

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

ISSN 2238-3360 | Ano III - Volume 3 - Número 3 - 2013 - Jul/Set



RELATO DE EXPERIÊNCIA

Segurança ou insegurança do paciente internado: um estudo de caso *Safety or insecurity inpatient: a case study*

Rodrigo Galvão Bueno Gardona¹, Beatriz Castro Reis², Lucia Helena Rocha Vilela³.

¹Especialização em Prevenção e Controle de infecção relacionado à assistência à saúde, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde de Minaçu, GO, Brasil.

³Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), Pouso Alegre, MG, Brasil.

Recebido em: 06/10/2013

Aceito em: 21/11/2013

enfrodrigogardona@gmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde Nº 2.616 de 12 de maio de 1998, define-se por infecção hospitalar qualquer infecção "adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares"¹. É de conhecimento que procedimentos assistenciais em saúde que não observam os princípios técnico-científicos, contribuem significativamente para casos de infecções relacionados à assistência à saúde. Tais procedimentos podem ser compreendidos como manifestações iatrogênicas. Entende-se por iatrogenia, resposta traumática ao paciente decorrente de determinados procedimentos-intervenções de saúde, sendo estes certo ou errado, proposital ou não, podendo gerar consequências irreversíveis². Essas iatrogenias geralmente são resultantes do descumprimento de normas técnicas e da negligência a um procedimento de cuidado a saúde².

É de conhecimento que o idoso, em especial os que possuem Diabetes Mellitus são mais sensíveis a desenvolver infecção hospitalar^{3,4} e respostas iatrogênicas². Estes justificados pelas alterações fisiológicas do envelhecimento, particularmente sobre a modificação das respostas imunológicas, anti-infecciosas⁵.

RELATO

Paciente do gênero feminino, de cor branca, 78 anos, aposentada, viúva, reside com a filha e o genro em uma cidade do

interior de Minas Gerais, religião católica, de nacionalidade brasileira. Apresenta o cognitivo preservado, movimentos locomotores ativos, possui Diabetes Mellitus do tipo latente e autoimune (LADA). Há 31 anos, faz uso dos seguintes medicamentos: Insulina Glargina, 1 vez ao dia, Insulina Aspart 2 vezes ao dia, antiagregante plaquetário (Somalgin cárdio, 100mg), vasodilatador periférico (Cilostazol, 50mg), Levotiroxina 88mcg, antilipêmico (rosuvastatina cálcica, 10mg) e outros. Desenvolve as atividades de vida diária (AVD), e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) somente com auxílio, inclusive a deambulação. Portadora de disautonomia diabética importante, neuropatias e retinopatia proliferativa, com perda da visão em olho esquerdo (descolamento da retina) e com apenas 20% de visão em olho direito.

No dia 31/05/2012 às 19h30 a paciente deu entrada no pronto atendimento de um hospital privado de médio porte em um município do interior de Minas Gerais apresentando hematêmese em grande quantidade. A cliente foi prontamente atendida, sendo encaminhada para a unidade de terapia intensiva (UTI) com o diagnóstico médico de hemorragia digestiva alta. A mesma foi submetida a tratamento clínico não cirúrgico e a hemorragia foi rapidamente controlada com medicamentos anti hemorrágicos e reposição de hemácias. Permaneceu 2 dias na UTI, que no momento estava com a sua capacidade máxima de pacientes internados. Um diagnóstico de enfermagem identificado neste caso é o risco de infecção,⁶ relacionado ao estado clínico geral da paciente. Em 03/06 após a estabilização do quadro de saúde, a mesma foi encaminhada para a unidade de clínica médica, em um quarto com leito único. A cliente estava com cateter venoso periférico (do tipo abocath R. material

de poliuretano, número 22), na região dorsal da mão esquerda, em venoclesterapia. O membro apresentava-se com curativo oclusivo com fita micropore, de cor branca, transparente com a data de 31/05.

No dia 04/06 recebeu alta hospitalar, permanecendo com cateter venoso periférico da data de 31/05 até o momento de alta. Ao retirar o curativo no sítio da inserção, foi observada a presença de edema e hiperemia. Um diagnóstico de enfermagem identificado nesta fase foi a integridade da pele prejudicada⁶, que está relacionado aos procedimentos de saúde realizado, pois localiza-se no local da inserção do acesso venoso periférico. Apesar do ocorrido a alta hospitalar foi mantida, sendo que não foi avaliada por nenhum profissional no momento da saída. Não foi utilizado nenhum medicamento nos 3 dias subsequentes para combater a infecção.

Em 07/06 foi notado à presença de sinais inflamatórios intensos (dor, calor, edema e hiperemia), enrijecimento local e cordão fibroso. Quatros dias depois (11/06) estas manifestações evoluíram para uma úlcera. Lesão pequena (2cmX1,5cm) de caráter agudo, em resposta inflamatória. De aspecto oval, leito da ferida com 75% de tecido granulado) e 25% de tecido necrosado, margem regular, ferida sem presença de exsudato. Pele perilesional intacta, com coloração esbranquiçada. Edema acentuado na região lesional, com hiperemia ativa intensa (Figura 1A).

No dia 13/06 a paciente foi avaliada pelo médico no qual foi prescrito ceftriaxona (1g), por via intramuscular, durante sete dias. Iniciou-se a aplicação de compressas mornas na região da lesão, por várias vezes

ao dia, sobre a cobertura de hidrocolóide mais proteção com gazes estéreis.

Em 18/06 após drenar o abscesso da ferida, foi observado grande quantidade de secreção sanguíneo-purulenta, com exposição do tendão (Figura 1B). A lesão apresenta uma dimensão de 3,0cmX2,5cm. Iniciado o curativo com hidrofibra antimicrobiano, estéril, macio, composto por carboximetilcelulose sódica e prata.

No dia 19/06 terminou o período de antibioticoterapia. A lesão manteve a dimensão de 3,0X2,5cm. Realizado troca de curativo após limpeza com soro fisiológico 0,9% morno. A frequência de troca do curativo foi de a cada 3 dias, sendo usado cobertura de hidrocolóide mais proteção com gazes estéreis.

Em 23/06 observou-se redução da dimensão da úlcera (2,5X2,0 cm). Ferida com tecido desvitalizado, coágulo de sangue e tecido granulado, margens maceradas (Figura 2A).

Em 26/06 aplicou-se a cobertura primária de hidrogel com alginato de cálcio, cobrindo secundariamente a lesão com hidrofibra antimicrobiana. Em 03/07 observa-se uma evolução importante no processo de cicatrização. Ferida medindo 1,6cmX1,0cm, assim como a redução dos sinais flogísticos locais. Mantendo compressas mornas estéreis sobre curativo primário e em seguida curativos. A ferida apresenta tecido granulado (Figura 2B).

Após a troca do curativo em uma frequência de a cada 3 dias, com aplicação de compressas mornas sobre curativo primário e posteriormente usado cobertura de hidrogel, em 11/08 observa-se a ferida cicatrizada (Figura 3). Em uso do curativo com placa de hidro-



Figura 1A



Figura 1B

Figura 1. 1A. Úlcera em resposta inflamatória; 1B. Lesão após drenagem.



Figura 2A



Figura 2B

Figura 2. 2A. Redução da lesão; 2B. Tecido de Granulação



Figura 3. Ferida cicatrizada após 62 dias

colóide extrafino para proteção da ferida, conforme recomendação da literatura⁷.

Um fator importante para a infecção no vaso periférico (veno-oso) em uso de cateteres é a manipulação inadequada, tal como sua retirada por "ocorrências diversas". A lesão foi visualizada apenas na retirada do cateter no momento da alta hospitalar, pelos familiares, sem nenhuma intervenção da equipe de enfermagem⁷. Problema que pode ser prevenido com uma manutenção pontual a respeito das técnicas que zelam por esta via terapêutica assim como a prevenção e detecção precoce de processos inflamatório-infecciosos^{8,9}. Segundo Magerote et al (2011) a flebite é comum em 25,8% dos pacientes internados, prevalecendo no lado esquerdo (55%)⁷. A respeito do risco de infecção hospitalar, 11,6% das infecções estão relacionadas com microrganismos multidrogarresistentes, afetando a população com a faixa etária entre 60 e 69 anos¹⁰.

Não foi diagnosticado na fase inicial a causa da flebite e o relatório enviado à instituição com explicações detalhadas do agravo, com as respectivas fotos, não obteve nenhuma resposta, do corpo clínico nem da comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH).

CONCLUSÃO

Com este relato expressamos a importância da equipe de saúde na vigilância aos princípios de prevenção de infecção e com a segurança do paciente. Torna-se necessária, portanto, uma reflexão entre a equipe assistencial uma vez que o curativo não foi trocado no prazo determinado de 72 horas, e um período de 9 dias sem a medi-

cação adequada para a infecção. Além de técnicas pouco elucidadas como a aplicação de compressas mornas, que dependendo do caso pode agravar a infecção. Uso de coberturas adequadas, porém tardias. Este relato demonstra como o paciente em especial o idoso fica suscetível no ambiente hospitalar e como o caso foi conduzido de forma iatrogênica. No fator segurança do paciente, observa-se com nitidez falhas na: comunicação efetiva entre a equipe, administração insegura de medicamentos por meio do dispositivo venoso, falha na condução do tratamento da úlcera e infecção.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.616 de 12 de Maio de 1998, programa de Controle de infecção hospitalar. Brasil: Ministério da Saúde, 1998.
2. Carvalho-Filho ET, Souza MAR, Vaz MYK. Iatrogenia no idoso. *Rev Bras Med.* 1996;53(3):117-137.
3. Saviteer SM, Samsa GP, Rutala WA. Nosocomial infections in elderly: increased risk per hospital day. *Am J Med.* 1988;84(4):661-6.
4. Bôas PJFV, Ruiz T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev Saude Publica.* 2004;38(3):372-378.
5. Mota SMC, Porto DB, Freitas MVC, et al. Imunossenescência: alterações imunológicas no idoso. *Rev Bras Med.* 2009;67(6):183-188.
6. North N. Diagnóstico de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.
7. Magerote NP, Lima MHM, Silva JB. Associação entre flebite e a retirada de cateteres intravenoso periférico. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(3):486-492.
8. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20(2):1-7.
9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Intervenções e medidas de intervenção e controle da resistência bacteriana. Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso periférico. Brasil: ANVISA, 2010.
10. Garcia LM, César ICO, Braga CA, et al. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares por bactéria multidrogarresistentes em um hospital do norte de Minas Gerais (Brasil). *Rev Epidemiol Control Infect.* 2013;3(2):45-49.