

INFECÇÃO HOSPITALAR EM PACIENTES PÓS-CIRÚRGICOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ

The Occurrence of Hospital Infection in Pos-Surgery Patients at the Municipal Hospital of Santo André

Fábio F. de Carvalho Junior *
Humberto Augusto Papaleo Mena *
João Damasceno Lopes Filho *
José Antonio Casari Davantel *
Luiz Antonio Ganem Maia *
Marcelo de Freitas Alves *
Ronaldo de Colla Moreira *
Wagner Luis Tezinho Brandão *
Nédia Maria Hallage **

RESUMO: O trabalho consta de um levantamento retrospectivo de dados de pacientes submetidos à intervenção cirúrgica, no período de 01 de abril a 30 de abril de 1985, no Hospital Municipal de Santo André.

UNITERMOS: Infecção Hospitalar, Antimicrobianos, Pós-operatório, Fatores de risco.

SUMMARY: This work consists of a data retrospective search concerning to patients who had suffered a surgery, these data were gotten from April 1st to April 30th, 1985, in Hospital Municipal de Santo André.

KEY WORDS: Hospital Infection, Antimicrobial, After-surgery period, Risk factors.

INTRODUÇÃO

Infecção hospitalar, institucional ou nosocomial, é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização (Portaria Nº 196 do Ministério da Saúde, de 24 de junho de 1983)³.

O problema em estudo, infecção em ambiente hospitalar, tem causado em torno de si polêmicas e controvérsias que abrangem desde a população aflita à classe médica especializada. Levantamentos recentes e fatos chocantes, como o ocorrido com o Presidente Tancredo Neves, alertam a sociedade para o tema. Apesar do modismo e da agitação do momento, encontram-se, tanto na população leiga como em parte da população médica, notórios sintomas de ignorância e confusão quanto ao combate e controle da infecção em hospitais.

Tentativas importantes haviam sido feitas no sentido de sanear o problema⁶, porém isoladas, sem divulgação e coordenação (Decreto nº 77.052 de 19 de janeiro de 1976 e Lei nº 6437 de agosto de 1977). Somente a partir de 1983, com a portaria 196/83 do Ministério da Saúde, houve um direcionamento quanto à padronização das medidas de controle de infecção hospitalar, como a criação obrigatória das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) por parte dos hospitais.

Apesar disso, nota-se que estas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar geralmente ficam apenas como depar-

tamentos figurativos, aos quais não são dados a devida importância.

Em vista disso, por meio de um estudo retrospectivo realizado no Hospital Municipal de Santo André, ligado à Faculdade de Medicina da Fundação Universitária do ABC, pretende-se, através de um levantamento de dados restritos a pacientes submetidos à intervenção cirúrgica, avaliar-se os níveis de infecção desse hospital, com a finalidade de demonstrar a necessidade de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar eficiente e informar à comunidade médico-acadêmica o índice de infecções nesse hospital.

MATERIAL E MÉTODOS

A obtenção dos dados foi realizada através de levantamento nos prontuários de pacientes submetidos à intervenção cirúrgica, exceto cesarianas, no período de 01 de abril de 1985 a 30 de abril de 1985, no Serviço de Arquivos Médicos (SAME) do Hospital Municipal de Santo André.

Nesse período, realizaram-se 98 intervenções cirúrgicas, sendo possível somente a análise de 91 prontuários; os demais não foram localizados.

Os dados obtidos nos prontuários dos pacientes foram transferidos para protocolos. Basicamente, o protocolo consiste na avaliação dos seguintes dados: a) sexo; b) idade; c) tempo de internação; d) fatores de risco; e) tipo de cirurgia; f) antimicrobianos; g) ficha bacteriológica e de infecção.

*Acadêmicos do 3º Ano da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

**Professora Auxiliar de Ensino da Disciplina de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, Presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Heliópolis.

O modelo do protocolo baseia-se, fundamentalmente, no conteúdo de fichas de notificação de infecção de CCIH de outros hospitais, nas resoluções da Portaria 196/83 do Ministério da Saúde, e no Manual de Recomendações da Organização Mundial de Saúde, referente à Infecção Hospitalar². Houve dificuldades no preenchimento dos protocolos, devido à falhas existentes nos prontuários. A fim de suprir essas falhas, recorreu-se, para obtenção de dados complementares, ao laboratório de análises clínicas do Hospital Municipal de Santo André e ao Serviço de Anatomia Patológica ligado a Faculdade de Medicina da Fundação do ABC. Contudo, ainda encontrou-se dificuldades para o preenchimento dos protocolos.

Os fatores de risco considerados foram: entubação endotraqueal, cateterismo vascular, sondagem vesical, nebulização, sonda nasogástrica, transfusão dos derivados sanguíneos, drenagem intra cavitária, processos neoplásicos, obesidade, endoscopia e corticoterapia⁴.

Segundo a Portaria 196/83, do Ministério da Saúde, classificam-se os procedimentos cirúrgicos de acordo com os potenciais de contaminação, sendo: 1 - Cirurgias limpas: são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência do processo infeccioso local ou de falhas técnicas grosseiras; 2 - Cirurgias Potencialmente Contaminadas: são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosas ou em tecido de difícil descontaminação, na ausência do processo infeccioso local ou de falhas técnicas grosseiras; 3 - Cirurgias Contaminadas: são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora bacteriana abundante cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local; 4 - Cirurgias Infectadas: são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em quaisquer dos tecidos ou órgãos anteriormente mencionados, em presença de processo infeccioso (supuração local).

Quanto ao uso de antimicrobianos admitiu-se o uso terapêutico e profilático. Considerou-se como uso profilático inadequado a utilização de antibioticoterapia em cirurgias limpas e potencialmente contaminadas, salvo em exceções controversas que não foram consideradas, e uso profilático adequado quando realizada em casos de cirurgias contaminadas, pois têm um risco de infecção em torno de 20 a 30%, e nos infectados, porque o processo infeccioso encontra-se em curso prevenindo-se, portanto, suas complicações⁷.

RESULTADOS

Da avaliação dos dados contidos nos protocolos, obtiveram-se os seguintes resultados:

- *sexo*: dos 91 casos avaliados constatou-se uma maior porcentagem de pacientes homens (54,95%) em relação às mulheres (45,05%), sendo que adquiriram infecção no hospital 6% dos homens e 4,88% das mulheres;

- *idade*: os pacientes foram divididos segundo suas faixas etárias;

- *tempo de internação*: dos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica 52,75% permaneceram menos de 5 dias hospitalizados; 38,46% de 5 a 15 dias e 5,49% permaneceram mais de 15 dias. Deve-se ressaltar que esses dados não correspondem ao total de internações, pois em 3,3% dos pacientes não se conseguiu determinar o período de internação;

- *fatores de risco*: dentre os fatores de risco, observou-se maior frequência naqueles relacionados com a internação:

entubação (49,45%), cateterismo vascular (21,98%) e sondagem vesical (17,98%);

- *intervenções cirúrgicas*: das 91 intervenções cirúrgicas efetuadas, 75,82% foram eletivas, enquanto que 24,18% foram de urgência. Do total, 48,53% foram consideradas limpas; 31,87%, potencialmente contaminadas; 18,68% contaminadas e 1,1% infectadas. Os percentuais de infecções obtidos foram: 2,27% nas cirurgias limpas; 10,34% nas potencialmente contaminadas e 100% nas infectadas. Nas cirurgias contaminadas não foi constatado nenhum tipo de infecção;

- *antimicrobianos*: foram utilizados antimicrobianos em 53,85% dos pacientes, sendo que considerou-se o uso terapêutico em 8,16% e o uso profilático inadequado em 91,84% dos casos. O uso profilático adequado não foi constatado. Os antibióticos utilizados com maior frequência foram: Cloranfenicol (65,31%), Ampicilina (28,57%) e Gentamicina (22,45%);

- *infecções e crescimento bacteriano*: no período analisado constatou-se um coeficiente de doentes com infecção hospitalar de 5,49%, enquanto o coeficiente de infecção hospitalar foi de 6,59%, pois um dos pacientes apresentou processo infeccioso adquirido no hospital em duas topografias. Das 6,59% infecções hospitalares constatadas, 66,67% estão relacionadas com o trato urinário; 16,67% com ferida cirúrgica e 16,67% com septicemia. Foram realizadas somente sete culturas de urina, dentre elas 4 foram positivas, obtendo-se os seguintes resultados: *Escherichia coli* (75%), *Pseudomonas aeruginosa* (25%). As demais infecções não foram confirmadas bacteriologicamente.

DISCUSSÃO

Os dados disponíveis na literatura nacional e internacional demonstram que de 3,5 a 15,5% dos pacientes hospitalizados contraem infecção hospitalar, sendo que as infecções urinárias constituem 15 a 33,8% do total das infecções adquiridas no hospital, as supurações de ferida cirúrgica representam 17 a 30%, as infecções bronco-pulmonares 14 a 22% e as septicemias constituem 7% do total de infecções nosocomiais⁵.

Neste estudo, considerou-se apenas pacientes submetidos à intervenção cirúrgica no Hospital Municipal de Santo André, em decorrência da maior frequência com que estas adquirem infecção hospitalar, pois expõem-se a um maior número de procedimentos invasivos concernentes ao ato operatório, com comprometimento das suas barreiras naturais.

O percentual de infecção hospitalar nesses pacientes, no período em estudo, foi de 6,59%, enquanto que o percentual de pacientes infectados foi de 5,49%. Ressalta-se que, provavelmente, esses dados não correspondem à realidade de infecção no hospital, porque não existe um serviço de notificação de infecção hospitalar atuante, sendo que os dados foram obtidos a partir da análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes em estudo, prontuários estes deficientes quanto ao seu conteúdo. Por esse motivo, devem ser questionados os seguintes fatos: a) ter ocorrido sondagem vesical em somente 16 pacientes (17,58%) dos quais 3 (18,75%) adquiriram infecção do trato urinário de origem hospitalar. Porém, esse tipo de infecção manifestou-se em outro paciente no qual não se conseguiu relacionar outro fator de risco condizente com a topografia da infecção; b) se é real o índice nulo obtido para infecção no trato respiratório, ou se esse foi determinado pela não notificação nos prontuários da ocorrência de tal tipo de infecção. Deve-se ressaltar que infecções no trato respira-

tório têm, como foi referido, alta frequência entre as infecções hospitalares, principalmente nos pacientes submetidos à assistência respiratória; c) a não realização de hemoculturas necessárias para o diagnóstico de septicemia e, portanto, falha nos resultados, onde encontrou-se somente 1 caso de sepsé diagnosticado por exame histo-patológico "pós-mortis".

Foi observado na análise um maior percentual de indivíduos adultos infectados. É sabido que os extremos etários — crianças e indivíduos idosos — possuem uma maior susceptibilidade à infecções devido, entre outros fatores, a uma menor resposta imunológica. Porém, não foi possível comprovar esse fato devido a quantidade insuficiente de dados.

Um maior tempo de permanência no hospital implica num maior contato com a flora bacteriana hospitalar, favorecendo a aquisição de infecção hospitalar.

No que diz respeito aos tipos de intervenções cirúrgicas realizadas, constatou-se uma maior incidência de infecção das cirurgias potencialmente contaminadas, 3 casos, e limpas, 1 caso, em relação às cirurgias contaminadas, contrariando o esperado. A ocorrência de infecções em pacientes submetidos a cirurgias limpas e potencialmente contaminadas poderia estar relacionada a infecções endógenas, pois sabe-se que na sua grande maioria as infecções adquiridas por pacientes hospitalizados pertencem a este grupo de infecções e decorrem da depressão dos mecanismos de defesa destes, devido à doença responsável pela internação, além dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que foram submetidos no hospital. A ausência de processo infeccioso em relação às cirurgias contaminadas poderia ser devido às falhas na notificação de infecção nos prontuários estudados ou à constatação de processo infeccioso após a alta hospitalar, dado não obtido pelo prontuário de internação. Deve-se ainda levar em consideração que o espaço amostral total é insuficiente para uma melhor avaliação; assim, não se deve considerar como absoluto o percentual de 100% de infecção nas cirurgias infectadas, pois realizou-se apenas uma cirurgia nessa classificação.

Quanto ao uso de antimicrobianos, em associação ou isolados, considerou-se como uso profilático inadequado to-

das as situações em que não se verificou o uso terapêutico ou profilático adequado. A alta frequência com que se verificou o uso profilático inadequado (91,84%) provavelmente está relacionada com uma má notificação de como e porquê foi realizada a antibioticoterapia, pois esta poderia estar sendo realizada por outra causa infecciosa não relacionada com a cirurgia e por um período de tempo correto em relação à profilaxia antimicrobiana. No entanto, não deve ser desconsiderada a falta de conhecimento sobre o que seja o uso profilático dos antibióticos pela maior parte dos profissionais na área da saúde.

CONCLUSÃO

Levando-se em conta que os dados utilizados foram obtidos através de uma análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica, e que estes, na maioria das vezes, eram deficientes no seu conteúdo, fica difícil a avaliação da magnitude da infecção pós-operatória neste hospital.

Quando, no sistema de vigilância epidemiológica, a coleta de dados não é adequada, os índices são sempre muito inferiores àqueles que na realidade deveriam ocorrer em termos de infecção. Fica evidente, portanto, a importância de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar atuante. Esta, agiria criando um sistema de vigilância epidemiológica intra-hospitalar, com aprimoramento de coleta de dados, atuando junto a médicos e funcionários, conscientizando-os quanto aos problemas de infecção hospitalar e também orientando quanto a um melhor funcionamento dos diversos setores integrantes da comunidade hospitalar.

Deste modo a CCIH, a curto prazo, poderia causar um aumento do orçamento do hospital, dada a necessidade de contratação de pessoal especializado. Porém, a longo prazo, além da melhoria na qualidade de sua assistência, reduziria o orçamento do hospital, pois, com o controle da infecção hospitalar, diminuiria o tempo de internação do paciente e os gastos desnecessários com a aquisição de antimicrobianos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — HUTZLER, Rudolf Uri. "Fatores predisponentes de infecção hospitalar". *Revista do Hospital das Clínicas, São Paulo*. 28 (3): 147-52, junho 1973.
- 2 — "Infecções Hospitalares" — Manual de Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Tradução: Professor Ricardo Veronesi.
- 3 — "Portaria nº 196 do Ministério da Saúde, de 24 de junho de 1983", *Diário Oficial de 28 de junho de 1983*.
- 4 — VERONESI, R. *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. Pág. 574-578, 1976.
- 5 — ZANON, Uriel. "Infecções Hospitalares" (um problema médico social). *Ars Cvrandi* 14(10): 37-53, nov/dez 1981.
- 6 — ZANON, Uriel; NEVES, Jayme; AGUIAR, Nildo; COSTA, Beatriz Gerbassi. "Diretrizes para organização e implantação de uma comissão de controle de infecção hospitalar". *Revista Paulista de Hospitais* 27(4): 115-19, abr. 1979 — Também em "Vida Hospitalar" 13(1): 26-30, 1979.
- 7 — MANUAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR / Ministério da Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar — Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985, 123 p.: il — (série A: Normas e Manuais Técnicos; nº 16).