

## CARTA AO EDITOR

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

Diego Rodrigues Falci<sup>1</sup>, Micheline Gisele Dalarosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço 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, bacteremia e infecções de feridas cirúrgicas e crônicas como as úlceras por pressão<sup>1,2</sup>. 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 expressiva<sup>3</sup>. 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 antimicrobianos<sup>4</sup>. Felizmente, para tratamento de infecções causadas por VRE as opções terapêuticas são mais numerosas do que para gram-negativos multirresistentes: drogas como linezolida, tigeciclina e daptomicina despontam como alternativas<sup>5</sup>. Entretanto, todos esses medicamentos têm custo elevado, e ainda não foram consistentemente avaliados no tratamento das diferentes síndromes clínicas de infecção por VRE.

## REFERÊNCIAS

- 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.
- Zirakzadeh A and R Patel. Vancomycin-resistant enterococci: colonization, infection, detection, and treatment. *Mayo Clin Proc* 2006;81(4):529-36.
- 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.
- 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.
- Wang JL and PR Hsueh. Therapeutic options for infections due to vancomycin-resistant enterococci. *Expert Opin Pharmacother* 2009. p. 785-96.