



# Relatório

**ESTUDO EUROPEU DE PREVALÊNCIA DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CUIDADOS DE SAÚDE E USO DE ANTIBIÓTICOS EM UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS**

**RESULTADOS NACIONAIS  
(2010)**



Departamento da  
Qualidade na Saúde

*Autores*  
*Ana Cristina Costa*  
*Ana Geada*  
*Elaine Pina*  
*María João Gaspar*

**INDICE**

---

**ÍNDICE**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>2. MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>4</b>
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>4</b>
3.1 Caracterização das Unidades	5
3.2 Caracterização dos residentes estudados	5
3.3 Cuidados médicos e coordenação	6
3.4 Práticas de controlo de infeção na UCCI	6
3.5 Política de antibióticos	7
3.6 Presença de sinais de infeção	8
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>11</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>11</b>

## 1. Introdução

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 residentes são mais vulneráveis a infeções pelas características próprias da idade e ainda pela proximidade estreita e partilha social. Por outro lado, muitas vezes, estas instituições não estão dotadas de recursos humanos com disponibilidade ou formação específica para a organização de um programa de controlo de infeção. Nesse contexto, a monitorização das infeções associadas a cuidados de saúde nestas instituições torna-se um desafio importante.

Para fazer face a este desafio, o Projeto HALT foi desenvolvido numa tentativa de obter informações sobre a prevalência de infeção associada aos cuidados de saúde, os recursos de controlo de infeção, a resistência antimicrobiana e o uso de antibióticos nas UCC na Europa.

Numa primeira fase realizou-se o Estudo Piloto Europeu de Prevalência (EP) de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde e do Uso de Antibióticos em Unidades de Cuidados Continuados com o objetivo de validar a metodologia delineada por um grupo de trabalho estabelecido pelo *European Centre of Disease Prevention and Control* (ECDC).

A Direção-Geral da Saúde estabeleceu uma parceria com a Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) para aderir a este projeto. Os manuais de utilização da plataforma informática, 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 nacional decorreu em 2010 nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) selecionadas e este relatório tem como objetivo a análise e divulgação dos resultados.

## 2. Material e Métodos

Seleção das UCCI participantes: A nível nacional existem 192 UCCI integradas na rede nacional com uma capacidade de 4185 camas de cuidados continuados e para aderir ao projeto-piloto foram selecionadas pela Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados 8 (4,2%) unidades. Foram selecionadas as unidades melhor apetrechadas em termos de recursos, de acordo com as orientações do ECDC, porque o objetivo deste estudo foi, como atrás referido, avaliar a sua aplicabilidade e eventual utilização alargada em todas as unidades da rede de cuidados continuados integrados.

Os critérios de inclusão dos residentes elegíveis foram os seguintes:

- Viver em regime permanente na UCC, **e**
- Estar presentes às 8 da manhã no dia da realização do EP, **e**
- Residir na UCC há pelo menos 24h.

O protocolo do estudo foi divulgado pelas UCCI selecionadas e os profissionais nomeados para participar no estudo receberam formação relativa à recolha de informação, aos critérios de inclusão e exclusão dos residentes em UCCI, preenchimento integral dos dois

questionários do protocolo (questionário do residente e questionário institucional) e a acessibilidade à plataforma informática.

O estudo abordou 3 aspetos através de dois questionários:

- Caracterização geral dos residentes que cumpriam os critérios de inclusão
- Um questionário institucional para obter informação sobre os cuidados médicos e coordenação e práticas de controlo de infeção em cada UCCI
- Presença de IACS nos residentes e utilização de antimicrobianos nos residentes que cumpriam os critérios de inclusão

Os dados foram recolhidos preferencialmente num só dia tendo como limite para a sua realização o período de **1 de maio e 30 de setembro de 2010**. A data limite para a introdução de dados na **plataforma informát**

### **3. Resultados**

Neste estudo os dados foram recolhidos por enfermeiros em todas as unidades. Em 5 destas unidades os enfermeiros tiveram apoio do médico, mas este não participou na validação dos dados.

#### **3.1. Caracterização das unidades**

As 8 unidades selecionadas caracterizam-se por serem 2 de média duração, 2 de longa duração e 4 de convalescença, todas de gestão privada e com enfermagem qualificada 24 horas/ dia.

Na sua totalidade tinham uma capacidade de 265 camas, dispondo de 121 quartos, dos quais 9 eram quartos individuais. Na altura do estudo estavam 255 camas ocupadas e 9 residentes hospitalizados, sendo excluídos da amostra.

#### **3.2. Caracterização dos residentes estudados**

A amostra foi constituída por 245 residentes que cumpriam os critérios de inclusão. Destes residentes 49 (20%) tinham idade superior a 85 anos, e 93 (38%) eram do género masculino. As características estudadas dos residentes estudados são apresentadas por ordem de frequência na tabela 1.

Tabela 1 – Características estudadas dos residentes estudados

Características estudadas Dos residentes elegíveis	% Residentes (n=245)
Dificuldade na mobilidade	71% (174)
Incontinência urinária e/ou fecal	67% (164)
Desorientação no tempo e/ou espaço	38,4% (94)
Presença de algália	16,3% (40)
Presença de úlceras de pressão	9,4% (23)
Prescrição de antibióticos	8,6% (21)
Sinais e sintomas de infeção	7,3% (18)
Outros tipos de feridas	7,3% (18)
Submetidos a cirurgia <30 dias do estudo	5,3% (13)
<b>Presença de dispositivo intravascular periférico</b>	<b>1,6% (4)</b>

### 3.3. 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 59 horas/mês à coordenação, com uma variação entre 4-140h nas unidades, sendo a mediana de 40 horas.

As atividades de coordenação executadas mais referidas foram:

- Supervisão dos registos médicos dos residentes
- Desenvolvimento de uma política de antibióticos
- Supervisão das atividades médicas

As atividades de coordenação menos referidas foram:

- Formação de médicos
- Formação da equipa de enfermagem
- Desenvolvimento de uma política de controlo de infeção

O médico coordenador e os enfermeiros têm acesso às fichas clínicas dos residentes.

### 3.4. Práticas de controlo de infeção na UCCI

Em todas as unidades existe um profissional designado para a área de controlo de infeção (CI), na sua maioria enfermeiros (apenas 1 é médico) e todos exercem na UCCI. O médico tem a especialidade designada por “outra” sendo excluídas as especialidades de microbiologia, higiene hospitalar, infeciologia, epidemiologia e clínica geral e familiar.

As funções de controlo de infeção mais referidas foram:

- Formação em CI para enfermeiros e assistentes operacionais;
- Supervisão da desinfeção e esterilização de dispositivos médicos;
- Vacinação da gripe sazonal aos residentes;
- Organização, controlo e divulgação da informação sobre higiene das mãos na UCCI.

As funções de controlo de infeção menos referidas foram:

- Relatórios de resultados da vigilância às equipas da UCCI;
- Nomeação de um responsável para notificar e gerir surtos;
- Organização, controlo e divulgação da informação das auditorias às políticas e procedimentos de forma regular.

Cinco (62,5%) unidades têm uma comissão de controlo de infeção (CCI) constituída e destas apenas 3 realizaram reuniões (6 cada) no último ano. As três unidades que não têm CCI têm acesso a pareceres de especialistas em controlo de infeção.

Todas as unidades (8) têm protocolos escritos sobre a higiene das mãos. Três (3) unidades têm protocolos sobre gestão de cateteres urinários e intravenosos e duas (2) têm protocolos escritos sobre gestão de portadores de MRSA (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*) e gestão da alimentação entérica. Apenas duas unidades têm todos estes protocolos escritos.

Três unidades referem ter um programa de vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde na UCCI.

Os produtos mais utilizados na higiene das mãos são a solução antisséptica de base alcoólica e sabão líquido. Em duas unidades utilizam adicionalmente toalhetes alcoólicos e em três unidades utilizam sabonete.

No total das unidades foram utilizadas 497 litros de solução alcoólica durante o último ano, com uma média de consumo anual de 62 L por unidade e uma variação entre 10 e 120 litros.

### 3.5. Política de antibióticos

Todas as unidades têm uma lista de antibióticos de prescrição restrita (ver tabela 2). A maioria dos prescritores de antibióticos na UCCI são os médicos e especialistas que trabalham na UCCI. Raramente são os especialistas a trabalhar nas consultas externas ou o clínico geral.

Tabela 2 – Antibióticos de prescrição restrita nas UCCI

Nº de UCCI	Antibióticos restritos
4 unidades	Carbapenemos Vancomicina Antibióticos administrados por via endovenosa
1 unidade	Carbapenemos Vancomicina Mupirocina Antibióticos administrados por via endovenosa
1 unidade	Carbapenemos Vancomicina Mupirocina
1 unidade	Carbapenemos Vancomicina
1 unidade	Cefalosporinas de 3ª geração Antibióticos administrados por via endovenosa

AS UCCI participantes não têm comissão de antibióticos, não realizam formação anual sobre prescrição apropriada de antibióticos e não têm formulário de autorização de prescrição de antibióticos não incluídos na lista da unidade.

A designação dos principais elementos disponíveis/presentes na política de antibióticos nas UCCI constam na tabela 3.

Apenas duas unidades têm orientações escritas para tratamento das três principais infeções que afetam estes residentes (infeção do trato respiratório, trato urinário e infeções de feridas e tecidos moles).

No diagnóstico da infeção urinária 5 unidades utilizam por rotina fitas de teste de urina, não recorrendo a testes microbiológicos.

Duas unidades têm programa de vigilância do consumo de antibióticos com informação de retorno dos resultados aos profissionais, mas nenhuma tem programa de vigilância das resistências aos antibióticos.

Tabela 3 – Principais elementos presentes na política de antibióticos nas UCCI

Nº de UCCI	Principais elementos disponíveis/presentes na política de antibióticos nas UCCI
7	Formulário terapêutico, compreendendo a lista de antibióticos.
4	Regras para obtenção de amostras microbiológicas para orientação da prescrição de antibióticos.
4	O perfil das resistências aos antibióticos (regionais ou nacionais).
4	Informação do consumo de antibióticos da unidade aos prescritores.
3	Farmacêutico responsável pelo aconselhamento sobre AB não incluídos na lista da unidade.
2	Orientações escritas para o uso apropriado de AB (boa prática) na UCCI.
1	Dados disponíveis sobre o consumo anual de AB por classes de antibióticos.

### **3.6. Presença de Sinais de Infeção**

Dos 245 residentes incluídos no estudo, 30 apresentavam sinais/sintomas de infeção e/ou estavam a receber tratamento com antibióticos no dia do estudo. A taxa de prevalência de infeção foi de 11% no total das UCCI.

Dos 30 residentes com sinais/sintomas de infeção, 25 estavam na UCCI há menos de 1 ano, 19 estiveram internados no hospital nos últimos 3 meses e dois foram submetidos a cirurgia nos 30 dias anteriores ao estudo.

Os fatores de risco extrínseco para infeção presentes nestes residentes são apresentados, por ordem de frequência, na tabela 4.



**Tabela 4 – Fatores de risco extrínseco de infecção presentes**

Fatores de risco extrínseco		(n)
Mobilidade	Cadeira de rodas (16)	30
	Acamado (8)	
	Ambulatório (6)	
Incontinência	(fecal ou urinária)	22
Desorientação	(espaço/tempo)	14
Algaliação		12
Feridas	Úlceras de pressão (7)	12
	Outras (5)	
Cateter venoso periférico		4

No dia do estudo 21 residentes estavam com uma prescrição de antibióticos (9 tinham simultaneamente sinais e sintomas de infecção e antibioticoterapia) e 9 residentes apenas apresentavam sinais e sintomas de infecção. A taxa de prevalência de prescrição de antibióticos é de **8,6%** nos residentes estudados.

Na tabela 5 são descritos os 21 antibióticos prescritos no dia do estudo, a respetiva via de administração assim como a indicação e a localização da infecção para a qual foram prescritos.

**Tabela 5 – Antibióticos prescritos no dia do estudo**

Nº de residentes	Antibióticos	Via administração	Indicação	Infeção que deu origem à prescrição
7	Ciprofloxacina	Oral	5-Tratamento 1-Profilaxia 1-Omisso	4 – Inf. urinária
4	Levofloxacina	Oral	Tratamento	2 - Inf. Urinária 1 – Inf. Respiratória 1 – Inf.Resp.+Uri.
2	Amoxicilina+ác. clavulânico	Oral	Tratamento	1 – Inf.Resp. 1 - Inf.Uri.
++ ++++2	Cefuroxima	Oral	Tratamento	2 – Inf.Resp. (1 MRSA)
2	Nitrofurantoina	Oral	Profilaxia	
1	Ceftriaxone	Endovenoso	Tratamento	1 - Inf.Resp.
1	Ceftriaxone+ flucloxacilina	Endovenoso+ oral	Tratamento	1 – Pele e tecidos moles
1	Cotrimoxazol	Oral	Tratamento	1 – Inf.Urinária
1	Flucloxacilina	Oral	Tratamento	1- Pele e tecidos moles
1	Ácido fusídico	Omisso	Tratamento	1 – Pele e tecidos moles

Nota: Nem todas as infeções deram origem a prescrição de antibióticos

Os antibióticos com indicação terapêutica eram dirigidos para a infeção urinária (8), infeções da pele e tecidos moles (3) e para infeções do trato respiratório (5).

A prescrição do antibiótico foi feita pelo clínico da UCCI em 12 residentes, em 7 pelo especialista da unidade hospitalar e em duas prescrições essa informação foi omissa.

Não foram pedidos exames culturais a 15 residentes, em 9 utilizaram-se fitas de teste de urina para o diagnóstico de infeção, e 3 residentes tiveram pedidos de exames culturais.

Os três agentes microbianos isolados nas culturas foram o *Proteus mirabilis* numa ferida, o *Enterococcus faecalis* e o MRSA (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*) no trato respiratório.

Nos 18 residentes com sinais e sintomas de infeção presentes no dia do estudo foram identificadas as infeções descritas na tabela 6.

Tabela 6 – Infeções identificadas e os sinais e sintomas associados

Taxa de prevalência de infeção (n=245)	Infeções identificadas	Sinais e sintomas
Taxa prevalência de Inf. Urinária <b>3,3%</b>	Infeção urinária (8)	Alterações das características da urina (8) Diagnóstico feito pelo clínico (6) Agravamento do estado mental ou funcional (3) Arrepios ou polaquiúria (2) Febre, disúria ou tenesmo (1)
Taxa prevalência de Inf. Pele/tecidos moles (7) <b>2,8%</b>	Tecidos moles (6)	Rubor e calor (6) Aumento de serosidade (5) Inchaço+diagnóstico clínico (4) Pus, tumefação ou dor (3)
	Escabiose (1)	Diagnóstico clínico
Taxa prevalência de Inf. vias respiratórias (4) <b>1,6%</b>	Pneumonia (3)	Roncos ou sibilos (3) Tosse (2) Expetoração (2) Febre (2) Confusão mental ou dificuldade respiratória (2) Rx com infiltrados pulmonares (1)
	Gripe/Influenza (1)	Febre
Taxa prevalência de Inf. Olhos, nariz, ouvidos e boca (2) <b>0,8%</b>	Sinusite (1)	Diagnóstico clínico
	Conjuntivite (1)	Diagnóstico clínico

#### **4. Discussão dos Resultados**

As unidades de cuidados continuados que participaram no estudo de prevalência deste projeto-piloto são uma amostra selecionada e não representativa (4,2%) da rede nacional de cuidados integrados. Como referido na metodologia, foram selecionadas as unidades melhor apetrechadas, porque o objetivo deste estudo foi, avaliar a sua aplicabilidade e a viabilidade da utilização em todas as unidades da rede de cuidados continuados integrados.

O processo de recolha de informação decorreu sem dificuldades, refletindo a boa adesão dos profissionais das unidades também demonstrada nas ações de formação desenvolvidas para a implementação do protocolo do estudo.

A população residente apresenta como características principais a dificuldade na mobilização, incontinência urinária e/ou fecal, e desorientação no tempo e/ou espaço.

Todas as unidades dispõem de recursos clínicos e de enfermagem. Estes profissionais têm desenvolvido algumas atividades quer no âmbito da coordenação das equipas médicas quer no desenvolvimento de atividades de prevenção e controlo de infeção.

São referidos protocolos para as práticas de risco de infeção realizadas com maior frequência, tais como: higiene das mãos, gestão de cateteres intravenosos e algalias, gestão da alimentação entérica e gestão de portadores de MRSA. Contudo, a existência destes protocolos não é uniforme em todas as unidades e apenas 2 unidades têm todos os protocolos escritos.

A taxa de prevalência de infeção foi de 11% nas UCCI e a taxa de prevalência de prescrição de antibióticos foi de 8,6% nos residentes estudados, sendo das mais elevadas em comparação com os resultados globais do estudo. A prevalência média global de IACS dos 28 países participantes e que envolveu 67735 camas foi de 2,6% mas houve grandes variações com UCC com taxas de 0% o que pode representar a diversidade de condições de saúde dos residentes. A correspondente taxa de prescrição de antibióticos foi de 5% (0,4-11,9%).

Não se observaram grandes variações em relação às IACS mais frequentes. Contudo, verifica-se um recurso limitado ao estudo microbiológico para identificar o agente etiológico. No que se refere à prescrição de antibióticos, observa-se uma utilização elevada de quinolonas nomeadamente para tratamento da infeção urinária. Verifica-se ainda a ausência de mecanismos de implementação forte de uma política para utilização de antibióticos.

#### **5. Conclusão**

Deste estudo conclui-se que o Projeto HALT configura um bom instrumento para obter informações sobre a prevalência de infeção associada aos cuidados de saúde, os recursos de controlo de infeção, a resistência antimicrobiana e o uso de antibióticos nas UCC nacionais. Identifica-se a necessidade de alargar este estudo a todas as UCCI e ainda do desenvolvimento de um manual de boas práticas na prevenção das IACS e orientações para uma utilização racional de antimicrobianos.