se desorientados no espaço e/ou no tempo. Adicionalmente, 15,5% dos residentes estavam algaliados e, em 86,3% destes, a algália estava presente há mais de 3 meses. Em 15,4% registou-se a presença de úlceras de pressão e em 13,2% a presença de outro tipo de feridas.

Em 691 (13,4%) residentes observaram-se sinais e sintomas de infeção ou prescrição de antibióticos embora em alguns casos não correspondessem à presença de infeção ativa ou em tratamento. **A taxa de prevalência de infeção adquirida na UCCI foi de 8,1%.** Verificou-se um predomínio das infeções da pele, tecidos moles e feridas (35,6%) seguindo-se as infeções das vias respiratórias (25,1%) e infeções das vias urinárias (24,2%). Estas 3 infeções corresponderam a 85% das infeções detetadas.

Cerca de um em cada dez **(9,4%) dos residentes estava a receber antibióticos** no dia do estudo e destes, 5,5% estava a receber dois antibióticos. Na maioria dos casos (61%), o antibiótico foi prescrito na Unidade. Em 8% foi prescrito no hospital. Em mais de 90% das situações o antibiótico foi prescrito com fins terapêuticos.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS.IP	Aministração Central do Sistema de Saúde
CI	Controlo de Infecção
UCCI	Unidades de Cuidados Continuados Integrados
IACS	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
UMCCI	Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados
PNCI	Programa Nacional de controlo de Infecção
ENPICC	Estudo nacional de prevalência de infeção e uso de antimicrobianos nas unidades de cuidados continuados

## Índice

RESUMO.....	3
ANTECEDENTES.....	6
OBJECTIVOS DO ESTUDO NACIONAL DE PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS (ENPICC).....	7
MATERIAL E MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	8
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	16
CONCLUSÕES.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Média e mediana das lotações por tipologia.....	8
Tabela 2: Caracterização das unidades por titularidade e tipologia.....	8
Tabela 3: Distribuição de Fatores de Risco por Tipologia.....	9
Tabela 4: Atividades desenvolvidas pelas profissionais responsáveis pelo CI.....	11
Tabela 5: Fatores de Risco no total de residentes e nos residentes com sinais e sintomas e/ou antibióticos, por tipologia.....	13
Tabela 6: Distribuição de Sinais e Sintomas das Vias Urinárias e presença de infecção.....	13
Tabela 7: Os cinco antibióticos mais prescritos.....	15

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das atividades de coordenação por tipologia.....	10
Gráfico 2: Distribuição de residentes com sinais e sintomas e/ou a receber antibióticos.....	12
Gráfico 3: Distribuição das infecções por localização.....	14

## ANTECEDENTES

Devido ao envelhecimento da população, o número de pessoas idosas com necessidade de internamento em Unidades de Cuidados Continuados (UCCI) tem vindo a aumentar por toda a Europa. Para dar resposta a esta realidade, em Portugal foi instituída a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei 101/2006) e a Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) para coordenação e acompanhamento global do projecto. Integram a Rede unidades públicas e privadas, de tipologias diversas: unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção, unidades de convalescença e unidades de cuidados paliativos. A Rede integra unidades em Portugal Continental, havendo ainda algumas unidades que não integram a Rede.

As disfunções do sistema imunitário e as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento tornam os residentes nas UCCI mais vulneráveis a infeções e, por outro lado, a proximidade estreita e partilha social aumentam o risco de transmissão cruzada das infeções (Juthani-Mehta e Quagliarello, 2010). Acresce ainda que, 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 UCCI a fim de conhecer a realidade e identificar as prioridades para as intervenções de melhoria. No estudo piloto europeu (em que Portugal participou) realizado em 2010 foram estudados 64 mil residentes de 722 UCCI em 25 países. A tipologia foi muito diversa incluindo unidades de convalescença, cuidados de reabilitação, manutenção e lares de idosos (SUETENS, 2012). Para aderir a este projecto, a Direcção Geral da Saúde estabeleceu uma parceria com a UMCCI. O protocolo do estudo, os instrumentos de recolha de informação local e as definições de infeção foram traduzidos e validados para a realização do estudo em Portugal.

O estudo piloto nacional decorreu em 2010 em oito UCCI seleccionadas (amostra de conveniência) e os resultados foram objecto 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 UCCI de modo a confirmar os resultados do estudo piloto.

## OBJECTIVOS DO ESTUDO NACIONAL DE PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS (ENPICC)

- Descrever a organização, recursos e práticas de prevenção e controlo de infeção nas UCCI
- Conhecer a prevalência de IACS adquiridas nas UCCI e o uso de antimicrobianos

## MATERIAL E MÉTODOS

O estudo nacional de prevalência de infeção e uso de antimicrobianos nas unidades de cuidados continuados (ENPICC) foi coordenado pelo Programa Nacional de Controlo de Infeção em parceria com a Unidade de Missão de Cuidados Continuados e realizou-se entre 23 de maio de 8 de junho de 2012.

Foram organizadas acções de formação nas Administrações Regionais de Saúde para divulgação do protocolo incluindo as metodologias de organização do estudo e recolha de informação, seguido de exercícios práticos para comprovar o entendimento dos participantes. As acções de formação tiveram uma participação de 228 enfermeiros e 43 médicos de todas as UCCI integradas na rede e outras sete unidades não integradas na rede (duas Unidades de Reabilitação e cinco UCCI da Região Autónoma da Madeira).

O protocolo do HALT foi adoptado com pequenas alterações sugeridas pelos coordenadores nacionais e dos participantes nas acções de formação realizadas.

Os critérios de inclusão dos residentes foram os seguintes: viver em regime permanente na UCCI, residir na UCCI há pelo menos 24h e estar presente na unidade às oito horas da manhã no dia da realização do estudo.

Para definir a presença de infeção foram utilizados os critérios de McGeer (MCGEER et al, 1991) específicos para residentes em UCCI. Contudo, tal como para o projecto HALT, foi utilizado o seguinte critério adicional (McGeer modificado): a presença de infeção será registada se, mesmo não sendo cumpridos os critérios de McGeer, o médico assistente entender estar-se perante uma infeção e prescrever um antibiótico com fins terapêuticos.

A informação foi colhida por profissionais das próprias unidades através de dois questionários, que abordam os seguintes aspectos: Q1: caracterização da instituição no que respeita os cuidados médicos e coordenação e práticas de controlo de infeção em cada UCCI, caracterização geral dos residentes que cumpriam os critérios de inclusão. Q2: Os residentes em que se detectou sinais ou sintomas de presença de infeção adquirida na UCCI ou em que houve utilização de antimicrobianos foram objecto de análise mais detalhada.

Os dados foram recolhidos preferencialmente num só dia dentro do período definido para o estudo. A colheita de dados foi manual sendo os mesmos introduzidos numa base de dados disponibilizada para o efeito. A recolha dos dados foi centralizada na UMCCI tendo sido analisados para verificar campos incompletos, incongruências, etc. antes de serem incluídos na base de dados global. Para validação do registo foi solicitado a repetição da recolha em 10% de fichas, seleccionadas de forma aleatória.

## RESULTADOS

### 1. Caracterização das unidades por titularidade e tipologia

Participaram no estudo um total de 225 unidades da rede e outras sete unidades (Região da Madeira, H. do Alcoitão e Unidade de Reabilitação do Algarve). As UCCI da Região dos Açores não participaram no estudo. A taxa de participação das UCCI que integram a Rede foi de 86,6%. Salienta-se que não se conhece o total de unidades de cuidados continuados que não estão integrados na Rede.

De um modo geral trata-se de unidades pequenas como pode ser observado na Tabela 1.

**Tabela 1:** Média e mediana das lotações por tipologia

	Média de camas	Mediana de camas
<b>TIPOLOGIA</b>		
Unidades de Convalescença	20	19
U Média Duração	24	21
U Longa Duração	27	23
U Cuidados Paliativos	11	8

Das UCCI participantes, 33 são públicas sendo as restantes privadas com e sem fins lucrativos. Das 28 unidades públicas que integram a rede, 18 são unidades de convalescença e 10 unidades de paliativos, todas elas ligadas à rede hospitalar. As cinco unidades públicas não incluídas na Rede correspondem à Região Autónoma da Madeira, sendo quatro de longa duração e uma de convalescença.

Como se pode observar na Tabela 2, a grande maioria (82,5%) dos residentes incluídos encontravam-se em UCCI de média e longa duração.

**Tabela 2:** Caracterização das unidades por titularidade e tipologia

Categoria	Nº Unidades/total % de participação	Totais utentes estudados	% do total da amostra
<b>Titularidade</b>			
Pública	33	723	14%
Privada	199	4427	86%
<b>Tipologia</b>			
Convalescença	41/47 - 87,2%	755	14,7%
Média duração	70/85 - 82,3%	1621	31,5%
Longa duração	106/125 - 84,8%	2630	51,0%
Paliativos	15/18 - 83,3%	144	2,8%
<b>Total</b>	<b>232 (275)</b>	<b>5150</b>	<b>100%</b>

### 2. Caracterização dos residentes

Foram incluídos 5 150 residentes correspondendo a 94% do total de camas disponíveis nas UCCI participantes.

Do total de residentes, 135 não foram incluídos por estarem hospitalizados. Dos 5 150 residentes que cumpriam os critérios de inclusão, 41,7% eram homens e 58,3% mulheres. Cerca de um quinto (22,1%) tinham mais de 85 anos de idade.



Dos fatores de risco registados, em 72,1% verificou-se mobilidade diminuída, em 65,8% registou-se incontinência urinária e/ou fecal e 47,4% encontravam-se desorientados no espaço e/ou no tempo. Adicionalmente, 15,5% dos residentes estavam algaliados, sendo que, em 86,3% destes, a algália estava presente há mais de 3 meses. Em 15,4% registou-se a presença de úlceras de pressão e em 13,2% a presença de outro tipo de feridas. A Tabela 3 apresenta a distribuição dos fatores de risco por tipologia.

**Tabela 3: Distribuição de Fatores de Risco por Tipologia**

	<b>Convalescença</b>	<b>Média Duração</b>	<b>Longa Duração</b>	<b>Paliativos</b>
<b>Cateter urinário</b>	50 (6,6%) (70% > 3meses)	244 (15,1%) (85% > 3meses)	469 (17,8%) (90% > 3 meses)	38 (26,4%) (60% > 3meses)
<b>Cateter vascular</b>	18 (2,4%)	22 (1,2%)	50 (1,9%)	17 (11,8%)
<b>Úlcera de pressão</b>	68 (9,0%)	253 (15,6%)	446 (17%)	28 (19,4%)
<b>Outras feridas</b>	153 (20,3%)	198 (12,2%)	296 (11,2%)	35 (24,3%)
<b>Desorientação</b>	193 (25,6%)	584 (36%)	1599 (60,8%)	65 (45,1%)
<b>Mobilidade reduzida</b>	316 (41,8%)	1096 (67,6%)	2204 (83,8%)	98 (68%)
<b>Incontinência urinária/fecal</b>	249 (33%)	855 (52,7%)	2206 (83,9%)	79 (54,9%)
<b>Cirurgia últimos 30dias</b>	157 (20,8%)	35 (2,1%)	23 (0,9%)	7 (4,9%)

### 3. Cuidados médicos e Coordenação

Globalmente, os cuidados médicos são prestados pela equipa médica de cada UCCI. O médico coordenador é um elemento designado dentro da equipa médica e dedica uma média de 29 horas/mês à coordenação, com uma variação entre três e 160 horas, sendo a mediana de 20 horas. Quarenta e uma UCCI não responderam a esta pergunta. Como seria de esperar observam-se variações significativas de actividades de coordenação por tipologia.

Todas as unidades têm continuidade nos cuidados de enfermagem (24/24h).

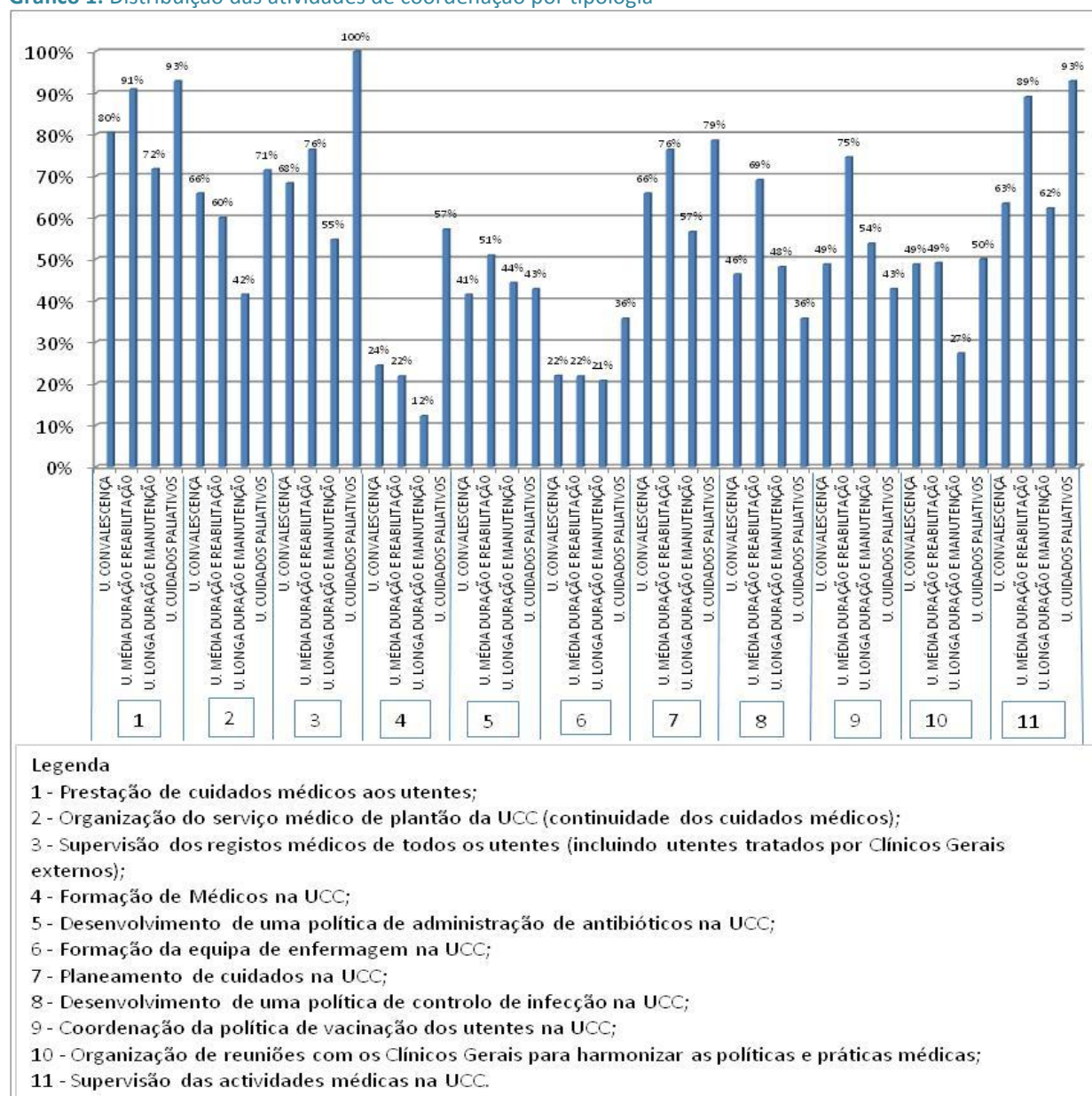
As actividades de coordenação executadas mais referidas foram a prestação de cuidados aos residentes, a supervisão das actividades médicas da UCCI, a supervisão dos registos médicos dos residentes e o planeamento das actividades médicas.

As actividades de coordenação menos referidas foram a formação dos profissionais (médicos e enfermeiros), o desenvolvimento de uma política de controlo de infeção, o desenvolvimento de uma política de antibióticos e a organização de reuniões clínicas.

Observam-se diferenças nas actividades desenvolvidas por tipologia como p.ex. no planeamento de cuidados, formação de médicos e na organização de reuniões clínicas menos frequentes nas UCCI de longa duração.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição das actividades de coordenação por tipologia.

**Gráfico 1: Distribuição das atividades de coordenação por tipologia**



#### 4. Organização e Práticas de controlo de infeção na UCCI

##### a. Organização do Controlo de Infeção

Em 89,7% das unidades existe um profissional designado para a área de controlo de infeção (CI). Quase todos os coordenadores médicos exercem na unidade (apenas 5% refere um profissional externo). Em 55,7% trata-se da responsabilidade conjunta de um médico e um enfermeiro, em 40,9% de um enfermeiro e em 3,4% de um médico. Em 67,5% das UCCI o médico é da área de Clínica Geral e Familiar. Das 22 unidades em que não está designado um profissional especificamente para esta área, 12 são unidades de longa duração, cinco unidades de média duração, quatro unidades de convalescença, e duas unidades de paliativos.

Em 73,3% das unidades está nomeada uma comissão de controlo de infeção. No ano de 2011 as CCI reuniram-se em média 3 vezes. Em 64,2% dos casos as unidades têm acesso a pareceres de

especialistas de controlo de infeção. Nesta matéria, não se observam diferenças apreciáveis por titularidade ou por tipologia.

#### **b. Atividades desenvolvidas pelas profissionais responsáveis pelo CI.**

As actividades mais referidas incluem a promoção da higiene das mãos, vacinação sazonal aos residentes e supervisão da desinfeção e esterilização dos dispositivos médicos; as menos referidas dizem respeito às actividades de vigilância epidemiológica de resultados e de processo e a formação da equipa médica (Tabela 4).

**Tabela 4:** Atividades desenvolvidas pelas profissionais responsáveis pelo CI.

<b>Formação</b>	
Formação de enfermeiros e paramédicos	75,0%
Formação de equipa médica	26,7%
<b>Vigilância Epidemiológica, organização, controlo e divulgação da informação</b>	
Decisão de isolamento e precauções adicionais	82,8%
Registo de residentes colonizados com MMR	62,0%
Auditorias às políticas e procedimentos	53,0%
Divulgação de relatórios de VE	43,5%
<b>Desenvolvimento de protocolos escritos</b>	
Higiene das mãos	93,8%
Gestão de cateteres urinários	72,8%
Gestão de cateteres vasculares	55,2%
Gestão de alimentação entérica	42,7%
Gestão de portadores de MRSA	32,3%
<b>Outras atividades</b>	
Supervisão da desinfeção e esterilização de DM	79,3%
Vacinação da gripe sazonal aos residentes	91,8%
Desenvolvimento de protocolos de atendimento	48,4%

#### **c. Atividades específicas na área da Higiene das mãos**

Em 93,1% há organização, controlo e divulgação da informação sobre higiene das mãos e em 77,2% foi realizada formação específica para todos os profissionais.

A solução antiséptica de base alcoólica é utilizada em praticamente todas as unidades (98,7%) assim como o sabão líquido (90,5%). Em 16,7% utiliza-se o sabão em barra e em 4,3% existem toalhetes com solução alcoólica.

### **5. Política de utilização de antimicrobianos**

Apenas 11,2% das unidades referem ter uma Comissão de Antibióticos. Cerca de dois terços (60,8%) das unidades dispõem de uma lista de antimicrobianos restritos. Esta lista inclui maioritariamente glicopéptidos e carbapenemes, seguindo-se a mupirocina e as cefalosporinas de 3ª geração.

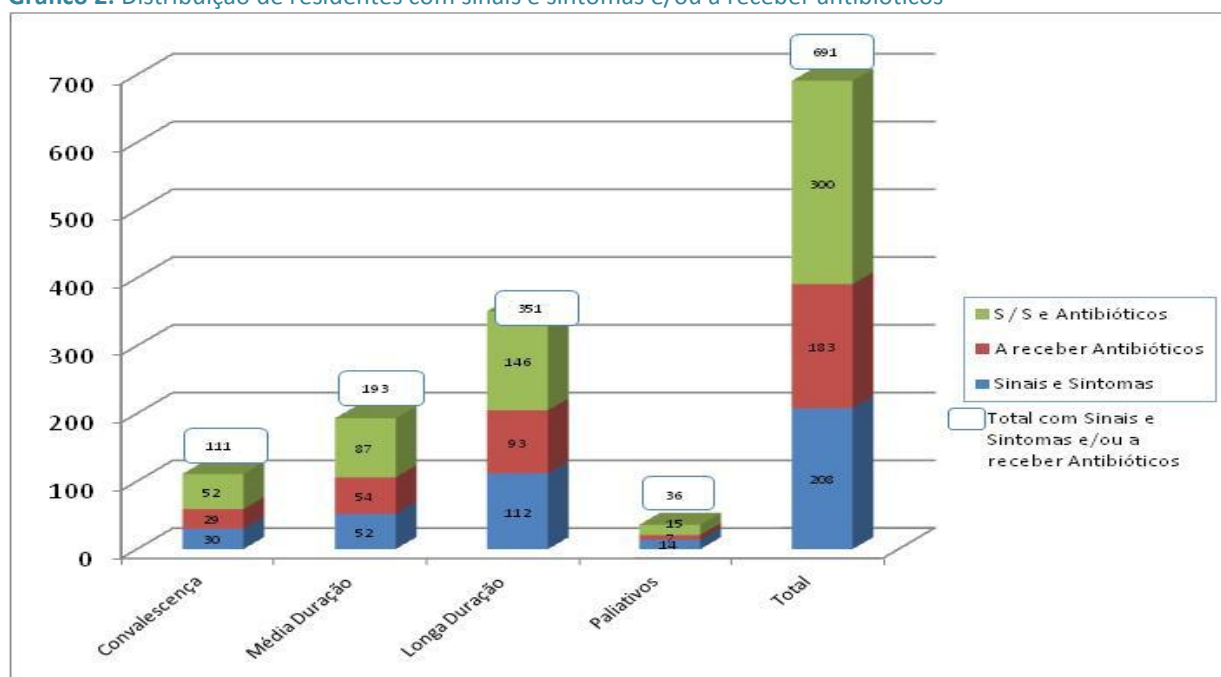
Em 28% existe um programa de vigilância de consumo de antibióticos com informação de retorno aos clínicos e em 19% existe um programa de vigilância de microrganismos multirresistentes. Estas 19% de unidades correspondem a 27 unidades de longa duração, 19 de média duração, oito de convalescença e sete de cuidados paliativos.

Em cerca de um terço das unidades existem orientações escritas para tratamento de infeções das vias respiratórias (33,2%), infeções das vias urinárias (37,5%) e infeções da pele e tecidos moles (38,4%).

## 6. Residentes com sinais/sintomas de infeção ou a receber antibióticos

Dos 5 150 residentes estudados, 691 apresentavam sinais e sintomas e/ou estavam a tomar antibióticos (Gráfico 2). Destes, 15,6% encontravam-se na UCCI há mais de um ano. A idade média deste grupo de residentes foi de 74 anos (min. 13 – max. 99). Um número significativo (49%) tinha estado internado nos últimos três meses com a seguinte distribuição por tipologia: unidades de convalescença – 83,8%; unidades de média duração – 54,7%; unidades de longa duração – 24,2%; cuidados paliativos - 77,8%.

**Gráfico 2:** Distribuição de residentes com sinais e sintomas e/ou a receber antibióticos



No que se refere aos fatores de risco para a aquisição de infeção também se observam variações significativas e que se prendem com a tipologia. A título de exemplo, um quinto dos residentes nas unidades de convalescença foi submetido a cirurgia nos últimos 30 dias, enquanto nas unidades de longa duração este item representa apenas 0,9% dos residentes. Por outro lado os residentes das unidades de longa duração caracterizam-se por uma mobilidade reduzida em mais de 80% e uma desorientação no tempo e no espaço em mais de 60%. Os fatores de risco por tipologia são apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5:** Fatores de Risco no total de residentes e nos residentes com sinais e sintomas e/ou antibióticos, por tipologia

Fator	Convalescença		Média Duração		Longa Duração		Paliativos	
	Total	S / S	Total	S / S	Total	S / S	Total	S / S
<b>Cateter vascular</b>	18 (2,4%)	13 (11,7%)	22 (1,2%)	11 (5,6%)	50 (1,9%)	30 (6,7%)	17 (11,8%)	6 (16,7%)
<b>Úlcera de pressão</b>	68 (9,0%)	24 (21,6%)	253 (15,6%)	69 (36,9%)	446 (17%)	116 (25,7%)	28 (19,4%)	13 (36,1%)
<b>Outras feridas</b>	153 (20,3%)	34 (30,6%)	198 (12,2%)	49 (25,7%)	296 (11,2%)	71 (15,7%)	35 (24,3%)	16 (44,4%)
<b>Desorientação</b>	193 (25,6%)	40 (36,0%)	584 (36%)	86 (46,8%)	1599 (60,8%)	220 (48,7%)	65 (45,1%)	19 (52,8%)
<b>Mobilidade reduzida</b>	316 (41,8%)	72 (64,9%)	1096 (67,6%)	164 (84,9%)	2204 (83,8%)	312 (88,8%)	98 (68%)	26 (72,2%)
<b>Incontinência urinária/fecal</b>	249 (33%)	63 (56,8%)	855 (52,7%)	139 (72,6%)	2206 (83,9%)	316 (70,0%)	79 (54,9%)	23 (63,9%)
<b>Cirurgia últimos 30 dias</b>	157 (20,8%)	26 (23,4%)	35 (2,1%)	8 (4,4%)	23 (0,9%)	9 (2%)	7 (4,9%)	3 (8,3%)

A presença de sinais e sintomas das vias urinárias foi a mais frequente (30,7%) seguindo-se a pele e tecidos moles (27,3%) e as vias respiratórias inferiores (24,4%). Estas três localizações representam mais de 80% do total de residentes identificados. A presença de sinais e sintomas nem sempre cumprem os critérios que definem a presença de infeção. Apresenta-se em seguida a distribuição dos sinais e sintomas/prescrição de antibióticos e a prevalência de infeção por localização de infeção.

#### Infeção das vias urinárias

Apesar de se terem registado 155 residentes como tendo sinais e sintomas de infeção, apenas em 71,6% se cumprem os critérios de McGeer para confirmar a presença de infeção. Se se incluir os residentes que, apesar de não cumprirem os critérios de McGeer, foram medicados pelo médico com antibióticos com intenção terapêutica, isto corresponde a 72,2 % dos residentes com sinais e sintomas das vias urinárias, como pode ser observado na Tabela 6.

**Tabela 6:** Distribuição de Sinais e Sintomas das Vias Urinárias e presença de infeção

	Presença de Sinais e Sintomas	Cumprem Critérios McGeer	Diagnóstico do médico
<b>Não algaliado</b>	<b>95</b>	<b>53</b>	<b>+9 (62)</b>
<b>Algaliado</b>	<b>60</b>	<b>48</b>	<b>+2 (50)</b>
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>101 – 71,6%</b>	<b>+11 (112) – 72,2%</b>

### Infeção da Pele, Tecidos Moles e Feridas

Dos 139 residentes que apresentavam sinais e sintomas da pele, tecidos moles e feridas, 130 (93,5%) cumpriam os critérios de McGeer para determinar a presença de infeção. Se se incluir os quatro residentes em que o médico prescreveu um antibiótico para fins terapêuticos apesar de não se verificarem os critérios de McGeer, o número de residentes com infeção de pele e tecidos moles representa 96,4% daqueles que apresentavam sinais e sintomas nesta localização.

Para além dessas infeções foram identificadas 13 residentes com infeções fúngicas cutâneas, três residentes com sarna e outros três com Herpes.

### Infeções das vias respiratórias

Em 109 residentes foram identificados sinais e sintomas das vias respiratórias inferiores. Destes, 15 tinham uma radiografia que foi considerada compatível com o diagnóstico de pneumonia. Um deles não cumpria os critérios de McGeer que estabelece que as alterações radiográficas devem ser acompanhadas de outros dois sinais ou sintomas, mas o médico assistente prescreveu um antibiótico para fins terapêuticos.

Nos restantes 94 residentes identificaram-se sinais e sintomas das vias respiratórias inferiores. Em 79 (84,9%) destes cumpriam-se os critérios de McGeer e, para além disso, em mais 11, o médico assistente entendeu estar-se em presença de infeção, tendo prescrito antibióticos para fins terapêuticos.

Adicionalmente foram identificados nove residentes com síndrome gripal e três com estado gripal, todos cumprindo os critérios de McGeer.

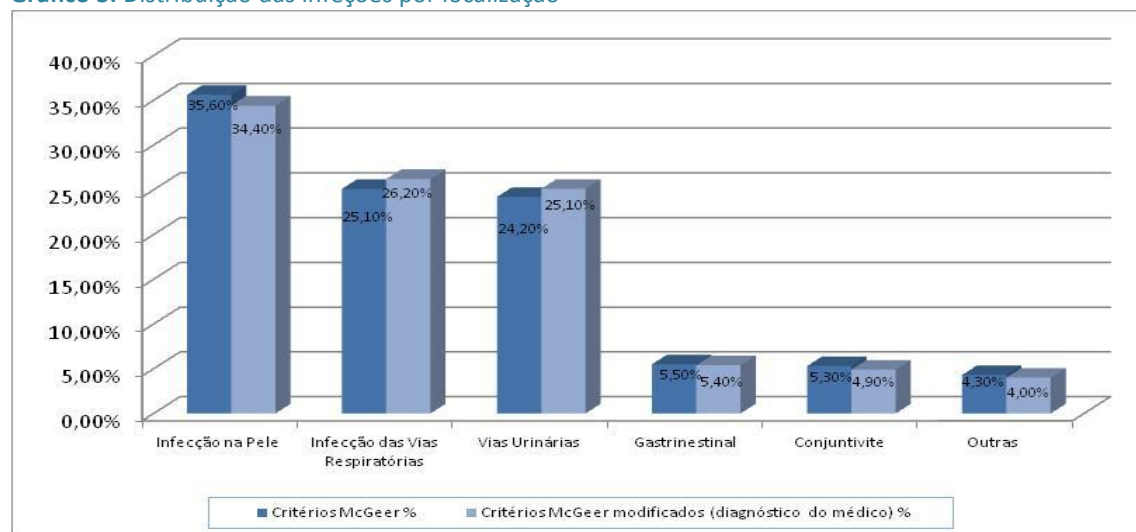
### Infeções Gastrointestinais

Dos 24 casos em que foram identificados sinais e sintomas de infeção gastrointestinal apenas um não cumpria os critérios de McGeer.

### Outras infeções

Foram identificadas 22 conjuntivites, 5 otites, 6 infeções peri-orais ou da boca, uma infeção primária da corrente sanguínea e 6 situações de episódio febril inexplicado. Todas cumpriam os critérios de McGeer.

**Gráfico 3: Distribuição das infeções por localização**



## Taxa de prevalência de Infecção adquirida na UCCI

Em 418 residentes confirmou-se a presença de infecção pelos critérios de McGeer o que representa uma **prevalência de infecção de 8,1%**. Se se aplicarem os critérios de McGeer modificados em que, apesar de não cumprir os critérios, o médico assistente prescreve um antibiótico porque considera estar-se em presença de infecção (o que se verificou em 26 residentes), a taxa de prevalência sobe para 8,6%.

## Prescrição de antibióticos

Diagnóstico de infecção: Antes da prescrição de antibióticos na suspeita de infecção urinária, em 25,8% das situações foi feito um teste à urina com tiras reagentes. Em vinte e cinco residentes a resposta foi omissa. Em 37,5% das suspeitas de infecção foi solicitado exame cultural. Os agentes predominantes e correspondendo a cerca de 70% dos microrganismos isolados foram, por ordem de frequência: *E. coli* (39,5%), *Klebsiella* sp. (10%), *Proteus mirabilis* (9,5%), *Pseudomonas aeruginosa* (6,3%) e *Staphylococcus aureus* (5,8%).

Cerca de um em cada dez (9,4%) dos residentes estava a receber antibióticos no dia do estudo e destes, 5,5% estava a receber dois antibióticos. Na maioria dos casos (61%), o antibiótico foi prescrito na Unidade. Em 8% foi prescrito no Hospital.

Em mais de 90% das situações o antibiótico foi prescrito com fins terapêuticos. Contudo em cerca de 10% dos residentes com sinais e sintomas das vias urinárias, 4,3% dos com sinais e sintomas das vias respiratórias e 2,8% com sinais e sintomas da pele, tecidos moles e feridas, o antibiótico foi prescrito com indicação profiláctica. Na Tabela 7 apresenta-se os cinco antibióticos mais prescritos correspondendo a cerca de metade (52,7%) das prescrições.

**Tabela 7:** Os cinco antibióticos mais prescritos

Antibiótico	Nº de prescrições (%)
Amoxicilina+ácido clavulânico	103 (19,6%)
Ciprofloxacina	91 (17,3%)
Nitrofurantoína	32 (6,1%)
Levofloxacina	31 (5,9%)
Cotrimoxazol	20 (3,8%)



## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo aborda pela primeira vez, no nosso país, a organização do controlo e infeção e política de antibióticos a nível dos cuidados continuados e a prevalência de IACS adquiridas nas UCCI.

Embora as tipologias não sejam homogêneas no que se refere à população de estudo, os residentes das UCCI caracterizam-se como idosos que apresentam, em número significativo, mobilidade reduzida, incontinência, desorientação, associadas a uma prevalência apreciável de residentes com feridas e algaliados, o que representa uma carga de trabalho significativa e um risco acrescido de infeção.

Do ponto de vista organizacional, verifica-se que a grande maioria das UCCI tem uma abordagem activa no que se refere à prevenção da transmissão cruzada da infeção estando um médico e/ou enfermeiro incumbido dessa função. Contudo, a taxa de prevalência observada requer uma abordagem mais intensiva no que se refere à vigilância epidemiológica, a fim de identificar melhor os fatores causais. Isto contrasta com as práticas no uso apropriado de antibióticos onde parece haver uma intervenção reduzida. Apesar da DGS ter emanado normas para o tratamento de infeções urinárias e infeções das vias respiratórias, apenas cerca de um terço das UCCI referem ter normas escritas para essas situações.

Outra lacuna significativa parece ser a formação dos clínicos.

No estudo piloto da ECDC cerca de 4% dos residentes apresentavam sinais e sintomas de infeção sendo as infeções mais frequentes as respiratórias (33,6%), seguindo-se as urinárias (22,3%), pele e tecidos moles (21,4%), conjuntivites (8%) e infeções gastrintestinais (4,%) e a taxa de prevalência foi de 2,4% (SUETENS, 2012). As taxas de prevalência identificadas noutros países europeus são variáveis: 6,6 a 7,6% na Noruega (ERIKSEN *et al* 2004), 8,4% na Itália (MORO *et al* 2007), 9,3% na Escócia (MULLINGS *et al*, 2011) 4,3% na Alemanha (HEUDORF *et al*, 2012). As diferenças observadas podem estar relacionadas com a tipologia das unidades, com um maior ou menor número de lares incluídos na amostra e a metodologia de recolha de dados (STEVENSON *et al*, 2005).

Em Portugal a prevalência global de infeção adquirida na Unidade foi de 8,1%. Contrariamente ao que se verifica no estudo do ECDC e nos restantes países referidos, onde as infeções predominantes são as das vias respiratórias e urinárias, **no nosso estudo observa-se um número elevado de residentes com feridas sendo a infeção da pele e tecidos moles e feridas a infeção mais frequente**, correspondendo a mais de um terço das infeções identificadas.

O diagnóstico de presença de infeção é difícil já que não é exequível o recurso a exames complementares (laboratório, Raios X) na maioria das situações. As definições propostas por McGeer e colaboradores foram validadas no Canadá onde as práticas diferem das verificadas a nível europeu. Entre nós, observa-se alguma dificuldade no diagnóstico de infeção urinária o que pode estar relacionado com o número significativo de residentes com algaliação de longa duração. Este é um dado importante porque, para além da dificuldade de diagnóstico, trata-se de infeções que são muito difíceis de prevenir. Em menor grau verifica-se também dificuldade no diagnóstico das infeções das vias respiratórias.

No que se refere ao uso de antibióticos a prevalência observada de 9,4% não se afasta muito do observado noutros países (Irlanda 10,2%; Escócia 12%) e no estudo europeu realizado em 2009 (MCCLEAN *et al*, 2011) que encontrou uma prevalência média de 6,5%, tendo-se observado diferenças significativas entre países (mínimo 1,4% na Alemanha e máximo 19,4% na Irlanda do Norte) e mesmo entre unidades do mesmo país. Estas variações prendem-se em parte com a tipologia. Apesar do uso



apreciável de antibióticos, ao contrário do que se verifica noutros países, o uso profilático de antibióticos foi relativamente baixo no nosso país.

## CONCLUSÕES

- A identificação de um número significativo de residentes com úlceras de pressão e outras feridas e, tendo sido a infeção da pele, 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
- Identifica-se uma necessidade de formação dos clínicos no diagnóstico e tratamento das infeções
- É importante que se concretize o Manual de Boas Práticas previsto no plano de actividades do PNCI e para o qual foi estabelecido um grupo de trabalho em parceria com a UMCCI (agora integrado na ACSS.IP – núcleo coordenador da Rede de Cuidados Continuados Integrados) e a União das Misericórdias Portuguesas.

Tendo em consideração a pequena dimensão da maioria das UCCI e o número de horas atribuídas ao trabalho médico e de enfermagem, não parece razoável a criação de comissões de controlo de infeção e de antibióticos. Será necessário conceber formas de promover as boas práticas através de apoio e consultoria a outro nível.

Por outro lado, considerando a longa permanência da maioria dos residentes, é necessário que as recomendações de prevenção e controlo de infeção concebidas a nível hospitalar, nomeadamente as que dizem respeito às estruturas e ao isolamento, sejam ajustadas de modo a garantir um ambiente seguro sem transformar as unidades em réplicas hospitalares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Eriksen HM, Iversen BG, Aavitsland P. Prevalence of nosocomial infections and use of antibiotics in long-term care facilities in Norway, 2002 and 2003. *J Hosp Infect* 2004; 57:316e320

Heudorf U, Boehlcke K, Schade M. Healthcare-associated infections in long-term care facilities (HALT) in Frankfurt am Main, Germany, January to March 2011 *Eurosurveillance*, 30 August 2012; 17 (35).

Juthani-Mehta M e Quagliarello VJ. Infectious Diseases in the Nursing Home Setting: Challenges and Opportunities for Clinical Investigation. *Clinical Infectious Diseases* 2010; 51: 931-936

McGeer A, Campbell B, Emori TG, et al. Definitions of infection for surveillance in long-term care facilities. *Am J Infect Control* 1991;19:1e7.

Moro ML, Mongardi M, Marchi M, Taroni F. Prevalence of long-term care acquired infections in nursing and residential homes in the Emilia Romagna Region. *Infection* 2007;35:250e255.

Mullings A, Murdock F, MacKenzie A, Cairns S, Reilly J. Healthcare associated infection in care homes for older people in Scotland: results from a pilot survey. *J Infect Prevention* 2011;12:26e30.

Stevenson KB, Moore J, Colwell H, Sleeper B. Standardized infection surveillance in long-term care: interfacility comparisons from a regional cohort of facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005;26:231e238.

Suetens C. Editorial. Healthcare-associated infections in European long-term care facilities: how big is the challenge? *Eurosurveillance*, Volume 17, Issue 35, 30 August 2012