

Sobre índios, "cowboys" e estratégias de batalha

Cowboys and indians: battle strategies

Sofia Lourenço

Neste número da Revista Portuguesa de Medicina Interna revisitamos o tema da infecção nosocomial.¹

Se a Medicina é, provavelmente a par de outras mais comumente referidas, a profissão mais velha do mundo, a infecção nosocomial é, quiçá, uma das entidades nosológicas mais antigas. Algumas descrições feitas em papiros egípcios 3000 anos aC referem a necessidade de conter infecções em locais onde se tratam vários doentes simultaneamente e exemplos semelhantes encontram-se em documentos hindus (400anos aC), gregos e romanos.²

No entanto muitos séculos passariam até que em 1847 o Dr. Ignaz Semmelweiss, um jovem obstetra húngaro, percebesse que, o facto de os médicos lavarem as mãos antes da observação das doentes, diminuía em quatro vezes as mortes no puerpério. Ao fazê-lo lançava as bases para o reconhecimento da infecção nosocomial e sua prevenção. Pouco se sabia então de microorganismos (os trabalhos de Louis Pasteur estavam ainda por publicar) e muito menos de esterilização, antibioterapia, resistências ou outras das novidades que os dois séculos seguintes nos acrescentariam. Talvez por isso o seu trabalho foi ignorado por uns e ridicularizado por outros. Mas, como em tantos outros momentos da história, a semente do pensamento estava lançada.³

Viriam depois a descoberta da teoria dos germes por Pasteur, a identificação e classificação de várias bactérias por Koch, a teoria antisséptica de Lister e a descoberta em 1933 das sulfamidas e da penicilina em 1941.³ A estas rapidamente se juntariam a estreptomina, as tetraciclina, a eritromicina e o cloranfenicol.

Do entusiasmo inicial que se seguiu à descoberta dos primeiros antibióticos viria a perplexidade de percebermos, em poucos anos, a profunda alteração que a sua introdução viria a imprimir nos próprios microorganismos e na flora hospitalar. Na era pré-antibiótica os principais microorganismos responsáveis por infecções nosocomiais eram cocos Gram-positivos: *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* e

outros e o *Staphylococcus aureus*. No entanto a introdução de antibióticos no meio viria a desequilibrar a flora hospitalar de maneira que, no início dos anos 70, predominavam como agentes de infecção bacilos gram negativos: *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Serratia spp* e posteriormente *Pseudomonas*.⁴

Para além disto os próprios microorganismos foram mudando e de forma muito rápida. Basta como exemplo referir que em 1946 90% dos *S. aureus* isolados no *Boston City Hospital* eram susceptíveis à penicilina, ao passo que em 1952 esse número era de 25%.⁴ Mais recentemente o uso crescente de dispositivos endovenosos e de técnicas invasivas e o uso de novos antibióticos por vezes de forma indiscriminada, levaram a que os cocos gram-positivos ganhassem, nova importância na infecção adquirida no hospital. Surgem assim *S. aureus* metilicilino-resistentes (MRSA) e *Enterococcus* vancomicina-resistentes.²

Mas nesta batalha que nós, bons médicos-cowboys, travamos diariamente contra estes malandros microorganismos-índios, sempre dispostos a atacar aos nossos doentes-territórios indefesos, quem ganhará?

Muito temo que não haja vencedores. Ao reler um editorial de 1968 no *New England Journal of Medicine*⁵ sobre este tema percebe-se que o que então era recomendado é exactamente aquilo que as várias comissões de infecção hospitalar e as regras da boa prática médica nos ensinam diariamente: lavagem das mãos, uso de antibiótico criterioso, isolamento de contacto dos doentes com infecção conhecida por *S. aureus*. A adopção de medidas "radicais", algumas francamente polémicas, como a não participação do tratamento das infecções nosocomiais pelo sistema americano, não parece ter tido sucesso na redução do número de infecções hospitalares.⁶

Mas apesar de estarmos cientes que o desaparecimento das infecções nosocomiais é impossível, ou seja, é uma guerra que não ganharemos, temos bem definidas as estratégias para a batalha.

E nós Internistas, qual o nosso papel? Nós que recebemos a maioria dos doentes mais idosos interna-

dos nos hospitais. Nós que somos responsáveis pelo início de tratamento logo no Serviço de Urgência. Nós que realizamos tantos actos invasivos. Nós, que vemos tantas vezes os nossos doentes, mercê das suas comorbilidades e fragilidades, serem reinternados e prolongarem os seus internamentos hospitalares para além do que desejaríamos e seria razoável. Nós que damos alta a tantos doentes cuja residência são lares. Nós que somos chamados a orientar o cuidado a doentes com infecções nosocomiais internados noutros serviços.

Provavelmente o nosso papel é o que já fazemos: avaliar criteriosamente em cada doente, os critérios para a antibioterapia e a escolha do antibiótico mais adequado. Mantermos a vigilância contínua sobre os nossos próprios gestos. Colaborarmos na educação, nas políticas de antibióticos e sua aplicação. Mas também estar atentos à emergência de novos problemas e sermos parte de novas soluções. Difícil? Talvez. Mas afinal somos bons “*lonesome cowboys*”. Com a vantagem de não estarmos sós nesta batalha. ■

Bibliografia

1. Olivares MJ, Silva JTSL, Garrido SR, Álvarez CG, Cordero PM, Vidigal FFR. Microbiological and clinical significance of coagulase-negative staphylococci isolated from blood cultures.
2. Prakash SK. Nosocomial infections-an overview. Download <http://www.delhi-medicalcouncil.nic.in/nosocomialinfections.pdf> a 31 Agosto de 2013
3. Opal SM. The evolution of the understanding of sepsis, infection, and the host response: a brief history. *Crit Care Clin.* 2009. 25(4): 637-663.
4. Swartz MN. Hospital-acquired infections: Diseases with increasingly limited therapies. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1994. 29; 91(7): 2420-2427.
5. Hospital acquired infection. *N Engl J Med* 1961. 264: 673.
6. Lee GM, Kleinman K, Soumerai SB, Tse A, Cole D, Fridkin SK et al. Effect of nonpayment for preventable infections in US hospitals. *N Engl J Med.* 2012. 11; 367(15):1428-1437.