

## Política de prevenção da disseminação de germes multirresistentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Policy for prevention of transmission of multidrug-resistant organisms at Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Adão Leal Machado<sup>1,2</sup>

Revista HCPA 2011;31(3):392

<sup>1</sup>Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Hospital Universitário de Canoas-Sistema de Saúde Mãe de Deus.

<sup>2</sup>Serviço de Controle de Infecções Hospitalares, Hospital Beneficência Portuguesa.

Contato:  
Adão Leal Machado  
adaorlm@terra.com.br  
Porto Alegre, RS, Brasil

Lemos com satisfação o artigo “Política de Prevenção da Disseminação de Germes Multirresistentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre”, de Kuplich e colaboradores (1). No entanto, algumas dúvidas e questionamentos nos restam:

1. Em relação à resistência à oxacilina no gênero *Staphylococcus*, apenas a espécie *S. aureus* é levada em consideração? Os estafilococos coagulase-negativos nas unidades neonatais não são colocados em precauções? Se são, como e por quanto tempo?

2. Ainda com relação a *S. aureus*, na tabela da página 86, coluna sobre “retirada da precaução/isolamento”, está escrito que o paciente será liberado se houver cultura do sítio negativa. A que sítio se refere a frase? Como não se realizam culturas de vigilância para MRSA, suponho que deva ser cultura de material clínico. Mas o que garante que o paciente não persiste colonizado nas narinas ou na pele? Recentemente, verificou-se que o tempo médio de colonização por MRSA é

de 5,9 meses (2). O paciente também pode ser liberado após tratamento específico, segundo a tabela, mas a resolução de uma bacteremia ou outras infecções não garante a erradicação do MRSA das mucosas ou da pele do paciente; nestes casos, não seria importante verificar se o paciente é portador nas superfícies e descolonizá-lo, reduzindo o tempo das medidas de isolamento (3)? Uma alternativa seria considerar todo paciente infectado por MRSA como um colonizado, e tratá-lo com banhos com clorexidina e aplicação de mupirocina nasal.

3. Com relação ao complexo *B. cepacia*, deve ficar claro que são germes especialmente importantes para pacientes com fibrose cística, e que um paciente sem essa doença ocasionalmente colonizado ou infectado com esse grupo de bactérias deve ser tratado como portador de GMR de forma semelhante ao que se faz para portadores de *Pseudomonas* multirresistentes e enterobactérias produtoras de ESBL.

## Referências

1. Kuplich NM, Gastal SL, Deutschendorf C, Jacoby TS, Lovatto CG, Konkewicz LR, et al. Política de Prevenção da Disseminação de Germes Multirresistentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev HCPA. 2011;31(1): 80-9.
2. Larsson HK, Gustafsson E, Nisson AC, Odenholt L, Ringberg H, Melander E. Duration of Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization after diagnosis: four-year experience from Southern Sweden. Scand J Infect Dis. 2011;43:456-62.
3. Dow G, Field D, Mancuso M, Allard J. Decolonization of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* during routine hospital care: efficacy and long-term follow-up. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2010; 21: 38-44.