

**REFERENCIAL N.º 1/2022 (Rev.):** Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA). Transferência de utentes entre Unidades de Saúde, Domicílio, Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ou outras instituições equiparadas.

**DE:** Grupo de Coordenação Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (GCR PPCIRA-LVT)

**PARA:** Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (GCL PPCIRA-LVT), Equipas Coordenadoras Locais (ECL) e Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados (ECCL) e Unidades de Saúde Pública (USP) dos ACES.

## Enquadramento

Os *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) são bactérias encontradas na pele (normalmente nas axilas e períneo) e nas fossas nasais humanas onde, frequentemente, se comportam de forma discreta, sendo que, enquanto agentes colonizantes, contribuem para a transmissão cruzada de infeções entre pessoas.

A quebra de integridade cutânea ou mucosa em doentes colonizados, especialmente se efetuada sem a devida assepsia, aumenta o risco de infeções, as quais podem ter apresentação clínica e gravidade muito diversas. Os *S. aureus* são dos microrganismos mais frequentemente implicados nas Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Ao longo dos anos, o *S. aureus* foi apresentando um padrão de resistência antibiótica crescente: à penicilina (1944), à qual se seguiram muitas outras, sendo as primeiras estirpes resistentes à meticilina (***Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina - MRSA**) descritas em 1961. Desde então, o MRSA tem sido um dos principais agentes responsáveis por diversas infeções: pele e tecidos moles, abscessos profundos, osteomielite, artrite séptica, pneumonia, endocardite, entre outras.

Segundo dados reportados pelo ECDC, no âmbito da Rede Europeia *EARS-Net*, o *S. aureus* surge em segundo lugar entre as estirpes bacterianas mais identificadas (17,3%), logo atrás da *E. coli* (38,4%) e à frente da *K. pneumoniae* (14,9%). Em 2020, dez dos 40 países (25%) apresentavam taxas de MRSA superiores a 25% (Bielorrússia, Croácia, Chipre, Grécia, Itália, Macedônia do Norte, **Portugal**, Roménia, Servia e Turquia).

A **colonização** é a identificação de uma bactéria potencialmente patogénica sem que esteja associada a resposta inflamatória ou infeção ativa e, por isso, **não** tem necessidade de tratamento com antibiótico, o qual, pode contribuir para a emergência de estirpes multirresistentes e novas colonizações. A colonização não constitui por si só um fator de agravamento da situação clínica.

Pelo contrário, uma **infecção** resulta da presença de resposta local ou sistémica à presença de uma bactéria, requerendo, **sim**, tratamento com antibiótico.

A colonização não deve constituir impedimento para a alta hospitalar, seja para o domicílio, para uma UCCI, para Cuidados Paliativos, ERPI ou outra instituição equiparada. O contacto com utentes colonizados não representa um risco para outros utentes ou cuidadores saudáveis. Em todos os momentos de transição de cuidados, nomeadamente quando da alta hospitalar, a **colonização por MRSA deve ser adequadamente registada nos documentos de transferência ou alta** e, devidamente comunicada pelo hospital ao GCL PPCIRA da unidade recetora ou ao ACES da área geográfica do local de residência do utente, consoante o contexto de destino.

### Prioridades e Procedimentos

As UCCI e as respostas sociais existentes na comunidade - ERPI ou outras instituições equiparadas, à data do acolhimento de um utente colonizado por MRSA transferido de uma Unidade Hospitalar deverão adotar os procedimentos de acordo com as seguintes prioridades:

1. **Realizar um Inquérito Epidemiológico de Admissão (IEA)** o qual deve ser incluído num questionário mais vasto de avaliação do risco de colonização ou infeção:
  - 1.1. Foi transferido de unidade hospitalar (hospital, UCCI, ERPI, etc.) onde esteve internado pelo menos 3 dias nos últimos 6 meses?
  - 1.2. Tem história de infeção ou colonização prévia (últimos 6 meses) por MRSA?
  - 1.3. Realizou diálise ou procedimento hospitalar invasivo (mesmo sem internamento) nos últimos 6 meses?
  - 1.4. Identifica-se a presença de estomas, dispositivos invasivos ou de feridas crónicas?
2. **Reforçar as precauções básicas de controlo da infeção** de modo a assegurar:
  - 2.1. Uso apropriado do **Equipamento de Proteção Individual (EPI)** por cuidadores e profissionais: luvas e aventais/batas de uso único, máscara cirúrgica, se existir risco de salpicos de secreções ou fluidos na prestação de cuidados de saúde ou de higiene;
  - 2.2. **Higiene das mãos:** o utente e os seus cuidadores devem higienizar as mãos (lavagem com água e sabão ou uso de uma solução antisséptica de base alcoólica, se aplicável) (1) antes do contacto com o utente, (2) antes de procedimentos assépticos, (3) após risco de exposição a fluidos orgânicos, (4) após contacto com o utente, (5) após contacto com o ambiente envolvente do utente;
    - 2.2.1. Prestar especial atenção à higiene das mãos sempre que usar a casa de banho, quando trocar a fralda, tocar em feridas exsudativas ou em dispositivos médicos, como por exemplo algália;

- 2.3. **Colocação do utente** em quarto individual (idealmente) ou com outros utentes portadores de situação semelhante;
- 2.4. Providenciar uma **casa de banho** de uso individual, se o utente for autónomo e, sempre que possível;
- 2.5. Na **prestação de cuidados** utilizar, sempre que possível, material individualizado;
- 2.6. Os **dispositivos médicos partilhados** (tesouras, estetoscópios, termómetros, manguito de esfigmomanómetro, entre outros) após utilização devem ser descontaminados, de acordo com o nível de risco – crítico, semicrítico e não crítico ou as indicações do fabricante;
- 2.7. Os **resíduos hospitalares** de risco biológico devem ser depositados num saco de plástico branco do Grupo III, não devem exceder 2/3 da sua capacidade e ser fechado de imediato;
- 2.8. A **higiene corporal** do utente deve ser mantida bem cuidada;
- 2.9. A **roupa** do utente colonizado, lençóis e toalhas de banho devem ser lavadas com frequência a temperatura superior a 60.ºC;
- 2.10. A **loija** do utente colonizado não necessita de tratamento especial;
- 2.11. A **higienização ambiental**, nomeadamente a limpeza do quarto e da casa de banho do utente, bem como as superfícies de toque frequente, deve ser reforçada;
- 2.12. O **utente colonizado**, depois de fazer a descolonização, pode frequentar salas de convívio, ginásio e outras áreas sociais desde que não apresente feridas exsudativas e os espaços sejam higienizados de seguida;
- 2.13. A **restrição da mobilidade** dos utentes apenas deve ser considerada em caso de surtos;
- 2.14. A **condição de portador** pode manter-se até pelo menos 6 meses após o contacto inicial;
- 2.15. As **visitas** devem cumprir as boas práticas de higienização das mãos.

## Descolonização

A descolonização consiste num conjunto de procedimentos que visam reduzir a carga bacteriana colonizante. Aplica-se aos utentes colonizados e com rastreio positivo para MRSA. Sempre que possível, os utentes identificados com MRSA positivo no hospital, devem iniciar o protocolo de descolonização ainda na Unidade de Saúde, não devendo, contudo, ser um impeditivo da alta.

O Protocolo de descolonização consiste no seguinte:

1. Aplicação de pomada nasal de mupirocina a 2%, três (3) vezes por dia, em ambas as narinas, durante cinco (5) dias;
2. Banho diário com toalhetes ou esponjas de clorexidina a 2% durante esse período.

## Rastreios

Em caso de surto ou na admissão de utentes de risco numa UCCI, ERPI ou outra instituição equiparada, os rastreios podem estar recomendados na medida em que permitem a procura ativa de microrganismos colonizantes (MRSA, bactérias resistentes aos carbapenemos, etc.).

### **Rastreio de utente colonizado, suspeito ou portadores de MRSA:**

1. Isolamento de contactos e rastreio de MRSA;
  - 1.1. Rastreio de MRSA – POSITIVO:
    - 1.1.1. Mantém isolamento (físico e social) de contactos;
    - 1.1.2. Realiza o 1.º protocolo de descolonização:
      - 1.1.2.1. Mantém POSITIVIDADE - repete no máximo 3 rastreios;
        - ao 7.º dia: repete zaragatoa nasal – Se POSITIVO, repete protocolo de descolonização e mantém isolamento de contactos;
        - ao 14.º dia: repete zaragatoa nasal – Mesmo POSITIVO, termina o isolamento físico e social.
  - 1.2. Rastreio de MRSA – NEGATIVO:
    - 1.2.1. Fim do isolamento físico e social.

## Surto

Quando há um aumento repentino do número de casos de colonização ou infeção por um microrganismo numa UCCI, ERPI ou outra instituição equiparada falamos de surto. Para ser considerado surto, o aumento de casos deve ser maior do que o esperado pelas autoridades.

A Direção deve assumir rapidamente a situação de forma a evitar a perda de controlo, com potenciais danos irreversíveis na saúde dos utentes e na reputação da instituição. Um surto numa instituição deve ser comunicado ao GCL PPCIRA e à USP do ACES.

A atuação implica a implementação das seguintes medidas de imediato:

1. Reforço das medidas de isolamento;
2. Reforço das precauções básicas de controlo da infeção, como utilização de EPI, higienização das mãos e higiene ambiental, com destaque para as superfícies de toque frequente, sob a orientação de enfermeiro ou médico, sempre que existir;

3. Suspensão ou restrição das visitas ao mínimo indispensável, sendo-lhes explicada a situação e solicitada a colaboração;
4. Interrupção da admissão de novos utentes até resolução do problema;
5. Rastreio dos demais utentes, ao abrigo dos princípios da precaucionaridade;
6. Informação às estruturas de saúde locais usadas com mais frequência para referenciação dos utentes da instituição afetada.

A articulação entre as diversas equipas intervenientes: Equipa de Gestão de Altas (EGA), Equipa de Coordenação Regional e Local (ECR/ECL) de Cuidados Continuados Integrados (CCI) e Equipa Domiciliária (ECCI) e o GCL PPCIRA é fundamental para a melhoria do processo de referenciação.

A existência de um Plano de Contingência, atualizado e do conhecimento de todos os profissionais, é essencial para alinhar as diversas intervenções com a política da instituição.

A formação e/ou atualização regular dos profissionais é da maior importância.

---

## Bibliografia Consultada

1. DGS. Norma n.º 018/2014 “Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados”, 2014. Disponível *online* em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014.aspx>
2. DGS. PPCIRA. Parecer 12\_2019. Direção Nacional do PPCIRA, Lisboa, 09 de dezembro de 2019.
3. DGS. PPCIRA. Parecer. Precauções baseadas nas vias de transmissão em residentes em ERPI, colonizados com bactérias multirresistentes. Direção do PPCIRA em 10.02.2020.
4. DGS. PPCIRA. Recomendação. Prevenção da transmissão de enterobacteriaceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. PPCIRA, 22 de maio de 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>
5. ECDC. *Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report for 2019*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2019>
6. Palos C. Prevenção e Controlo de infeção em residências para idosos: um desafio multiprofissional. Colonização com bactérias resistentes e surtos: como atuar? Hospital Beatriz Ângelo. Apresentação para o ACES Loures/Odivelas. 22 de novembro, 2016.
7. Parecer Utes (comunidade) colonizados com *Enterobacteriales* resistentes aos carbapenemos (OXA48). Direção do PPCIRA, 12/12/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/pareceres/utes-comunidade-colonizados-com-enterobacteriales-resistentes-aos-carbapenemos-oxa48-pdf.aspx>
8. Parecer. Esclarecimentos sobre a existência de protocolos da Direção-Geral da Saúde de cuidados pós-morte em situações de utentes colonizados com microrganismos multirresistentes. Direção do PPCIRA, 16.12.2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/pareceres/cuidados-pos-mortem-em-situacoes-de-utes-colonizados-com-microrganismos-multiresistentes-pdf.aspx>
9. PPCIRA. Grupo de Coordenação Local do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Boletim CIRA. MRSA (Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*). Ano1/n.º 5, março de 2021.
10. WHO Regional Office for Europe/European Centre for Disease Prevention and Control. *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2022 – 2020 data. SURVEILLANCE REPORT*. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/ECDC-WHO-AMR-report.pdf>

---

Elaborado em 22/02/2022 e revisto a 13/05/2022 pelo GCR do PPCIRA da ARS LVT (Ana Maria Alexandre Matos Rodrigues; Ana Maria Mota Soares; Carla Dias; Carlos Palos; Conceição Lourenço; Daniel Amaral; Fátima Cimadeira; Gregória Paixão von Amann, Maria de Fátima Santos Lopes; Rita Corte-Real). Correio eletrónico [grppcira@arslvt.min-saude.pt](mailto:grppcira@arslvt.min-saude.pt)