

Rodrigues Falci, Diego; Dalarosa, Micheline Gisele
Enterococcus Resistente à Vancomicina: um problema no Rio Grande do Sul
Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, vol. 2, núm. 2, abril-junio, 2012, p. 73
Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570464024009>

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

Ano II - Volume 2 - Número 2 - 2012



CARTA AO EDITOR

Enterococcus Resistente à Vancomicina: um problema no Rio Grande do Sul

Diego Rodrigues Falci¹, Micheline Gisele Dalarosa¹

¹Serviço de Controle de Infecção; Hospital Nossa Senhora da Conceição; Grupo Hospitalar Conceição; Porto Alegre; Rio Grande do Sul; Brasil

Enviado em: 27/11/2011

Aceito em: 28/11/2011

diego.falci@gmail.com

A aquisição do *Enterococcus* resistente à vancomicina (VRE) está associada a fatores intrínsecos do paciente (gravidade da doença, o uso de antimicrobiano e a submissão a procedimento cirúrgico) e a fatores extrínsecos (contaminação ambiental e a transferência do *Enterococcus* através das mãos dos profissionais de saúde). As principais síndromes clínicas associadas ao VRE são as infecções urinárias, endocardites, bactеремia e infecções de feridas cirúrgicas e crônicas como as úlceras por pressão^{1,2}. O aumento do número de pacientes infectados e colonizados por VRE é mundial. Um estudo envolvendo países da Europa, da América Latina e da América do Norte, no período de 1998 a 2004, observou um aumento de duas vezes na taxa de pacientes colonizados por VRE na América do Norte. Na Europa e América Latina as taxas se elevaram, mas de maneira menos expressiva³. No Rio Grande do Sul observamos nesses dois últimos anos um aumento significativo no número de casos, tanto colonização quanto infecção, em diversos hospitais de maior porte, caracterizando-se um surto. Na cidade de Porto Alegre, detectaram-se 11 casos em 2009

(a partir de julho); 235 casos em 2010; e 254 casos em 2011 (somente janeiro a junho). No Hospital Nossa Senhora da Conceição o primeiro surto de VRE ocorreu em 2000. Após 10 anos de controle, a instituição enfrenta um novo surto, com o primeiro caso em abril/2010. Atualmente, a incidência combinada de colonização/infecção é de 3/1000 pacientes hospitalizados. A prevenção e o controle da disseminação do VRE requerem esforços multiprofissionais: a informação aos profissionais da área de saúde da repercussão da resistência à vancomicina, detecção precoce dos casos, a rápida notificação do VRE pelo laboratório de microbiologia, imediata implementação de precauções de contato e adoção de políticas para uso racional de antimicrobianos⁴. Felizmente, para tratamento de infecções causadas por VRE as opções terapêuticas são mais numerosas do que para gram-negativos multirresistentes: drogas como linezolid, tigeciclina e daptomicina despontam como alternativas⁵. Entretanto, todos esses medicamentos têm custo elevado, e ainda não foram consistentemente avaliados no tratamento das diferentes síndromes clínicas de infecção por VRE.

REFERÊNCIAS

1. Hayden MK, et al. Risk of hand or glove contamination after contact with patients colonized with vancomycin-resistant enterococcus or the colonized patients' environment. Infect Control Hosp Epidemiol 2008;29(2):149-54.
2. Zirakzadeh A and R Patel. Vancomycin-resistant enterococci: colonization, infection, detection, and treatment. Mayo Clin Proc 2006;81(4):529-36.
3. Moet GJ, et al. Contemporary causes of skin and soft tissue infections in North America, Latin America, and Europe: report from the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program. Diagn Microbiol Infect Dis 2007;57(1):7-13.
4. Siegel JD, et al. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. Am J Infect Control 2007; 35(Suppl 2): 65S-164.
5. Wang JL and PR Hsueh. Therapeutic options for infections due to vancomycin-resistant enterococci. Expert Opin Pharmacother 2009. p. 785-96.