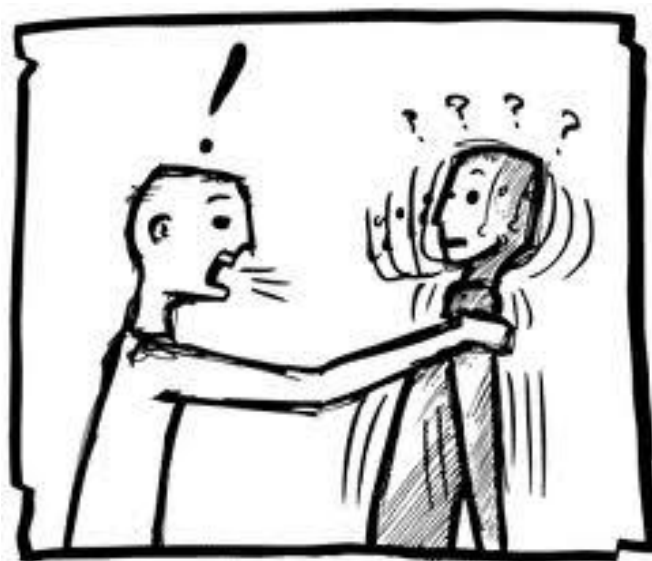
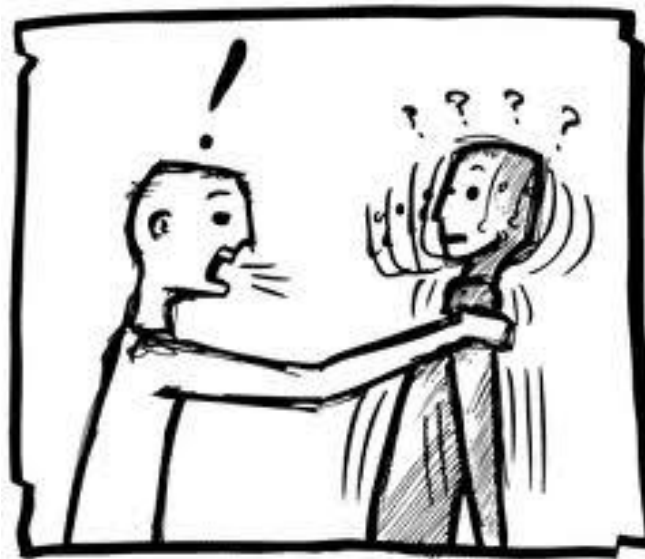


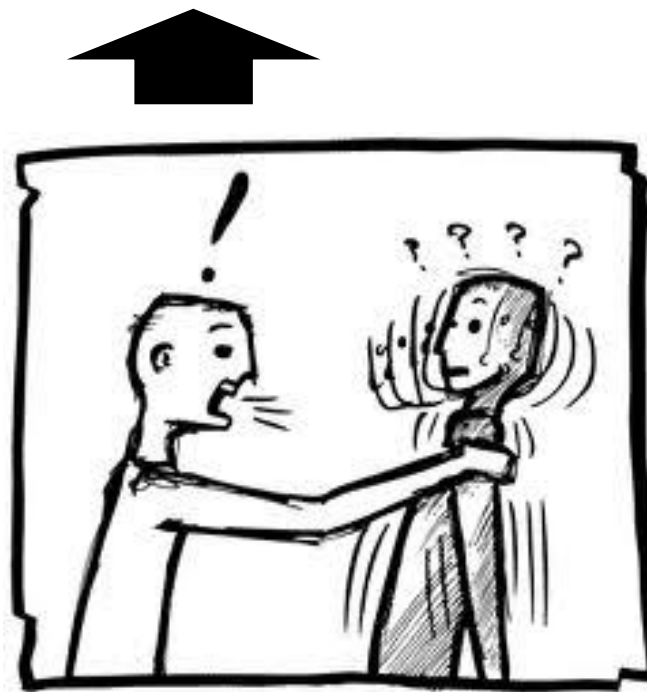
Manejo do paciente com KPC

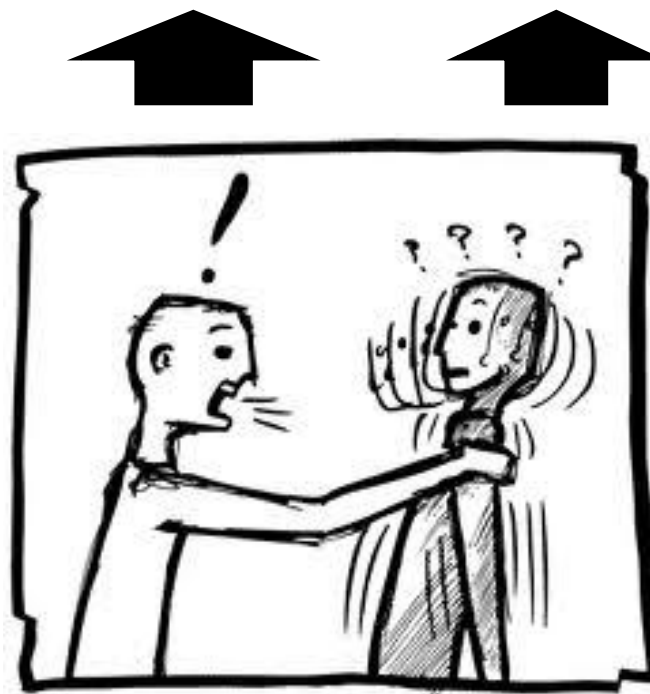
Rodrigo Duarte Perez
Médico infectologista
Coordenador da
CCIH/HSI/Blumenau/SC



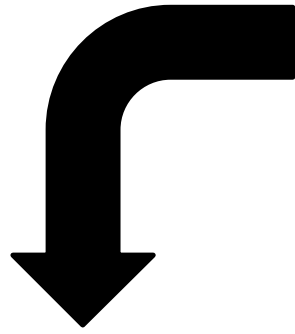


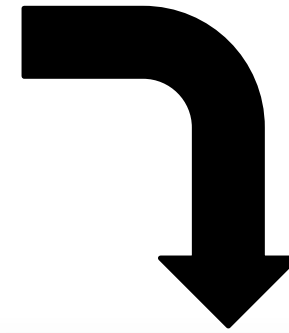
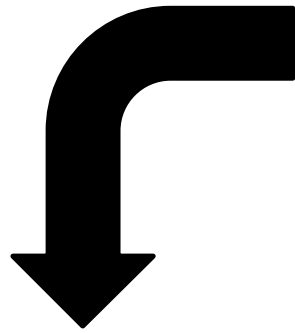












Impactos de uma infecção por bactéria MR



À Grande problema de saúde pública

À Propagação e transmissão incontrolláveis

- ï surgimento de novos mecanismos de resistência bacteriana
- ï uso irracional e indiscriminado de antibióticos
- ï falta de adesão à medidas de prevenção e controle de infecções hospitalares

Å Aumento de custos hospitalares

- ï maior tempo de internação
- ï alto custo das drogas disponíveis

Å Altas taxas de morbi-mortalidade

- ï Terapêuticas escassas
- ï Terapêuticas pouco efetivas
- ï Terapêuticas tóxicas

CDC, 2009; OWENS, RICE, 2006; DUTCH WORKING PARTY INFECTION PREVENTION, 2010

Å Mortalidade acima de 40-50%

TOYE, KRAJDEN ET AL, 2009

Histórico da Kpc

- Å Primeiro caso → Carolina do Norte em 1996.
- Å 2006 → primeiros casos da bactéria na América do Sul
- Å No entanto, soube-se recentemente que no ano de 2005 a bactéria já havia sido identificada na cidade de São Paulo. (GALES ET AL, 2009).
- Å Entre 2009 e 2010, seis estados brasileiros já possuíam relatos de KPC em seus hospitais, sendo eles: Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Santa Catarina, Distrito Federal e São Paulo. (ANVISA)
- Å Atualmente → Israel, China, Grécia, Índia, Canadá e França enfrentam surtos de infecções hospitalares por KPC

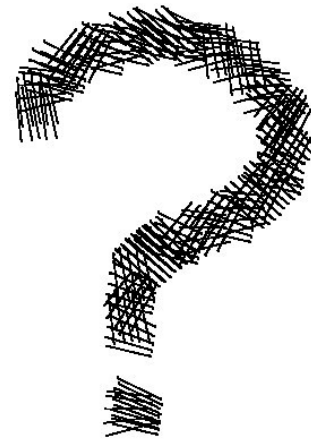
O que fazer?



O que fazer?

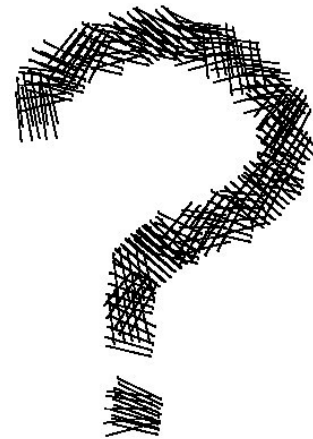


O que fazer?



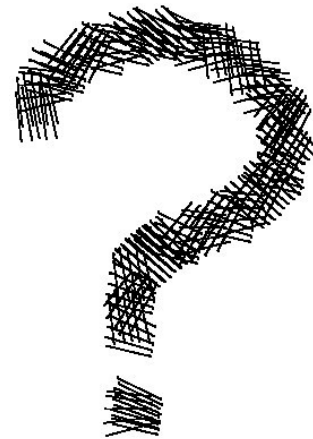


O que fazer?

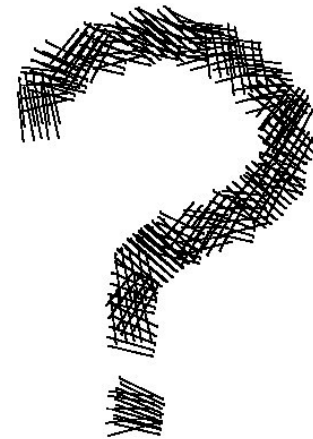




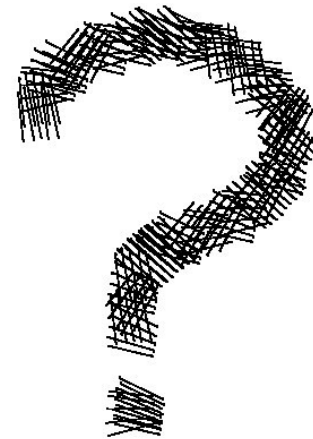
O que fazer?



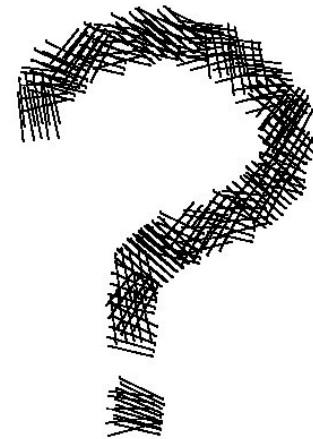
O que fazer?



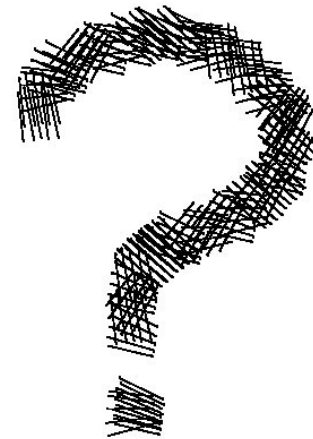
O que fazer?



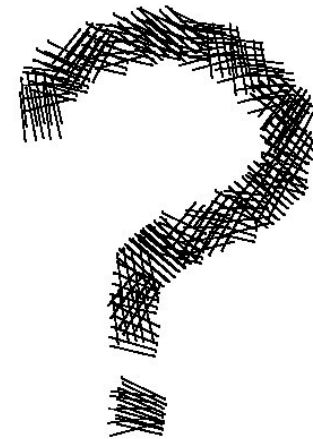
O que fazer?

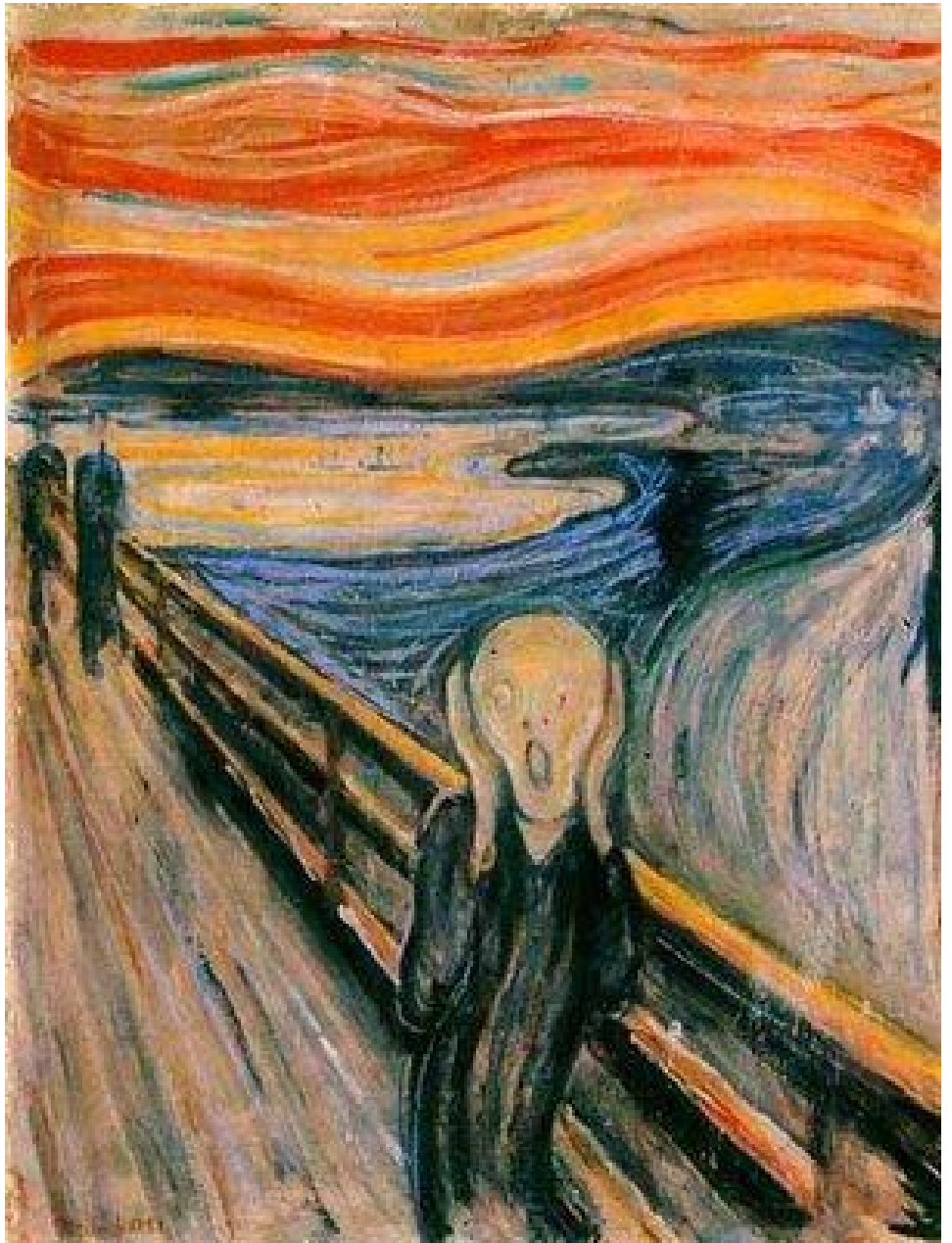


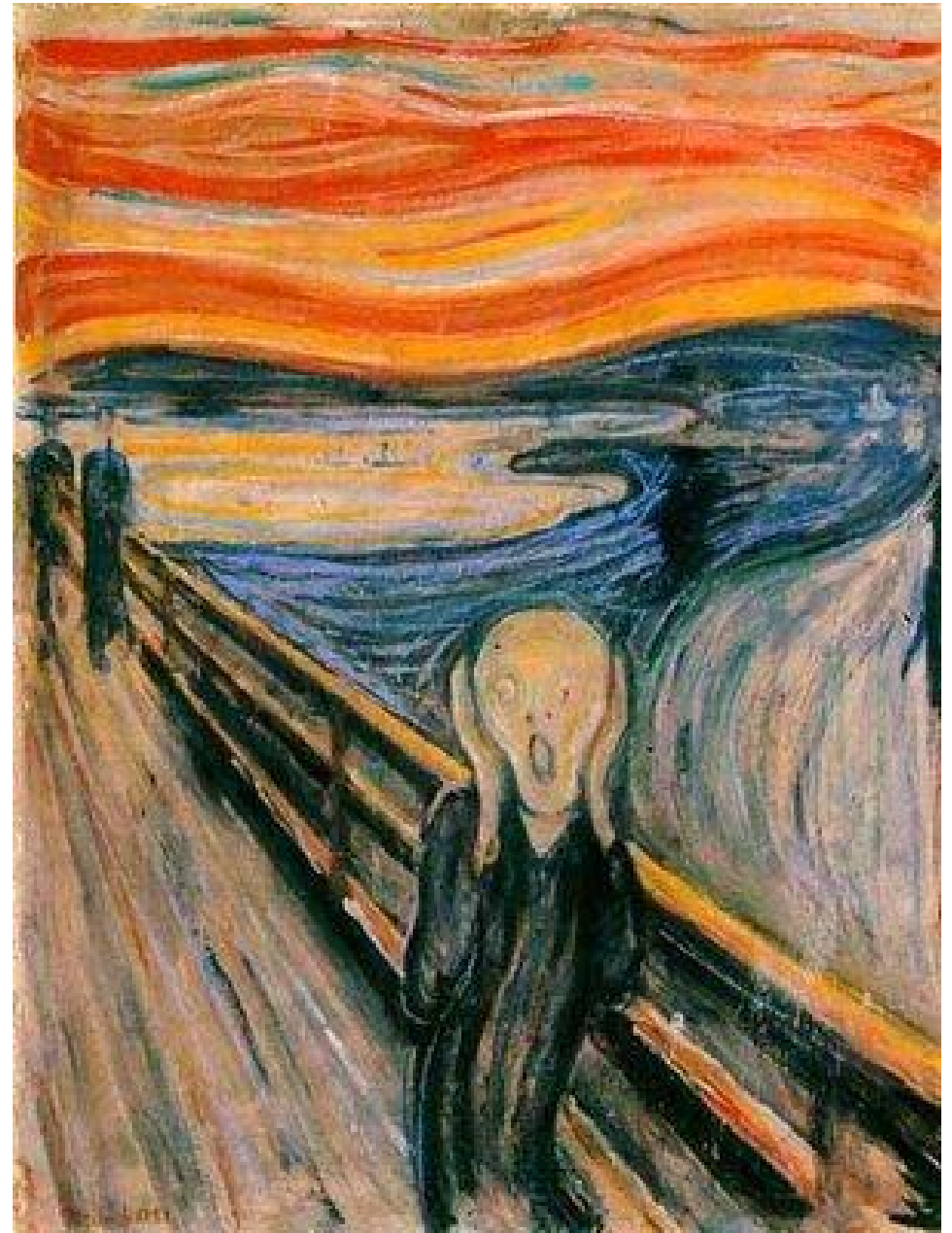
O que fazer?



O que fazer?







Não resolve...

A close-up photograph of a healthcare professional's hand holding a stethoscope against a patient's chest. The patient is wearing a blue hospital gown. The stethoscope has a blue tube and a silver chest piece. The background is slightly blurred, showing white hospital linens.

**O que fazer
então?**

- ï Contato diário dos membros do SCIH com os setores de internação alertando sobre pacientes positivos, possíveis portadores da KPC e sobre as medidas de isolamento.
- ï O laboratório de microbiologia prontamente comunica a detecção de amostras suspeitas de serem produtoras de carbapenemases e encaminha as cepas ao LACEN
- ï Cultura de vigilância (na admissão e semanalmente)
- ï Criação de 1 setor do hospital onde ficavam os pacientes positivos.
- ï Segregação de pacientes (positivos/negativos/"quarentena")

Setor de pacientes negativos

- Uso de EPIs

- Higienização das mãos

- Treinamentos in loco

- Educação continuada

Setor de pacientes positivos

- ï quarto privativo com placa afixada na porta do quarto com as precauções de contato por bactéria MR até a alta hospitalar
- ï movimentação limitada do paciente (emergências e realização de exames)
- ï uso do avental e luvas antes de entrar no quarto e desprezadas antes de sair do quarto (inclusão do visitante/acompanhante)
- ï lavagem de mãos antes e ao sair do quarto
- ï “kit isolamento”
- ï Desinfecção duas vezes ao dia do quarto
- ï banhos com clorexidine degermante 4%

Setor de pacientes positivos

À Infectados ou não

À Única diferença é a **antibioticoterapia!**

- ï Intensificação do cronograma de treinamentos
 - Å Reforço da importância da contaminação cruzada e higienização das mãos com água e sabão e/ou com álcool a 70%
 - Å Treinamento sobre a técnica de sondagem vesical
 - Å Revisão de antigos protocolos (coleta de material, higienização, etc) e materiais (aventais, etc)
- ï uso racional de antibióticos (fiscalização do uso de carbapenêmicos)
- ï Enviado ofício para todo corpo clínico e direção com as orientações necessárias
- ï Restrição da circulação de pessoas no hospital, apenas uma visita por vez.
- ï Notificações dos casos confirmados de infecção e colonização junto à **Coordenação Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde – CECISS**

Tratamento

• Polimixina

• Sinergismo com rifampicina, tetraciclinas e Sulfas.

• Tigeciclina

• Associação de drogas com MIC elevado

Terapia inicial

• Monoterapia com polimixina B

• Monoterapia com tigeciclina

Å Inicialmente → polimixina B

Å Alguns casos → polimixina B + tigeciclina

Å Atualmente → criação de protocolo (baseado na Pk/Pd)

ï Monoterapia apenas na ITU não complicada

Protocolo

Topografia da infecção	Opção terapêutica
Infecção urinária baixa (cistite)	Aminoglicosídeo (amicacina ou gentamicina) se T.S.A. acusar sensibilidade <u>OU</u> Polimixina B se T.S.A. mostrar resistência aos aminoglicosídeos
Infecção urinária alta (pielonefrite) e/ou com sepse associada	Polimixina B + meropenem <u>OU</u> Polimixina B + aminoglicosídeo (amicacina ou gentamicina)
Infecção da corrente sanguínea	Polimixina B + aminoglicosídeo e/ou tigeciclina <u>OU</u> Polimixina B + aminoglicosídeo e/ou meronem
PAV	Polimixina B + aminoglicosídeo e/ou tigeciclina <u>OU</u> Polimixina B + aminoglicosídeo e/ou meronem
Infecção intra abdominal	Polimixina B + tigeciclina
Infecção de pele e partes moles	Polimixina B + tigeciclina

Obrigado