

Komentovaný souhrn připomínek ke směrnici MRSA:

Infekční lékařství:

Směrnice versus Doporučený postup:

Materiál má charakter doporučeného postupu, tj. koncepčního materiálu, který formuluje hlavní principy v přístupech ke kontrole výskytu MRSA, které mají harmonizovat rutinní praxi v jednotlivých nemocnicích a zdravotnických zařízeních (má „udávat směr“, proto byl použit pojem „směrnice“) Má sloužit jako racionální podklad pro vytváření místních postupů, s lokální platností, které už mohou mít charakter směrnic s povinnou závazností pro dané zdravotnické zařízení. V duchu předchozích materiálů podobného typu připravovaných na půdě SKAP **je vhodné přejmenovat materiál na „Doporučený postup pro...“**, aby nebyl nesprávně pochopen jeho smysl.

Nesplnitelné postupy:

Materiál uvádí některé postupy, aktuálně nedostupné. Důvodem je, že se jedná o obecný dokument, který má mít dlouhodobější platnost (nelze vyloučit, že bude např. nazální mupirocin do ČR dovážen, mimo jiné díky tomuto doporučenému postupu). Pokud jde obecně o prostředky k tzv. „eradikaci“ nosičství MRSA, jde o kontroverzní problém, kdy některé přípravky nejsou dostupné, jiné jsou na trhu příliš krátkou dobu, aby mohly být jednoznačně doporučeny, zatímco jsou od počátku předmětem razantního firemního marketingu. Tento materiál se musí důsledně vyhýbat střetu zájmů stran doporučení konkrétního výrobku určité firmy (analogie důsledně „generického“ přístupu u podobných materiálů zaměřených na používání antibiotik). Proto jsou formulace v příslušné části relativně nekonkrétní. Konkrétní postupy pro „eradikaci“ (včetně uvedení komerčních přípravků a popisu jejich použití) je vhodné začlenit do místních směrnic jednotlivých nemocnic.

Citace lokálních postupů z jednotlivých nemocnic:

Materiál má mít po schválení charakter oficiálního postupu přijatého ČLS JEP, **musí tedy vycházet z oficiálních, publikovaných pramenů a ověřených informačních zdrojů**. Autoři jsou si vědomi, že v řadě nemocnic vzniklo dokonce mnohem více materiálů tohoto tématického zaměření, s různou kvalitativní úrovní, které ale nelze citovat z výše uvedeného důvodu. Hlavním cílem tohoto materiálu je poskytnutí objektivního návodu, jak kontrolu výskytu MRSA racionálně provádět a jak je uvedeno výše, přispět k harmonizaci místních směrnic, které někdy zavádějí neracionální postupy. Autoři nepolemizují s lokálními směrnici, ale s některými firemními doporučeními, která byla do lokálních materiálů zahrnuta a přitom je nelze považovat za správné či plošně aplikovatelné (desinfekční koupele). Některé dosud uveřejněné postupy byly připraveny přímo ve spolupráci s firmami a mají marketingový charakter, což nelze pro nezávislý materiál celostátní povahy akceptovat.

Infektolog jako člen nemocničního Týmu pro kontrolu infekcí:

Je nanejvýš vhodné, aby byly nemocniční Týmy pro kontrolu infekcí tvořeny kompetentními odborníky s odpovídající erudicí a praxí (v duchu mezinárodních standardů pro akreditaci nemocnic, které tuto podmínku explicitně formulují). **Je-li v daném zdravotnickém zařízení k dispozici infektolog tohoto zaměření, je optimální, aby byl součástí TKI**, zvláště, když je v podmínkách ČR evidentní nedostatek kompetentních specialistů v oblasti nemocniční epidemiologie. Analogicky ostatním zemím s dobře organizovaným systémem kontroly infekcí je obvykle tato disciplína personálně zajištěna specialisty odborností nemocniční hygiena, infekční nemoci nebo klinická mikrobiologie (často podle tradice té které země, navíc v podmínkách, kdy ne všechny země identifikují všechny tyto medicínské obory). Důležité je, že složení TKI musí vždy zohledňovat místní podmínky a lokální dostupnost kompetentních odborníků. Ve shodě s mezinárodními akreditačními standardy se nejedná o povinnou přítomnost zástupců explicitně uvedených odborností, ale o optimální personální zajištění TKI dle místních podmínek.

Izolace pozitivních pacientů:

Materiál vychází v oblasti izolačních postupů důsledně z **doporučení CDC**, která jsou všeobecně považována za nejlépe propracovaná a široce mezinárodně akceptovaná. Doporučení CDC (a tedy i tento materiál) formulují přístupy k izolaci pacientů s infekcí obecně. V místních podmínkách jednotlivých nemocnic musí být konkrétně aplikovány v zájmu zajištění bezpečnosti pacientů i personálu. Na osídlení či infekci MRSA se nevztahuje karanténní režim. Izolační opatření nesmí primárně zhoršit dostupnost zdravotní péče o základní onemocnění, pro které byl daný pacient přijat k hospitalizaci. Pokud existuje v dané nemocnici infekční oddělení, které je schopno účinně spolupracovat při izolaci MRSA pozitivních pacientů, je optimální využít jeho možností při důsledném zachování výše uvedených principů.

Ad izolace - problematika intenzivní péče a infekcionista- uvádíme celý text s navrženými úpravami: *Provádí se obvykle v rámci vlastního oddělení, na kterém je pacient hospitalizován, tak, aby mu mohla být řádně poskytována kvalitní diagnostika a léčba onemocnění, které bylo důvodem jeho přijetí. Při zjištění pozitivního nálezu u pacienta, který vyžaduje intenzivní péči, a jednotka není dispozičně řešena boxovým systémem, lze zde pacienta izolovat za podmínek mikrobiologické monitorace všech pacientů, striktního dodržování zásad bariérového ošetrovacího režimu a při vyčlenění personálu. Izolaci lze při dodržení zásady, že pacientovi bude poskytována adekvátní léčba, zajistit i vytvořením vyčleněných lůžek v závislosti na místních podmínkách. Pokud zdravotnické zařízení disponuje infekčním oddělením, lze pro izolaci pacientů v případech, že izolace v rámci vlastního oddělení není možná, využít lůžkové kapacity tohoto oddělení. Pacient je izolován na samostatném jednolůžkovém pokoji/ boxu, který musí být viditelně označen. Pokud se jedná o mobilního pacienta, musí mít pro sebe vyčleněné sociální příslušenství (WC, sprcha). Při vyšším výskytu na oddělení je možné izolovat pozitivní pacienty společně na vícelůžkovém pokoji (kohorta). Dokumentace /chorobopis se viditelně označí dle zvyklostí v daném zdravotnickém zařízení. Veškerá zdravotní dokumentace nemocného zůstává trvale mimo izolační pokoj. Na jednotkách intenzivní péče bez boxového systému se manipulace s dokumentací minimalizuje a ponechává se u lůžka pacienta.*

Ostatní připomínky:

Literární odkazy – v celé směrnici nejsou uváděny přímé citace, může to však být změněno, shodnou-li se tak autoři.

Přímý a nepřímý kontakt – je možné blíže definovat obě situace.

Epidemický výskyt MRSA – identifikace epidemického výskytu MRSA (nebo jiné multirezistentní bakterie) je relativně sofistikovaný postup, který je zcela v kompetenci erudovaného nemocničního epidemiologa (ať už je jeho primární specializace jakákoliv). Popis postupu (definice případu, vytváření epidemické křivky a hodnocení kritérií suspektního outbreaku, eventuálně typizace kmenů molekulárně epidemiologickými metodami) je k dispozici v citovaných literárních pramenech, podobně jako vyhodnocení zvládnutí epidemie (outbreaku). Primárním předpokladem identifikace epidemického výskytu je provádění mikrobiologické surveillance s průběžným vyhodnocováním jejích výsledků, což je v materiálu podrobně popsáno. Zjednodušená definice epidemie jako tří případů vzniklých v epidemiologické souvislosti je v praxi použitelná, posouzení epidemiologické souvislosti je ovšem stejně třeba učinit výše popsaným způsobem.

Screening pacientů v přímém kontaktu – je-li pacient v přímém kontaktu negativní ve vyšetření vzorků odebraných bezprostředně po zjištění kontaktu, nelze jej jednoznačně prohlásit za negativního, protože jeho pozitivita může být detekovatelná mnohdy s velkým časovým odstupem. Prodloužení intervalu odběrů, eventuálně ukončení screeningu je zcela v kompetenci pracovníků TKI, úměrně riziku. Tento princip lze v materiálu upřesnit.

Kohortová izolace – není vhodné diferencovat mezi různými fenotypy či genotypy MRSA při kohortové izolaci (a tedy vytvářet tolik kohort, kolik fenotypů rezistence bylo v dané nemocnici

zjištěno). Přínos tohoto postupu je pouze teoretický, v praxi není nákladově efektivní. Diferenciace by byla potřebná pouze tehdy, pokud by některý kmen MRSA zřetelně vykazoval podstatně vyšší virulenci. Pak je ovšem vhodné pozitivní pacienty s virulentní infekcí izolovat spíše individuálně, nikoliv v kohortě. Je-li podmínkou odborná kompetentnost pracovníků TKI, lze se jistě v této věci spolehnout na opatření vycházející z místních podmínek.

Bariérový ošetřovací režim –

- 1 vybavení pokoje pákovou baterií a papírovými ručníky není nezbytné, personál nemá důvod si při běžném provozu mýt ruce na izolačním pokoji. Chceme dokument použitelný pro všechna ZZ. Mytí se doporučuje při viditelném znečištění a při pocitu "ušpinění". Po možné kontaminaci biologickým materiálem se preferuje dezinfekce a ta je k dispozici jak pro personál, tak pro pacienta v dávkovači. A personál používá většinou rukavice...
- 1 pláště se preferují jednorázové a při úvaze, že do pokoje vstupují lékaři, sestry, sanitáři, pracovník úklidu, mi není jasné, kam si všichni ty jednodenní pláště lícem nahoru pověsí a jak si je poznají. Předpokládám, že sestry nebudou chtít používat pláště ani po lékařích a ani po sanitářích...
- 1 používání ústenek není asi náplní tohoto dokumentu a navíc to závisí na druhu používané ústenky. Taky nepředpokládám, že by tam jeden personál byl déle než hodinu. Možná na boxu na intenzivní péči, ale tam nosí ústenky normálně a umí je používat. Možná by se tam mohlo uvést, že se ústenka nenosí jako ozdoba na krku...
- 1 nádobí - doplněno...
- 1 WC a sprcha - doplněno...
- 1 převazový materiál - doplněno...
- 1 likvidace odpadu - doplněno...

Zrušení izolace při kultivační negativitě pacienta – nelze schématicky formulovat kritéria pro určení negativity MRSA pozitivního pacienta (např. analogicky negativitě po salmonelose – tj. tři po sobě jdoucí negativní výtěry). Jednak proto, že anatomických lokalit potenciálního výskytu MRSA je celá řada, a tedy negativita v dosud známé lokalizaci výskytu nevylučuje přítomnost MRSA v jiné lokalizaci, která může být navíc po určitou dobu (a mnohdy velmi dlouho) pod detekční schopností mikrobiologických vyšetřovacích metod. Za určitých okolností (expozice antibiotikům) může kvantitativní přítomnost MRSA narůstat a získat na epidemiologické významnosti. Změna či zrušení izolačního režimu ve vztahu k MRSA pozitivním pacientům, u kterých je aktuálně nález pod detekční schopností mikrobiologických vyšetření, musí být proto posouzena individuálně podle míry rizika v místním kontextu. Opět je podstatné kompetentní posouzení situace pracovníkem TKI.

Citlivost MRSA k antibiotikům – *in vitro* citlivost některých kmenů MRSA k antibiotikům, která nejsou považována za léky volby infekcí *St. aureus* (chloramfenikol, makrolidy, fluorochinolony), je možná, její klinický význam je však sporný (natolik, že vylučuje obecné doporučení na úrovni celostátní směrnice). Zachovaná citlivost k antibiotikům některých jiných skupin (např. aminoglykosidy, rifampicin), může mít klinický význam, avšak detailní popis jejich eventuelních indikací jde nad rámec tohoto postupu, jehož zaměření je primárně jiné.

Intenzivní medicína:

Pokud jde o izolační postupy, v podmínkách JIP musí být maximálně využit princip bariérového ošetřování, který má chránit prakticky každého přijatého pacienta před exogenně získanou infekcí, nejenom v případě výskytu MRSA. MRSA pozitivní pacienty je nutné pečlivě vyhledávat a identifikovat, podobně jako pacienty s některými jinými multirezistentními kmeny. Ostatní viz komentář k bariérovému ošetřování (připomínky infekčního lékařství).

Neonatologie, klinická pediatrie:

viz intenzivní medicína

Pneumologie:

Rozdělení jednotlivých odborností do rizikových skupin je nedokonalé, zle nalézt více nesrovnalostí (např. označení následné péče za nejméně rizikovou – je málo riziková z hlediska vzniku MRSA infekce, vysoce riziková z hlediska potenciálního výskytu osídlených pacientů) Skupiny budou ještě revidovány a rozčlenění bude v materiálu podrobněji vysvětleno a komentováno

Všeobecné lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost:

V materiálu bude přesněji definována úloha praktického lékaře pro dospělé i pro děti a dorost v kontrole MRSA.