Resistência x Resistência

Eliane C. Krummenauer[1], Augusto M. Souza[2], Chaiene M. Macedo[2], Janete A. Machado[3], Janine M. Rauber[4], Doris Lazaroto[5], Bruna E. Koch[6], Andreia R. M. Valim[7], Marcelo Carneiro[8]

A **resistência** apresentada por certos micro-organismos ao uso de medicamentos salienta a importância de realizar um trabalho efetivo junto à equipe multidisciplinar através de ações de prevenção e promoção à saúde (1, 2). Atualmente, é possível observar que o perfil de resistência dos agentes infecciosos aumentou de forma rápida em comparação à evolução dos antimicrobianos (3, 4). Infelizmente, o aumento da **resistência** desses agentes é consequência da **resistência** dos profissionais de saúde durante o atendimento prestado (5, 6). É evidente que a falta de adesão a procedimentos básicos de prevenção e controle de infecções (higienização das mãos antes e após o contato com pacientes, uso de luvas, aventais, uso irracional de antimicrobianos) são fatores de risco relevantes (1, 7). Nesse contexto, convivemos com o aumento das precauções de contato dentro das instituições de saúde, a fim de minimizar a disseminação cruzada desses patógenos (5). Em estudo retrospectivo realizado no Hospital Santa Cruz, de junho de 2008 até maio de 2009, foram indicados, pela Comissão de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 53 precauções de contato (0,5% do total de internações no período) devido a 124 exames de culturas positivas por bactérias multirresistentes, resultando uma média aproximada de 2 bactérias por paciente. O tempo médio de internação foi de 44 dias comparado com a média geral de 4 dias. Da amostra, 64,1% dos pacientes se internaram na unidade de terapia intensiva (UTI) com um tempo de internação médio de 30,8 dias. O isolamento de cepas gram-positivas foi de 24,0%, sendo o *Staphylococcus spp.* o único representante (9,0% oxacilina resistente). Das bactérias gram-negativas encontramos: 23,0% de *Pseudomonas spp.* (23,0% carbapenem resistente), 13,0% de *Enterobacter spp.* (72,7% AmpC positivo e 18,2% ertapenem resistente), 10,0% de *Acinetobacter spp.* (14,0% carbapenem resistente), 10,0% *Klebsiella spp.* (40,0% ESBL positivo e 10,0% ertapenem resistente), 7,0% de *Escherichia coli* (50,0% ESBL positivo) e 13,0% de outros agentes. O uso de carbapenem foi de 58,4%, 12,2% de polimixina, 6,9% de â-lactâmicos, 5,9% de quinolonas e 2,2% de vancomicina. O custo diário de antimicrobianos/pacientes em precaução foi de R$ 27,00, enquanto o consumo geral foi de R$ 5,65. O custo da hotelaria paciente/dia em unidade não intensiva foi de R$ 210,00 e na UTI foi de R$ 807,00, resultando em custo total de R$ 1.092.342,00, sem considerar medicamentos e assistência. A reinternação foi necessária em 31% dos pacientes (no mínimo mais uma vez), reforçando que o setor de internação deve ser notificado para que as condutas adequadas sejam tomadas, frente a possível colonização. Este estudo aponta para a emergência dessas situações nos serviços de saúde, levando ao encarecimento do serviço, à complexidade do atendimento e ao risco de agravamento da saúde de nossos clientes. Isso é agravado pelo uso irracional de antimicrobianos, uso de drogas de amplo espectro na alta complexidade do quadro clínico, que reduz os índices de sucesso na terapia proposta. Diante dessa realidade, devemos estar alerta em relação aos principais pontos para que possamos viabilizar um trabalho de prevenção efetivo no combate ao aumento da resistência de agentes infecciosos, para que a **resistência** dos micro-organismos não vença a **resistência** dos profissionais da saúde.

[1] Especialista em Processos Assistenciais de Enfermagem – UFSM – RS. Vice-coordenadora do Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar – H. Santa Cruz – RS, Professora da Pós-Graduação – UNISC.
[2] Acadêmico(a) de Enfermagem – UNISC. Estagiário da Comissão de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar – H. Santa Cruz – RS.
[3] Especialista em Saúde Publica – UNISC. Técnica de Enfermagem, Membro Executor da Comissão de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar – H. Santa Cruz – RS.
[4] Mestre em Ciências Farmacêuticas – UFSM – RS. Membro Executor da Comissão de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar – H. Santa Cruz – RS, Farmacêutica do H. Santa Cruz.
[5] Mestre em Engenharia de Produção – UFRGS. Professora de Cirurgia – UNISC – RS, diretora médica do H. Santa Cruz – RS.
[6] Acadêmica de Medicina – UNISC – RS. Monitora de microbiologia – UNISC – RS, Presidente da Liga de Infectologia – UNISC – RS.
[7] Doutora em Biologia Celular e Molecular – UFRGS – RS, Professora de Farmácia e Medicina – UNISC – RS, Coordenadora de Pesquisa – UNISC – RS.
[8] Mestre em Microbiologia – UEL – PR. Coordenador do Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar – H. Santa Cruz – RS, Professor Assistente Infectologia e Microbiologia – UNISC – RS, Secretário Científico da AGIH – RS.

25-532_Carta_resistência.pmd 122 31/3/2010, 11:40

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilcox MH. Future gazing in the management of multiply drug-resistant Gram-positive infection. J. Infect. 2009; 59 (Suppl 1): S75-80.
2. Niederman MS. Treatment options for nosocomial pneumonia due to MRSA. J. Intensive Care Med. 2009; 24(4): 230-41
3. Baughman RP. The use of carbapenems in the treatment of serious infections. Infect Dis Clin North Am. 2009; 23(3): 683-702.
4. Giamarellou H, Poulakou G. Multidrug-resistant Gram-negative infections: what are the treatment options? J Infect. 2009; 59 (Suppl 1): S17-24.
5. Owns RC Jr. Antimicrobial stewardship: application in the intensive care unit. J Antimicrob Chemother. 2009; 64 (Suppl 1): S3-10.
6. Hawkey PM, Jones AM. The changing epidemiology of resistance. Science. 2009; (5944):1089-93.
7. Fischbach MA, Walsh CT. Antibiotics for emerging pathogens. Drugs. 2009; 69 (14):1879-901.

✉ Endereço para correspondência:
Marcelo Carneiro
Thomas Flores, 887/301
96810-090 – Santa Cruz do Sul, RS – Brasil
☎ (51) 3713-7484
carneiromarcelo@yahoo.com.br

Recebido: 16/11/2009 – Aprovado: 1/12/2009

25-532_Carta_resistência.pmd 123 31/3/2010, 11:40