

### 30. INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA APÓS CIRURGIA DE GASTROSCUISE: UM ESTUDO DE CASO.

Aline Verônica de Oliveira Gomes<sup>1</sup>; Ana Paula Alencar Macário da Silva<sup>2</sup>; Camilla Ferreira Catarino<sup>3</sup>; Carlos Eduardo da Silva Figueiredo<sup>4</sup>; Mari Helena Gonçalves de Carvalho<sup>5</sup>; Mirza Rocha Figueiredo<sup>6</sup>

A Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) é uma das infecções mais comuns relacionada à assistência à saúde no Brasil. Estatísticas do Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) indicam que 14 a 16% das infecções hospitalares são atribuídas às infecções de sítio cirúrgico, fato esse, que aumenta significativamente os custos relativos aos cuidados de saúde. (OLIVEIRA, 2005). Além disso, a ISC é uma complicação relevante, uma vez que contribui para o aumento da morbimortalidade dos pacientes pós-cirúrgicos. Junto a esta realidade, encontramos ainda uma população que por si só, é considerada um grupo de risco, os neonatos. Estima-se que no Brasil, 60% da mortalidade infantil, têm como principal causa a sepse neonatal (DATASUS, 2008). Por ser um grupo peculiar, onde encontramos uma série de fatores de risco intrínsecos como imunocompetência, extremo de idade e por vezes, a prematuridade, visualiza-se que este grupo necessita de uma atenção diferenciada, a fim de que não sofra tais complicações. Além disso, dentro dessa classe, encontramos diversos neonatos portadores de malformações congênicas e, em alguns casos, logo após o nascimento, essas crianças são submetidas a procedimentos cirúrgicos, como no caso da gastrosquise. Essa anomalia é definida como a exteriorização das vísceras abdominais (estômago, alças intestinais) através de um defeito na parede abdominal à direita do cordão umbilical, que geralmente é implantado em sua posição habitual. O diâmetro do orifício pode variar de 1 a 15 cm. Nos casos em que esse diâmetro é muito pequeno, pode ocorrer estrangulamento e necrose extensa do intestino exteriorizado. Nos grandes defeitos, a exteriorização da bexiga, útero, tuba uterina, parte do fígado, vesícula, e baço são comuns. (MOREIRA, 2004). Dependendo do tamanho do defeito, o fechamento pode ser feito de imediato. Nos casos em que não é possível fazê-lo, pelo fato do conteúdo externo ser excessivo, utiliza-se uma bolsa de plástico tipo de silicone polimérico, onde o conteúdo estéril é colocado, sendo a base desta bolsa saturada no abdômen mantendo o conteúdo estéril e a temperatura e as umidades constantes. (TAMEZ, 2006). Sendo assim, é de extrema importância, que o profissional de saúde esteja atento e devidamente treinado para os cuidados com as feridas cirúrgicas desses pacientes. **Objeto:** Infecção de ferida operatória em uma recém-nascida em pós-operatório de gastrosquise. **Objetivo:** Descrever um caso de uma RN com gastrosquise que apresentou infecção de ferida operatória; identificar a terapêutica antimicrobiana utilizada e a evolução do caso. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, com

abordagem qualitativa, de caráter exploratório, do tipo estudo de caso. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), de um hospital de referência em malformações cirúrgicas com uma RN portadora de gastrosquise. A coleta de dados foi realizada através de buscas semanais no prontuário da paciente, onde foram coletados a anamnese, história obstétrica, os dados do pré-natal, a história familiar, história econômica e história da doença atual, além de acompanhamento das evoluções do serviço médico e de enfermagem. O estudo foi realizado desde o primeiro dia de internação da UTIN até a alta hospitalar da paciente, resultando em 42 dias de internação. **Resultados:** A recém-nascida permaneceu 26 dias com cateter epicutâneo (PICC) e dieta por Nutrição Parenteral Total (NPT). A dieta via oral foi iniciada no 20º dia de internação, (11º dia após fechamento de parede abdominal), apresentou boa tolerância, permitindo progressão e começou a receber dieta plena no 26º dia de vida. Apresentou algumas regurgitações, durante a transição do leite humano para NAN 1, com resolução espontânea. No 37º dia de internação, apresentou hiperemia de ferida operatória persistente. Um dia depois, além da hiperemia, apresentou edema, calor, dor à palpação abdominal e hipoatividade. No mesmo dia foi colhido hemocultura e iniciado tratamento com antimicrobianos, amicacina (3 dias) e oxacilina (5 dias). Após o resultado da hemocultura (positivo para *Estafilococos Epidermidis* resistente a oxacilina) ambos antibióticos foram interrompidos e iniciado esquema de vancomicina por 9 dias. Dia 16/04 hemocultura de controle negativa e dia 17/04 hemocultura também negativa. Recebeu alta no 42º dia de internação apresentando peso = 2040g, perímetro cefálico = 34 cm, estatura = 44 cm. Dieta por aleitamento materno e NAN 1 (45ml) a cada 3 horas. **Conclusão:** Através de estudos como esse, visualizamos que é essencial que a assistência prestada a essa clientela tão vulnerável seja individualizada, atendendo às suas necessidades. Sendo assim, torna-se fundamental as estratégias de treinamento elaboradas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), além de possibilitar o despertar da equipe de saúde num contexto geral. No recém-nascido, os sinais e sintomas de infecção são sutis e rápidos, tornando-se essencial a presença de uma equipe treinada que tenha atenção quanto às mudanças que prenunciam uma infecção.

**Descritores:** Infecção da Ferida Operatória. Infecção Hospitalar. Terapia Intensiva Neonatal. Gastrosquise.

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem (UNIRIO). Especialista em Enfermagem Pediátrica (IFF/FIOCRUZ). Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (IFF/FIOCRUZ). Preceptora da Residência de Enfermagem na Área de Controle de Infecção Hospitalar (IFF/FIOCRUZ).

<sup>2</sup> Mestre em Epidemiologia (UFRJ). Especialista em Saúde Coletiva (FIOCRUZ). Enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiologia (IFF/FIOCRUZ). Supervisora da Residência em Enfermagem na Área de Controle de Infecção Hospitalar (IFF/FIOCRUZ).

<sup>3</sup> Enfermeira. Residente em Enfermagem na Área de Controle de Infecção Hospitalar (IFF/FIOCRUZ).

<sup>4</sup> Mestre em Epidemiologia (UFRJ). Médico Epidemiologista da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (IFF/FIOCRUZ).

<sup>5</sup> Bióloga. Especialista em Controle de Infecção Hospitalar (UGF). Membro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (IFF/FIOCRUZ)

<sup>6</sup> Doutora em Epidemiologia (UERJ). Coordenadora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (IFF/FIOCRUZ).