

Dekolonizacja MRSA.

Wytyczne dotyczące profilaktyki i postępowania w przypadku gronkowca złocistego opornego na metycylinę (MRSA).

Opracowano na podstawie: National Clinical Effectiveness Committee (NCEC) Prevention and Control Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) National Clinical Guideline No. 2, 2013.

Dekolonizacja MRSA nie jest wystarczająco skuteczna, dlatego nie powinna być stosowana rutynowo u wszystkich pacjentów. Należy unikać nadmiernego używania mupirocyny, ponieważ może to doprowadzić do oporności.

Dekolonizacja powinna być zalecana w następujących grupach pacjentów:

- ✓ U pacjentów skolonizowanych MRSA, przed planowym zabiegiem operacyjnym, szczególnie wysokiego ryzyka np.: kardiochirurgicznym, ortopedycznym z założeniem implantów
- ✓ W obszarach klinicznych, gdzie istnieje ryzyko wysokiej kolonizacji na przykład OITM dorosłych i noworodków
- ✓ W przypadku wysokiego ryzyka zakażenia np.: u pacjentów z obniżoną odpornością
- ✓ W przypadku niekontrolowanej transmisji zakażenia i nieskuteczności innych środków.

Uzasadnienie dekolonizacji:

W przypadku pacjentów z kolonizacją w miejscach innych niż nozdrza istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że dekolonizacja nie będzie skuteczna. W takim wypadku należy dokładnie rozważyć celować dekolonizacji.

Próby dekolonizacji mogą być mało skuteczne u pacjentów z chorobami skóry, owrzodzeniami czy założonym cewnikiem moczowym.

Protokół dekolonizacji.

- ✓ Należy nałożyć niewielką ilość 2% mupirocyna (wacikiem lub końcówką małego palca w rękawiczce) do wewnętrznej powierzchni (przedniej części każdego nozdrza) nozdrzy, trzy razy dziennie przez okres pięciu dni. Po aplikacji zacisnąć delikatnie dalszy koniec nosa, tak aby pacjent poczuł smak Mupirocyny na tylnej części gardła, minutę po aplikacji. Do eradykacji można także stosować: naseptin (0,5% neomycyny + 0,1% chlorheksydydy), maść z chlorheksydydą, bacytracyną lub maść powidon jodu, chociaż nie ma danych dotyczących ich stosowania i mogą one być mniej skuteczne niż mupirocyna.
- ✓ Pacjent powinien kąpać się codziennie, przez pięć dni z zastosowaniem antyseptycznego detergentu, jeśli stan jego skóry na to pozwala. Należy stosować środki, takie jak: 4% chlorheksydydy, 7,5% powidon-jodu, 2% triklosan i dichlorowodorek oktenidyny (0,1%). Antyseptyczny detergent powinien być stosowany zgodnie z instrukcją producenta z uwzględnieniem czasu kontaktu ze skórą. Skórę należy zwilżyć, a zastosowany środek antyseptyczny-detergent rozprowadzić dokładnie na wszystkich obszarach ciała, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów tj.: pachy, pachwiny, krocze i okolice pośladków.
- ✓ Włosy powinny być myte dwa razy w tygodniu przy użyciu antyseptycznego detergentu.

- ✓ Skuteczność miejscowego leczenia gardła przy zastosowaniu antyseptycznych płynów do płukania gardła lub aerozoli jest niepewna, ale może zmniejszyć to kolonizację.
- ✓ Podczas leczenia ubranie, pościel i ręczniki należy zmieniać na czyste.

Dekolonizacja w specjalnych sytuacjach.

Dekolonizacja pacjentów w placówkach opieki długoterminowej.

Personel powinien skorzystać z porady ekspertów przed rozpoczęciem dekolonizacji MRSA u pacjentów w placówkach opieki długoterminowej.

Pacjenci w placówkach opieki długoterminowej zwykle nie wymagają dekolonizacji po wypisie ze szpitala. W przypadku rozpoczęcia dekolonizacji w szpitalu, powinna być ona kontynuowana w domu opieki. Dekolonizacja w domu opieki powinna być przeprowadzona w przypadku planowego zabiegu operacyjnego.

W szpitalu uniwersyteckim w Galway, w przypadku pacjenta przyjmowanego do planowanego zabiegu operacyjnego z placówki opieki długoterminowej, wymagamy pobrania wymazów w kierunku MRSA. Ostatnie wyniki powinny być pobrane nie wcześniej, jak tydzień przed planowanym zabiegiem operacyjnym.

Dekolonizacja MRSA u noworodków.

Dekolonizacja MRSA u niemowląt poza oddziałami wysokiego ryzyka, zwykle nie jest wymagana, chyba że jest zalecana przez zespół profilaktyki i kontroli zakażeń.

Do dekolonizacji zaleca się stosowanie: donosowo mupirocyny i u noworodków urodzonych > 26 tygodnia ciąży delikatnych kąpeli z użyciem dichlorowodoru oktenidyny.

U noworodków nie można stosować kąpeli z 4% chlorheksydyny, ze względu na ryzyko oparzenia i zapalenia skóry.