

INFECÇÃO HOSPITALAR NA U.T.I NEONATAL

Elzira Camila de Carvalho¹, Fernanda Malagutti Tomé²

1. Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Paulista – 12241 - 430 – São José dos Campos - SP - Brasil. Rua: Peroba, 351 Ap.08 – J. Indústrias – São José dos Campos – CEP 12241-230
2. Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Paulista – 12241 - 430 – São José dos Campos - SP - Brasil. – Rua: Jaguarão, nº 262 – Chácara Reunidas – SJCampos – CEP 12238-410

¹zizicarvalho@hotmail.com / ²fntome@bol.com.br

Palavras-chave: UTI neonatal, recém-nascido, infecção, hospital

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

INTRODUÇÃO

Infecções hospitalares são aquelas adquiridas pelo paciente durante o período de internação, é a mais frequente e grave complicação que acomete pacientes hospitalizados podendo levar a morte, além de elevar custos, pois aumenta em média cinco a dez dias o período de internação¹. É o estado patológico resultante da invasão por microorganismos e de seu posterior desenvolvimento. Desde que não seja adquirida de forma transplacentária, a infecção hospitalar em recém-nascido (RN) pode vir das condições maternas como: doença hipertensiva na gravidez, diabetes melito, deslocamento prematuro da placenta, vulvogenites, ruptura prematura da membrana (RPM), amolecimento uterino e fisiometria, causando sofrimento fetal e facilitando o risco de infecção hospitalar no RN. As infecções que ocorrem de 0-4 dias de vida usualmente se relacionam com a microbiota do canal do parto, *E. coli*, *Streptococcus* do grupo B e *Enterococcus*, a infecção do trato urinário no terceiro trimestre tem seu risco diretamente relacionado com a (RPM), uma vez que é uma das causas principais dessas condições.

Em nosso meio devemos destacar a importância relativa que a mortalidade perinatal (até o sétimo dia de vida) tem assumido na composição da mortalidade infantil. Ao analisarmos a mortalidade em menores de um ano em S.P vemos que desde 1987 a mortalidade perinatal tem contribuído com mais de 60% dos óbitos.

A tecnologia que torna possível a sobrevivência de RN prematuros envolve procedimentos habitualmente invasivos: equipamentos para assistência ventilatória, transdutores para monitorar a pressão intra-arterial, cateteres venosos centrais, cateteres umbilicais, transfusões de sangue, tubos nasotraquiais e

endotraqueais assistência ventilatória mecânica assistida (entubação).

As fontes de infecção são causadas com a assistência ao RN por meio de microbiota exógena, ou seja, pela veiculação pelas mãos da equipe de saúde, de microorganismos que irão contaminar a pele íntegra do RN.

Já as infecções por meio de microbiota endógena sofrem direta ação de pressão seletiva de antibióticos que embora possam se manifestar em surtos, infecções cruzadas são elas as responsáveis pela manutenção de endemias da infecção hospitalar.

Deve ser estabelecido um procedimento claro para o rastreamento de infecção suspeita ou confirmada, além disso, toda a equipe de enfermagem e médico que apresenta sintomas de doença contagiosa, não deve manusear as crianças. Doenças comunicáveis devem ser relatadas ao departamento de doenças infecciosas e epidemiologia de maneira apropriada.

As infecções hospitalares, impõem um encarecimento do atendimento na medida que demandam terapêutica complementar (gastos com antibióticos), aumento da permanência hospitalar, morbidade e mortalidade. Os custos hospitalares são compostos de custos diretos ou indiretos; os indiretos são arcados pelo hospital independente do volume de pacientes admitidos, já os custos diretos estão intimamente relacionados ao atendimento ao paciente e são passíveis de alteração com a redução das infecções hospitalares. Os custos assumem proporções diferentes de acordo com a característica do paciente (idade, doença de base, gravidade da doença, múltiplas infecções associadas), topografia da infecção e agentes infecciosos.

Um estudo realizado em 1998 por farmacêuticos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais buscou analisar qual teria sido o impacto dos gastos com antimicrobianos, o resultado

evidenciou que os gastos com antimicrobianos representavam 41,3% em relação ao consumo total de medicamentos.

Martins, em 1996, em estudo das infecções hospitalares em pacientes pediátricos do Hospital das Clínicas da UFMG, evidenciou um aumento de cinco vezes da permanência hospitalar: a média de permanência de crianças infectadas foi de 38,2 dias, enquanto a média dos não infectados foi de 7,7 dias. Evidentemente, a maior duração da permanência hospitalar aumentou o custo da internação dos pacientes infectados.

Segundo Himmelberg et al. (1991), os antimicrobianos representam de 25% a 35% das despesas com medicamentos; para Berman et al. (1992) estes gastos podem chegar até 50%.

OBJETIVO

Este trabalho visa à melhoria da qualidade de vida aos neonatos (RN), bem como um levantamento dos principais agentes envolvidos em infecção hospitalar na UTI neonatal.

METODOLOGIA E DISCUSSÃO

As bactérias Gram positivas são os microorganismos mais isolados na unidade, sendo os estafilococos coagulase negativos (*S. epidermidis*, *S. haemolyticus*, *S. warneri*, *S. hominis* e *S. capitis*), os principais agentes de infecção 66,8%. Em segundo lugar de importância aparece o *S. aureus* 17,8% e o *Streptococcus agalactiae* ocupa o terceiro lugar 6,77%. As bactérias Gram negativas ocuparam o segundo lugar dentro do quadro geral de agentes infecciosos na UTI – Neo. Em primeiro lugar aparece a *Klebsiella* sp 26,7%, seguida pela *Serratia marcescens* 25,5%, *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterobacter* sp 12,2%, *Acinetobacter* sp 10%, *Burkholderia cepacea* 6,7% e *Escherichia coli* 5,5%.

A Equipe de Enfermagem da Unidade de Neonatologia deverá permanecer sob a supervisão constante de uma enfermeira com treinamento específico em neonatologia. Todo o pessoal auxiliar deve ser submetido a treinamento prévio e mantido em atualização constante e fixo no setor.

CONCLUSÃO

Conhecendo as dificuldades dos recém-nascidos, no que diz respeito aos mecanismos de combate aos microrganismos – tanto na imunidade específica quanto na inespecífica –, somado aos fatores de risco que as UTIN necessariamente "impõem" (procedimentos invasivos, catéteres centrais, ventiladores, nutrição parenteral, antibioticoterapia de largo espectro) e a necessidade de permanência prolongada nas instituições, é obrigação de todo profissional que assiste este tipo de paciente, observar todas as recomendações disponíveis sobre a prevenção de infecções, além de permanecer em

constante alerta para qualquer evento que possa adicionar risco ao pequeno paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] RODRIGUES, E.A.C.; MENDONÇA, J. S., AMARANTE, J.M.B.; FILHO, M. B. A.; GRINBAUM, R. S.; RICHTIMANN, R. Infecções hospitalares prevenção e controle. Sarvier, São Paulo, pp. 499–510, 1997.
- [2] MARTINS, M.A. Manual de infecção hospitalar (epidemiologia, infecção e controle). MEDSI, Rio de Janeiro, pp.751–762, 2001.
- [3] AVERY, G.B.; FLETCHER, M.A.; MACDONALD, M.G. Neonatologia – fisiopatologia e tratado de recém-nascido. MEDSI, Rio de Janeiro, pp. 55-68, 1999.
- [4] PEREZ, E.M., WEISMAN, L.E. Novel approaches to neonatal bacterial sepsis. *Clin in Perinatol.*; 24(1):213-29, 1997.
- [5] GUERRINA, N.G. Bacterial and fungal infections. *Manual of neonatal care*, Lippincott-Raven Publishers, 271,1998.
- [6] UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Relatório de controle de infecção. Serviço de controle de Infecção Hospitalar / Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Hospital das Clínicas da UFMG, 1999.
- [7] STARLING, C.E.F. Custo-benefício do controle de infecções hospitalares. *Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares na Prática Diária (Ensaio)*. Belo Horizonte: Cuatiara, pp. 433-9, 1993.