

IMPÔRTANCIA DA CULTURA DE VIGILÂNCIA NA SEGURANÇA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Angela Zandonadi Bissoli

RESUMO

O uso indiscriminado de antibióticos tem sido um dos maiores fatores para o favorecimento dos quadros de resistência bacteriana por provocar uma pressão seletiva sobre as bactérias tornando-as multirresistentes, o que no âmbito hospitalar pode resultar em um grande problema de saúde pública. Um dos patógenos mais comumente isolados são *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) juntamente ao *Enterococcus* spp resistente à vancomicina (ERV), que tem apresentado crescimento contínuo em instituições hospitalares a nível mundial.

Palavras-chaves: *“cultura de vigilancia”, “vigilancia epidemiologica e hospitalar”, “resistencia bacteriana”, “stewardship”, “cultura de swab nasal e retal”*.

1 INTRODUÇÃO

O ser humano e os micróbios partilham a vida há muito tempo, provavelmente, desde a era dos primatas. Estes microrganismos provocam doenças no homem, mesmo assim, as causas dessas enfermidades só começaram a ser descobertas no século XIX, a partir do ano de 1878, por Pasteur e Koch. Há mais de 50.000 anos o homem utiliza substâncias para combater as infecções, porém, as primeiras descrições sobre o uso de antibióticos se deram há 3.000 anos, com o uso de bolores para o tratamento de infecções e tumores inflamatórios.

Os microorganismos multirresistentes representam um grande desafio aos hospitais por apresentar maior dificuldade no controle de sua disseminação, com tudo, o aumento da incidência destes microorganismos tem demonstrado a necessidade da ampliação das medidas de controle já existentes nas unidades de saúde, para evitar surtos destes germes principalmente nas alas de cuidado intensivo. A efetivação desse cuidado exige empenho multidisciplinar na implementação da precaução de contato e tratamento adequado dos pacientes portadores de MR. (SILVA, *et al.*, 2012).

O uso indiscriminado de antibióticos tem sido um dos maiores fatores para o favorecimento dos quadros de resistência bacteriana por provocar uma pressão seletiva sobre as bactérias tornando-as multirresistentes, o que no âmbito hospitalar pode resultar em um grande problema de saúde pública. Um dos patógenos mais comumente isolados são *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) juntamente ao *Enterococcus spp* resistente à vancomicina (ERV), que tem apresentado crescimento contínuo em instituições hospitalares a nível mundial, mereceram atenção a educação dos profissionais, cultura microbiológica de vigilância e implementação de medidas de isolamento por contato para pacientes infectados/colonizados por microrganismos resistentes e higienização das mãos. (FERREIRA, *et al.*, 2017)

Visando estabelecer um controle mais efetivo da disseminação das bactérias multirresistentes, o hospital em estudo, através do Serviço de Controle de Infecções

Relacionadas à Assistência à Saúde, implantou a partir de abril de 2015 um programa de “culturas de vigilância”.

Para os pacientes que preenchem estes critérios está indicada a coleta de swab retal, swab nasal e a precaução de contato (profissionais responsáveis pela assistência devem usar avental e luvas), até que o laboratório de microbiologia finalize a cultura e disponibilize o resultado. Se a cultura de swab for negativa os pacientes são liberados da precaução de contato, se positiva permanecem em precauções durante toda a internação. Quando não há quartos privativos disponíveis, os pacientes colonizados (swab positivo) podem ficar em quarto conjunto com pacientes não portadores e nem colonizados por bactérias multirresistentes (BMR), porém os cuidados devem ser intensificados com o intuito de evitar colonizações cruzadas. Visando a otimização dos leitos, os pacientes com a mesma BMR devem compartilhar o mesmo quarto, mantendo as precauções de contato da instituição. Este sistema de vigilância de BMR integra o Programa de Gestão de Antibióticos (stewardship), para nortear a instituição nas práticas e condutas adequadas no uso de antibióticos e para a prevenção e controle da resistência microbiana no hospital.

A grande disponibilidade de antimicrobianos, sempre acompanhada de propagandas publicitária judiciosas, acentua o uso abusivo dessa classe terapêutica por meio da automedicação, bem como a falta de informação, necessidade de satisfazer os desejos dos pacientes, que se sentem no direito de receberem um “remédio” que produza cura imediata da sua patologia, menor tempo de atendimento ao paciente, maior número de consultas, não realização de culturas diagnósticas, fazem com que o prescritor prescreva os antimicrobianos sem segurança, o que leva como consequência o aparecimento de efeitos adversos e o principal é a resistência bacteriana (WANNMACHER, 2004).

Os hospitais são serviços de saúde que podem apresentar alta prevalência de microrganismos multirresistentes, o que, na maioria das vezes, leva ao uso de antimicrobianos de amplo espectro e alto custo, tornando imprescindível a implementação de um programa de gerenciamento do uso desses medicamentos de forma a minimizar os danos decorrentes da resistência microbiana e melhorar os desfechos clínicos., sendo obrigatoriedade a elaboração e implementação de um

[Digite texto]

programa para uso racional de antimicrobianos nos serviços de saúde pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) , que foi estabelecida na Portaria GM/MS nº 2616, de 12/05/1998 (BRASIL, 2007).

1.1 Culturas de vigilância

As culturas de vigilância são técnicas adotadas pelo serviço de saúde que precocemente isolam e identificam os micro-organismos multirresistentes em pacientes, a fim de minimizar a transmissão cruzada a partir do paciente colonizado ou infectado, que deve ser mantido em isolamento de contato. São recomendadas como medida de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde pelo Centers for Disease and Control and Prevention (CDC). Porém, vários estudos mostram a baixa adesão a essa medida (MORAES et al., 2013; OBIEN; STELLING, 2011). Além disso, há o risco de que o diagnóstico de colonização ou infecção do paciente seja feito tardiamente, aumentando a possibilidade de transmissão entre os pacientes (FRANCO, 2017).

Nos últimos anos, infecções hospitalares relacionadas a microrganismos resistentes têm aumentado significativamente em todo o mundo. A utilização inapropriada de antimicrobianos e sua aplicação ineficiente das medidas preventivas e de controle promovem o surgimento de microrganismos multirresistentes (MDR) e sua consequente disseminação (López, et al., 2016). Entre os tipos de as bactérias preocupantes pelo desenvolvimento de alto grau de resistência destacam-se os *Staphylococcus* resistentes à metilicina (MRSA/MRSCoN), *Enterococcus spp.*, vancomicina resistentes (VRE), *P. aeruginosa*, *Acinetobacter spp* e família Enterobacteriaceae produtoras de betalactamases de espectro ampliado (ESBL), AmpC e produtoras de carbapenemases do tipo K. pneumoniae carbapenemase (KPC) . Estes microrganismos MDR podem ser introduzidos no ambiente hospitalar através da admissão de pacientes colonizados ou infectados, sendo que quanto mais cedo for realizada a identificação destes pacientes, melhor será seu prognóstico, além de evitar a disseminação destes agentes (ANVISA, 2006; ANVISA, 2013). Assim, no interesse da vigilância dos microrganismos MDR, bem como a transmissão destas bactérias aos outros pacientes e uma possível infecção

[Digite texto]

é recomendado que seja realizado o rastreamento através de coletas por swab retal e anal dos pacientes no processo de internação e em pacientes internados.

1.1.1 Cultura de Swab Nasal

- Coletar 1 swab nasal, de feridas e/ou ostomias e, na impossibilidade de coleta de swab nasal (ex: paciente com tampão nasal), coletar secreção traqueal quando possível, para pesquisa de MRSA (meio cromogênico);
- Semear por esgotamento;
- Incubar em 24 horas.
- Se negativar, incubar por mais 24 horas.

1.1.2 Cultura de Swab Retal

- Coletar 1 swab retal, para pesquisa de ENTEROBACTÉRIAS ESBL (+) e ENTEROCOCCUS RESISTENTE À VANCOMICINA (VRE). Na impossibilidade ou na recusa do paciente em coletar o swab retal, colher uma amostra de fezes.
- Semear em Agar cromogenico para VRE, KPC e ESBL;
- Semear por esgotamento;
- Incubar por 24 horas;
- Se negativar, incubar por mais 24 horas;

Cada unidade hospitalar que trabalha com cultura de vigilância epidemiológica tem o seu próprio protocolo de implementação conforme o perfil epidemiológico da instituição. Geralmente os patógenos de maior relevância clínica são: Staphylococcus Negative-Coagulase (SNC); Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA); Vancomycin-Resistant Enterococcus (VRE); enterobactérias produtoras de β -lactamase de espectro estendido (ESBL), bacilos Gram-negativos produtores de β -lactamase AmpC e os bacilos Gram negativos resistentes aos carbapenêmicos (Rcarb) (FRANCO, 2017).

3 CONCLUSÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde caracterizam-se como toda infecção adquirida pelo paciente em ambiente hospitalar após 72h de sua admissão, ou durante a internação ou após a alta, desde que, ligadas diretamente a procedimentos de assistência (ANVISA, 2014)

Deste modo, as culturas de vigilância são importantes na unidade hospitalar para a obtenção das taxas de colonização por patógenos resistentes, atuando de forma expressiva no controle das IRAS, facilitando a observação da tendência epidemiológica local das bactérias resistentes, identificando surtos antes de sua propagação, determinando as áreas e situações de maior risco e verificando a eficácia de possíveis intervenções empregadas (CATANEO et al, 2011; FRANCO, 2017).

Poucos são os estudos, no Brasil, que apresentam a análise epidemiológica do MRSA e VRE, reforçando assim a importância da pesquisa de vigilância desses micro-organismos.

4 REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária Programa nacional de prevenção e controle de Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES Brasília , 04 de novembro de 2016 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2016;

Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – Medias de prevenção e controle de infecções por Enterobacterias Multirresistentes. Brasília, 17 de Abril de 2013. Acesso em :
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+n%C2%BA+01+de+2013/5be89853-7eca-4b4b-98e4-5096b9f5a2ec> .

ANVISA. Vigilância e Monitoramento das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência Microbiana (RM) em serviços de saúde. Brazil, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde. Módulo 4: Procedimentos Laboratoriais: da requisição do exame a análise microbiológica e laudo final/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.- Brasília: Anvisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação e controle de bactérias multirresistentes. Brasília: ANVISA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação e Controle de Bactérias Multirresistentes. Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos (Gipea). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) Brasília: ANVISA, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Boletim Informativo - Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde- n. 14, dez. 2016. Disponível em <
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074203/Boletim+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+14+Avalia%C3%A7%C3%A3o+dos+indicadores+nacionais+das+Infec%C3%A7%C3%B5es+Relacionadas+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde+%28IRAS%29+e+Resist%C3%Aancia+microbiana/dbd57c96-937f-45d3-93fd-e76684b7f35c> > Acessado em 01 de outubro de 2018.

CATANEO, Caroline et al. Evaluation of the sensitivity and specificity of criteria for isolation of patients admitted to a specialized cancer hospital. Revista Latinoamericana de Enfermagem, [s.l.], v. 19, n. 5, p.1072-1079, out. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692011000500003>.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention (USA). Facility Guidance for Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE): November 2015 Update - CRE Toolkit; 2015. 24 p. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/cre/CRE-guidance-508.pdf>

[Digite texto]

Franco MMB. Etiologia e Resistência Bacteriana em Unidades de Terapia Intensiva Através de Culturas de Vigilância. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.

FRANCO, Mayara Maria Bastos. Etiologia e Resistência Bacteriana em Unidades de Terapia Intensiva Através de Culturas de Vigilância. 2017. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de pós graduação em ciências biológicas, Centro de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde Sistema Único de Saúde. Nota Técnica 01/2016/CECISS/LACEN: Estabelece o Plano de gerenciamento das ações a ser adotado pelos Serviços de Saúde públicos e privados para redução de Eventos Adversos Infeciosos – Infecção Relacionada à Assistência a Saúde–IRAS e Resistência Microbiana – RM e orienta quanto ao diagnóstico laboratorial e fluxo de encaminhamento das bactérias multirresistentes ao LACEN-SC, 2016.

LÓPEZ, D. P. et al. Genes de resistencia en bacilos Gram negativos: Impacto en la salud pública en Colombia. Universidad y Salud, 2016.

OLIVEIRA, Emília Sousa de. EMERGÊNCIA DE ENTEROCOCCUS RESISTENTE À VANCOMICINA NA CIDADE DO NATAL/RN. 2016. 47 f. TCC (Graduação) - Curso de Biomedicina, Centro de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.