

2006

# Infeção Urinária Hospitalar

## Medidas de prevenção e controlo

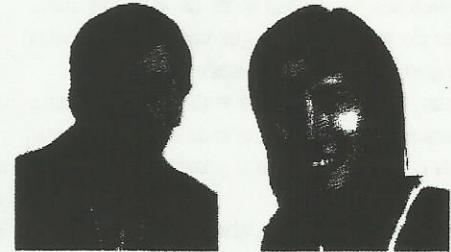
A

Infeção Hospitalar (IH) é um problema que dificilmente se poderá erradicar, embora seja possível reduzir a sua incidência para valores aceitáveis.<sup>1</sup>

Dado que esta problemática abarca, além da componente sanitária, a económica, o enfoque na minimização dos custos e maximização dos benefícios é dado à prevenção, devendo esta mobilizar um conjunto de medidas administrativas, financeiras e técnicas, destinadas a impedir a transmissão de microrganismos patogénicos numa instituição hospitalar.

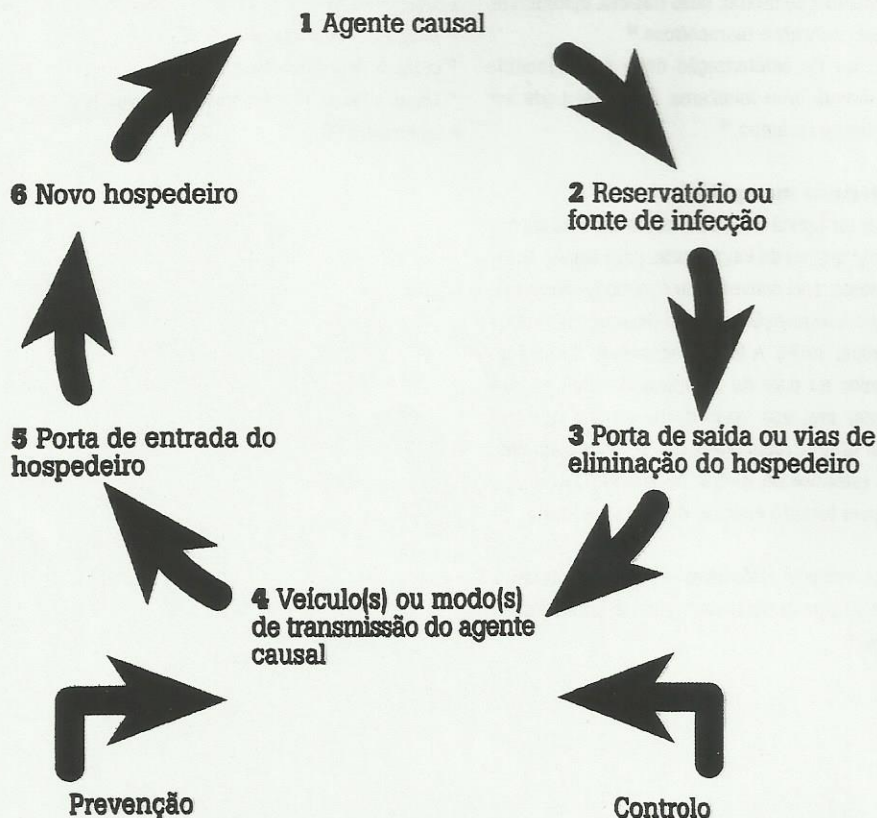
Na literatura especializada, os autores são unânimes em considerar que as taxas de IH são um forte indicador da qualidade dos cuidados prestados. Por isso, a abordagem desta problemática constitui, actualmente, a consciencialização de que os profissionais de saúde necessitam reavaliar a qualidade dos cuidados prestados, visando racionalizar práticas anacrónicas mantidas pela desinformação.

Um correcto conhecimento dos diferentes elementos da cadeia epidemiológica e factores de risco da IH tornará possível a identificação dos pontos onde a actuação sanitária deverá ser mais precisa e eficiente. Se for quebrado um dos elos da cadeia epidemiológica, pode controlar-se o processo infeccioso, interrompendo-o.<sup>2</sup>



AUTORES Norberto Silva e Matilde Martins

Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na UHB - Unidade Hospitalar de Bragança



Prevenção e controlo da IH<sup>3</sup>

### Prevenção e controlo da IH

As ITU's, como a grande maioria das IH's, têm origem num processo multicausal, no qual os microrganismos são apenas um dos integrantes desta complexa cadeia de eventos. Assim, esperar de uma medida isolada a "solução mágica" que previna estas infecções é uma atitude anti-científica condenada ao insucesso.<sup>4</sup>

A literatura especializada destaca algumas medidas profiláticas, que apresentamos a seguir, enfatizando que nenhuma delas se tem mostrado suficiente para isoladamente reduzir a ocorrência destas IH's.

Os princípios básicos para a prevenção de ITU's relacionam-se à utilização criteriosa de cateterização vesical e aos cuidados assépticos com o sistema de drenagem fechado.<sup>5</sup>

Neste sentido, sendo a algália o principal factor de risco para ITU's hospitalares, o método mais simples e eficaz de preveni-las é restringir este procedimento às suas indicações precisas, lançando mão, sempre que possível, de outras soluções alternativas. A sua indicação não deve atender ao conforto das equipas médica e de enfermagem.<sup>6</sup>

Estima-se que um terço dos dias de cateterismo são desnecessários, e com a remoção do cateter

podem ser prevenidas cerca de 40% das infecções do tracto urinário, que ocorrem nestes dias em que a cateterização excede o indicado.<sup>7</sup>

Assim, uma boa prática é avaliar regularmente a necessidade de manutenção da algáliação e retirá-la o mais precocemente possível.<sup>8</sup>

Utilizando-se o sistema aberto de drenagem de urina, 60% a 100% dos doentes apresentam ITU ao fim de 4 dias de algáliação. Com o sistema fechado, ocorre ITU em 20% a 40% dos doentes ao fim de 4 dias.<sup>9</sup>

O Projecto Controlo de Infecção (1996) recomenda que se deve utilizar e manter um sistema de drenagem fechado, em que o cateter e o saco colector se mantêm continuamente conectados e o saco tem uma válvula anti-refluxo, um local de punção para recolha de amostras de urina e um sistema de esvaziamento com torneira, não havendo necessidade de o desconectar para o esvaziar.

Segundo Gagliardi, Fernandes e Cavalcante (2000), estes sistemas são capazes de prevenir a ITU em 70% a 85%.

Relativamente ao uso de um cateter de látex ou de silicone - os que estão disponíveis no HDB -, alguns estudos mostram que não há diferenças significativas na incidência de bacteriúria entre um e outro.<sup>10</sup>

Outra questão importante refere-se ao treino dos profissionais de saúde quanto às técnicas assépticas de inserção e manutenção do cateter, devendo evitar-se aberturas, interrupções do fluxo, irrigações desnecessárias e substituir o cateter por períodos fixados arbitrariamente, sem ter em conta o tipo de cateter e a reacção individual ao mesmo. Acrescentem-se os cuidados de higiene perineal, dando especial atenção aos doentes com diarreia, em que a higiene é necessária a cada evacuação, principalmente se ocorrer em mulheres.<sup>11</sup>

As medidas alternativas à sonda vesical passam pela utilização de preservativos colectores de urina, fraldas descartáveis, cateterismo intermitente e cateterismo suprapúbico.

#### **Preservativos colectores de urina**

Para homens incontinentes constitui uma boa opção, embora não evite a bacteriúria e facilite o aparecimento de ITU. No entanto, a frequência de ITU é substancialmente menor quando compa-

rada à determinada por cateter vesical mantido. Os cuidados indispensáveis ao seu uso incluem a sua substituição a cada 24 horas e uma higiene cuidada do pénis a cada troca.<sup>12</sup>

#### **Fraldas descartáveis**

Podem ser usadas em doentes incontinentes, especialmente mulheres, sempre que possível. No entanto, para alguns autores há divergência quanto ao aumento ou não do risco de ITU. Recomendam-se trocas frequentes e higiene genital com água e sabão.<sup>13</sup>

#### **Cateterismo intermitente**

Para retenções urinárias de curto tempo, como as pós-operatórias, há controvérsia na sua utilização, pois não estará ainda estabelecida a vantagem deste procedimento sobre o cateterismo mantido. Porém, para doentes com retenção crónica, a sua utilização é mais consensual pois, segundo os autores, a sua superioridade é incontestável relativamente a frequência de ITU, episódios febris, bacteriémia, cálculos, infecções periuretrais e insuficiência renal.<sup>14</sup>

Entretanto provoca mais hematúria, estreitamento e inflamação uretral, falso trajecto, epididimite, cálculos vesicais e hidronefrose.<sup>15</sup>

A técnica de cateterização deve ser aprendida pelo doente e/ou familiares. O cateter pode ser esterilizado ou limpo.<sup>16</sup>

#### **Cateterismo suprapúbico**

Apesar de pouco estudada, tanto nas indicações de curto quanto de longo prazo, para alguns autores parece mais conveniente e menos associada a ITU que a algáliação mantida (Marangoni, Soares e Moreira, 1998). A menor densidade de microrganismos na pele da parede abdominal poderá acarretar menores taxas de bacteriúria que um cateter uretral. Além disso, não provoca sequelas, como estenose da uretra, permitindo a clampagem para festar a emissão de urina via uretral.<sup>17</sup>

Alguns autores defendem a descontaminação intestinal com antibióticos como medida complementar.<sup>18</sup>

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- <sup>1</sup> Veiga, 1994
- <sup>2</sup> Matos, Almeida e Pinto, 1996
- <sup>3</sup> Adaptado de Prade, S. S. - *Método de Controlo das IH Orientado*
- <sup>4</sup> Gagliardi, Fernandes e Cavalcante, 2000
- <sup>5</sup> Couto e Pedrosa, 1999; Gagliardi, Fernandes e Cavalcante, 2000
- <sup>6</sup> Wong e Hooton, 1981; Marangoni, Soares e Moreira, 1998; Couto e Pedrosa, 1999; Gagliardi, Fernandes e Cavalcante, 2000
- <sup>7</sup> Marangoni, Soares e Moreira, 1998; Gagliardi, Fernandes e Cavalcante, 2000
- <sup>8</sup> *Projecto Controlo de Infecção*, 1996; *Journal of Hospital Infection*, 2001
- <sup>9</sup> Marangoni, Soares e Moreira, 1998
- <sup>10</sup> Talja, Korpela e Jarvi, 1990; Lopez-Lopez [et al.], 1991
- <sup>11</sup> *Projecto Controlo de Infecção*, 1996; Gagliardi, Fernandes e Cavalcante, 2000
- <sup>12</sup> Marangoni, Soares e Moreira, 1998
- <sup>13</sup> Marangoni, Soares e Moreira, 1998
- <sup>14</sup> Marangoni, Soares e Moreira, 1998; Gagliardi, Fernandes e Cavalcante, 2000
- <sup>15</sup> Wyndaele e Maes, 1990 referidos por Gagliardi, Fernandes e Cavalcante, 2000
- <sup>16</sup> Marangoni, Soares e Moreira, 1998
- <sup>17</sup> Gagliardi, Fernandes e Cavalcante, 2000
- <sup>18</sup> Dineen e Drusin, 1973 referidos por Gagliardi, Fernandes e Cavalcante, 2000