

informes técnicos

SÃO PAULO, 1º DE FEVEREIRO DE 1991

ANO II

Nº 11

Grupo de Infecção Hospitalar

ESTAFILOCOCOS RESISTENTES

*Informação nº 16**

Nos últimos anos, os germes causais de estafilococcias hospitalares vêm mostrando notáveis resistências aos antimicrobianos beta-lactamase resistentes. Esses estafilococos, *Staphylococcus aureus*, pertencem, geralmente, ao fagogrupo III e são metiliclorresistentes; vêm se mostrando menos sensíveis às penicilinas semi-sintéticas e às cefalosporinas de primeira geração, que tinham contra eles boa atividade na década de 60.

Existem resistências às isoxazolil-penicilinas (no Brasil: oxacilina, dicloxacilina e cloxacilina), às cefalosporinas de primeira geração (cefalotina, cefalexina, cefazolina etc.), da ordem de 50% a 70% em grandes hospitais universitários e assistenciais do nosso meio. Sensibilidades praticamente de 100% só são observáveis em relação à vancomicina. Boas sensibilidades, variando de centro para centro, são verificadas em relação à clindamicina (60% a 70%), à novobiocina (95%), à associação sulfametoxazol-trimetoprima (60% a 70%) e à rifampicina (90%). Para o tratamento de estafilococcias graves os antimicrobianos de uso oral e atividade bacteriostática, têm emprego menos útil. No caso de aparecerem resistências importantes à vancomicina as perspectivas poderão ser extremamente sombrias, assim como o são no caso de algum doente ser alérgico à vancomicina.

As estafilococcias podem ser extremamen-

As Estafilococcias
causadas por germes
multirresistentes exigem
fortes medidas de
contenção nos hospitais

te agressivas no meio hospitalar, provocando doenças graves e letalidade importante em diferentes grupos de doentes hospitalizados.

Os estafilococos passam de um doente a outro, por via cruzada (pessoa a pessoa, através de pessoas) e através do ar. As pessoas que trabalham nos hospitais tornam-se portadoras desses germes, albergando-os especialmente no nariz e na pele, principalmente nas zonas úmidas, intertriginosas, em proporções altas de até 90% dos indivíduos. Os portadores nasais podem ser permanentes, transitórios, ou intermitentes.

Alguns portadores são perineais, podem ser dispersadores de estafilococos localizados em escamas de pele; as vestes mais apertadas diminuem essa dispersação.

As alternativas para a contenção desses estafilococos estão no isolamento total desses doentes, acréscido de lavagem de mãos e uso de aventais que fiquem no

quarto dos pacientes. No entanto, a grande ubiquidade do estafilococo, colonizando até 90% da população que trabalha em hospitais, torna pequena a eficiência do isolamento.

No ar, os estafilococos tendem a se agregar a partículas orgânicas, em geral contendo quatro germes; essas partículas têm cerca de 18 micra de diâmetro e são mais pesadas que o ar, tendendo a se depositar sobre as superfícies mais baixas. Através da fagotipagem se verifica se os estafilococos localizados em portadores são os mesmos isolados de surtos em doentes.

Quando da ocorrência de casos de estafilococcias entre os doentes, o que tem acontecido mais frequentemente em berçários, faz-se a pesquisa de doentes e/ou de portadores entre os elementos das equipes de atendimento, no hospital.

Poder-se-á encontrar resistências por parte dos profissionais em se submeter ao estudo, pois eles se vêm ameaçados para o exercício profissional, quando encontrados positivos.

Os estafilococos metiliclorresistentes têm menor tropismo por colonização nasal. Outrossim, são extremamente difíceis de erradicar dos portadores. Quando introduzidos em hospitais tendem a se tornar endêmicos e há a necessidade de se fazer isolamento total nos doentes com esses tipos de germes: quarto privativo, gorro, máscara, avental. O uso oral de rifam-