Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 31/07/2017. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

BRAZ J INFECT DIS. 2013 (Espec Congr): 1-181

The Brazilian Journal of
INFECTIOUS DISEASES

www.elsevier.com/locate/bjid

INFECÇÕES HOSPITALARES

01. PERFIL DAS DOENÇAS INFECCIOSAS EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE

Thais Martins Figueiredo[a], Thamyris Thé de Holanda[a], Vanessa Pinheiro Alencar[a], Ximena Saldanha de Sena[a], Geraldo Bezerra da Silva Júniora[b], Elizabeth de Francesco Daher[b], João Moisés Landim Santana[b]

[a] *Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil*
[b] *Universidade Federal do Ceará, Fortaleza,CE, Brasil*

Objetivos: Traçar o perfil das infecções em pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) em um centro de hemodiálise. **Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo dos pacientes com IRC em hemodiálise no Centro de Nefrologia de Caucaia, região metropolitana de Fortaleza, Ceará, entre janeiro e dezembro de 2012. Foram revisados os prontuários para investigação da ocorrência de doenças infecciosas, os tipos de infecções, o tratamento instituído, a resposta ao tratamento e as complicações. Ainda foi feita comparação entre pacientes vivos e que foram a óbito. A análise estatística foi feita pelo programa GraphPad Prism 6, considerandos significativo s os valores de $p < 0,05$. **Resultados:** No período do estudo, 180 pacientes faziam tratamento hemodialítico. A média de idade era de 55 ± 16 anos, sendo 57% do sexo masculino. O tempo médio em hemodiálise era 46 ± 51 meses. Doenças infecciosas foram observadas em 160 pacientes (88%), sendo as mais frequentes: infecções de pele (21%) infecção respiratória (20%), infecção do trato urinário (17,5%), infecção de cateter (16,2%), infecção de fístula artériovenosa (10,6%) e infecções gastrointestinais (6,8%). O diagnóstico da infecção foi clínico na maioria dos casos (93,7%), sendo obtidas culturas positivas em apenas 6 casos (3,7%). Os agentes isolados foram ***Enterecoccus faecalis***, ***Escherichia coli*** (infecção urinária) e ***Klebsiella pneumoniae*** (infecção de cateter). Os esquemas antibióticos iniciais mais frequentes foram: cefazolina (infecção de pele), ciprofloxacina (infecção urinária e gastrointestinal), vancomicina (infecção de cateter e fístula) e ceftriaxone (infecção respiratória). A resposta ao tratamento inicial variou de 60,7% (nas infecções urinárias) a 87,5% (nas infecções respiratórias). O tempo em diálise foi maior nos pacientes com infecção de fístula, em comparação com as outras infecções (62 ± 58 ita. 38 ± 13 meses, $p = 0,0001$). A maioria dos pacientes (52%) apresentou mais de um tipo de infecção no período do estudo. Óbito ocorreu em 25 casos (15,6%). Os pacientes que foram a óbito apresentavam idade mais avançada (65 ± 19 irta. 53 ± 14 anos, $p = 0,0003$), mais frequentemente tinham cateter (48% ita. 13%, $p = 0,0002$), apresentavam maior frequência de anemia (92% ita. 54%, $p = 0,0003$), tinham menores níveis de albumina sérica (3,6 ± 0,5 ita. 4,0 ± 0,5g/dL, $p = 0,0003$) e necessitaram de internação com maior frequência (12% ita. 2%, $p = 0,04$). **Discussão:** O estudo encontrou alta incidência de doenças infecciosas nos pacientes com IRC em hemodiálise (> 80%) em 1 ano, sendo as mais prevalentes as infecções de pele, respiratória e trato urinário. A mortalidade foi alta (15,6%). Essas complicações representam a segunda causa de mortalidade neste grupo de pacientes, precedidos apenas das complicações cardiovasculares. **Conclusão:** Os pacientes com IRC em hemodiálise apresentam doenças infecciosas frequentemente associadas à mortalidade significativa. Um maior controle de infecções deve ser adotado visando à maior sobrevida dos pacientes.

02. CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS EM ENFERMAGEM ACERCA DO USO DAS MEDIDAS DE PRECAUÇÕES DE CONTATO

Julielen Salvador dos Santos, Ione Corrêa, Manoel Henrique Salgado

Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

A infecção hospitalar é vista como relevante indicador da qualidade da assistência e o serviço de prevenção passou a ser considerado programa prioritário de garantia de qualidade. O desenvolvimento de estratégias para o controle de infecção nos serviços de saúde é de extrema importância para se evitar a disseminação de microrganismos multirresistentes e promover a prevenção e controle de infecções relacionada à assistência à saúde. Apesar de todo o conhecimento adquirido nas últimas décadas sobre o uso indispensável das medidas de precaução padrão e de isolamento (gotículas, aerossóis e contato), ainda não se consegue uma implementação eficaz dessas medidas. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos graduandos em Enfermagem acerca do uso das medidas de precaução de contato. **Material e método:** Participaram desta pesquisa 3 universidades no interior do estado de São Paulo que ministram o Curso de Graduação em Enfermagem com total de 80 graduandos. A coleta dos dados se fez entre abril e maio de 2012, sendo elaborado um instrumento com questões abertas e fechadas sobre precaução de contato. As informações foram submetidas a procedimentos estatísticos no software MINITAB versão 16, recebendo a caracterização de adequada, parcialmente adequada e inadequada segundo categoria de acertos e erros. **Resultados e discussão:** Houve o predomínio do sexo feminino (86,25%) e faixa etária entre 20 e 29 anos (70,90%). Quanto à definição de precaução de contato e as doenças em que se utilizam as medidas de prevenção, a maioria dos graduandos respondeu ***parcialmente adequada***, 93,67% e 44,87%, respectivamente. Quanto às medidas a serem utilizadas durante a assistência ao paciente em precaução de contato, a maioria dos graduandos respondeu ***adequadamente*** (91,03%). Na revisão de literatura, as publicações sobre o tema descrevem que os profissionais de saúde e graduandos de outros cursos também não sabem relacionar as doenças em que se utilizam as medidas de precaução de contato, mas sabem quais as medidas a serem utilizadas durante a assistência. Como dificuldades na utilização dessas medidas foram citados o incômodo, a falta do material ou pessoal e a falta de tempo, inclusive nas publicações anteriores. **Conclusão:** Apesar dos graduandos saberem quais as medidas a serem utilizadas na precaução de contato, eles conhecem parcialmente no caso dedoenças em que se devem utilizar essas medidas, sugerindo assim a necessidade dereflexão sobre a qualidade do ensino de biossegurança e precaução de contato no curso de graduação, além da necessidade de proposta de implantação de protocolo admissional nas instituições de saúde para capacitação da equipe de enfermagem.

0009-739X/$ - see front matter © 2008 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 31/07/2017. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

35. INFECÇÃO POR *ACHROMOBACTER XYLOSOXIDANS* EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA - RELATO DE DOIS CASOS

Bruno Fernando Oliveira Buzo, Stefânia Bazanelli Prebianchi, Dulce Aparecida da Silva Cavalcante, Midian Beraldi da Silva, Maria Fernanda Festa Morari Scudeler, Marlirani Dalla Costa Rocha, Maria Patelli Juliani Souza Lima

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMP), Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Relatar dois casos de infecção por *Achromobacter xylosoxidans* (*A. xylosoxidans*) em pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Método:** Revisão de prontuários e levantamento bibliográfico. **Resultados/relato de caso:** Caso 1: Homem, 61 anos, ex-tabagista, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e de síndrome de Kartagener, usuário de corticoide inalatório e inaloterapia. Foi hospitalizado devido à uma exacerbação infecciosa. Na admissão, estava taquipneico, taquicárdico, com baixa saturação e febre. A radiografia de tórax apresentava um padrão de broncopneumonia. Foi iniciada terapêutica com amoxicilina-clavulanato, sem melhora clínica, sendo solicitada cultura de escarro, que evidenciou *A. xylosoxidans* e *Pseudomonas aeruginosa* no quinto dia de internação. Foi, então, tratado com imipenem durante dez dias, obtendo melhora clínica e tendo alta hospitalar. Caso 2: Homem, 70 anos, tabagista crônico, portador de DPOC, em uso de corticoide inalatório einaloterapia domiciliar, foi admitido com exacerbação infecciosa em outro serviço, que indicou o tratamento com azitromicina. Foi readmitido em ambulatório 20 dias após, com alteração do padrão respiratório e aumento da quantidade de secreção pulmonar, sendo encaminhado à internação. Apresentava-se taquipneico, com baixa saturação e febre. O hemograma mostrava leucocitose com desvio à esquerda. Iniciou-se moxifloxacina e enviou-se cultura de escarro para análise, que isolou *A. xylosoxidans* no terceiro dia de internação, sendo a antibioticoterapia substituída por imipenem durante sete dias, levando à melhora e alta do paciente. **Discussão:** *Achromobacter xylosoxidans* é um bacilo Gram-negativo que está presente em coleções de água intra e extra-hospitalares. A infecção por este microrganismo é comum em pacientes com riscos de fluidos em ambiente intra-hospitalar. *A. xylosoxidans* tem origem tanto comunitária quanto hospitalar, embora tenha sido isolada, da flora endógena do trato gastrointestinal e canal auditivo. Este microrganismo é um importante contaminante de fluidos intra-hospitalares, e sua principal via de transmissão são os fluidos parenterais, fluidos dialíticos e fluidos de irrigação. Sua transmissão é facilitada por umidificadores, inalações domiciliares e ventilação mecânica, que levam à pneumonia na maioria dos casos. O tratamento ainda não é estabelecido, mas sulfametoxazol-trimetoprim, ureidopenicilinas, carbapenêmicos e ceftazidima se mostraram efetivos contra o patógeno. Apresenta resistência a penicilinas, outras cefalosporinas, aminoglicosideos e aztreonam. **Conclusão:** É relatado que condições pulmonares crônicas, como DPOC, fibrose cística e outras síndromes bronquiectásicas facilitam a pneumonia por *A. xylosoxidans* em pacientes sem sinais de imunossupressão. Observamos, nos casos citados, que o alto grau de comprometimento ciliar facilita a colonização por este patógeno advinda da comunidade, sobretudo em usuários de inalação domiciliar.

36. HEMOCULTURAS: ESTUDO DA PREVALÊNCIA DOS MICRORGANISMOS, AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA E LETALIDADE DAS INFECÇÕES SISTÊMICAS

Raquel Muarrek Garcia, Camilla Arienti Gutierrez, Iara Schettine Adriano, Wanderson Eduardo Coelho, Lilian Cristina Jesus

Hospital Geral de Itapevi, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A infecção hospitalar (IH) ou nosocomial pode ser adquirida por qualquer pessoa, no entanto o termo empregado comumente referese às adquiridas por pacientes internados ou hospitalizados. A manifestação ocorre durante a iternação ou após alta. As classificações, quanto à origem da infecção, são de duas formas distintas, exógenas ou endógenas consideradas exógenas as que os agentes atingem o hospedeiro a partir de um reservatório ou fonte externa e endógenas as causas que provêm da microbiota normal da flora do paciente. O diagnóstico clínico das infecções de corrente sanguínea associadas a cateteres intravasculares é muitas vezes difícil. Em muitos casos, este diagnóstico é superestimado, resultando na remoção desnecessária do cateter e no uso abusivo de antimicrobianos. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo o estudo sobre a prevalência de óbito, bem como, analisar a adequação daterapêutica de escolha dos casos de infecções sistêmicas durante o ano de 2012 no Hospital Geral de Itapevi **Discussão/métodos:** A pesquisa foi realizada no período entre janeiro a dezembro de 2012 no município de Itapevi, SP. Os dados foram compilados do banco de infecções hospitalares do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Geral de Itapevi, foram analisados todos os casos de infecções sistêmicas do ano de 2012. **Conclusão:** No presente trabalho, observou-se diversificação no crescimento bacteriano nos exames de hemocultura realizados, neste sentido, dentre as amostras coletadas predominaram indivíduos com faixa etária de 0 a 3 meses (21,6%), menores de um ano (8,1%), de 1 a 2 anos (13,5%), 2 a 10 anos (4%), de 10 a 30 anos (10,8%), de 30 a 60 anos (25,6%)e acima de 60 anos (16,2%). Em 89,1% dos casos podemos concluir que a terapêutica foi adequada, porém os 10,8% de inadequação resultaram em 50% de óbitos. Diante deste quadro e das consequências da resistência bacteriana, como o aumento do tempo de hospitalização e aumento da gravidade das infecções hospitalares, entre outras, torna-se natural a elaboração e implementação de medidas mais efetivas de prevenção e controle das infecções nosocomiais.

37. A RESISTÊNCIA À VANCOMICINA ATRIBUI MORTALIDADE AOS EPISÓDIOS DE BACTEREMIA POR ENTEROCOCO?

Caroline Deutschendorf, Camila Hubner Dalmora, Rodrigo Pires dos Santos, Thiago Lisboa, Fabiano Nagel

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivo: Verificar impacto da resistência à vancomicina na mortalidade de pacientes com bacteremia por enterococo em hospital terciário. **Materiais e método:** Coorte prospectiva de pacientes com bacteremia por enterococo identificados entre 07/2011 e 12/2012 em hospital terciário. Foram avaliados fatores associados à mortalidade. **Resultados:** Foram incluídos 71 pacientes combacteremia por enterococo. Foram excluídos8 (11,3%) episódios em que houve definição de terminalidade. A amostra final de 63 pacientes era constituída de 42 pacientes masculinos (59,2%), mediana da idade de 62 (IQR 50;72). Dos isolados, 25 (35,2%) eram resistentes à vancomicina (VRE). A mortalidade global foi de 60,6%. Houve diferença significativa na mortalidade dos episódios causados por VRE vs. VSE (80,0% ita50,0%, OR 4,0 IC de 95% 1,3-12,5). Todos os pacientes da amostra receberam terapia antimicrobiana adequada. Análise de regressão logística ajustada para sexo, idade e comorbidades mostrou que a presença de VRE se associou independentemente com a mortalidade de pacientes com bacteremia por enterococo (OR = 9,1 IC de 95% 2,3-35,2; Hosmer-Lomeshow goodness-of-fit 0,232). Foram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 44 (69,8%) pacientes, sendo 22 (50,0%) infectados por VRE. A mediana do APACHE II foi 24 (IQR 20;31), sem diferença significativa na comparação dos pacientes VRE (26) vs. VSE (23) (p = 0,54). A mortalidade observada/prevista dos pacientes com VRE era de 0,90/0,57 e dos pacientes VSE foi de 0,68/0,46, sugerindo um excesso de mortalidade relativa de 10,0% nos pacientes com VRE na UTI. **Discussão:** Apesar da implementação de protocolos de controle de infecção, a presença de VRE permanece endêmica em diversos hospitais. Este fenômeno parece envolver uso excessivo de antimicrobianos, falta de adesão às medidas de controle de infecção, dificuldade na detecção do germe e talvez uma maior circulação hospitalar de pacientes colonizados ou infectados por VRE. Surtos de infecção por VRE ocorrem em grupos de pacientes tanto clínicos quanto cirúrgicos, mesmo em populações pouco propensas, como, por exemplo, pacientes pós-cirurgia cardíaca. Medidas de controle epidemiológico podem ter impacto positivo nas taxas de colonização e infecção por VRE. Estudos epidemiológicos de grande porte e meta-análise recente evidenciam que a identificação de *Enterococcus faecium*, uso prévio de vancomicina e creatinina sérica anormal são preditores de bacteremia por VRE, e que ocorre mais falha terapêutica e há maior mortalidade em pacientes com bacteremia por VRE do que com VSE. **Conclusão:** Nosso estudo evidenciou uma mortalidade significativamente maior em pacientes com infecção de corrente sanguínea por VRE comparativamente àqueles infectados por VSE. Parece haver um excesso de mortalidade atribuível nas bacteremias por VRE.