

275M

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

"FREQUÊNCIA DE INFECÇÕES HOSPITALARES
EM PACIENTES COM S.I.D.A. NO HOS-
PITAL NEREU RAMOS - FLORIANÓPOLIS-SC"

Florianópolis (SC), janeiro de 1993.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS:

Ao Sr. José Angelino da Silva Fº e
Enfermeira Ana Rosete Maia, pela
colaboração durante a realização
desta pesquisa.

ÍNDICE

RESUMO	05
INTRODUÇÃO	06
OBJETIVOS	10
MATERIAL E MÉTODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	19
CONCLUSÕES	28
ABSTRACT	29
BIBLIOGRAFIA	30
ANEXOS	33

RESUMO

Este estudo objetivou identificar a freqüência de infecções hospitalares e o índice de mortalidade em indivíduos com SIDA.

De janeiro a junho de 1992 os autores estudaram prontuários e fichas de notificação de infecções hospitalares em 96 (noventa e seis) pacientes internados no Hospital Nereu Ramos - Florianópolis/SC sob o diagnóstico de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Os critérios e a metodologia utilizada foram os estabelecidos pela Portaria MS 196/83.

O grupo estudado era constituído por 76 (setenta e seis) homens e 20 (vinte) mulheres, predominantemente na faixa etária de 25 a 34 anos (53,0%). Foram diagnosticados 11 (onze) episódios de infecções hospitalares (11,4%), sendo assim distribuídos: trato genitourinário 03 (três) (25,0%), oculares 03 (três) (25,0%), sépsis 02 (dois) (16,6%) e, inserção de cateter venoso, árvore respiratória, trato gastrointestinal com 01 (um) cada (8,3%).

A totalidade dos pacientes foi submetida aos procedimentos clínico-diagnósticos. Dos 11 (onze) (11,4%) que cursaram com infecções hospitalares, 08 (oito) (72,7%) evoluíram para óbito, enquanto que naqueles livres das infecções hospitalares o obituario ficou em 30,5% (26 pacientes).

Neste estudo observamos que as infecções hospitalares em pacientes com SIDA parecem contribuir significativamente para a mortalidade dos mesmos.

INTRODUÇÃO

No início dos anos 90, a medicina confrontou-se com um novo desafio: o Centro para Controle de Doenças (CDC) dos EUA foi notificado da ocorrência de processos mórbidos de natureza oportunística, causados por alterações no sistema imunológico de adultos jovens previamente saudáveis que enquadravam-se na prática de comportamento homossexual masculino (12, 14).

As indagações, hipóteses e pesquisas começaram e, de lá para cá, chegou-se à conclusão de que tratava-se de uma das mais graves ameaças à vida das pessoas de todos os tempos: a epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Os anos se passaram, o agente etiológico foi identificado, novos grupos foram taxados como de risco: homens e mulheres com prática heterossexual, usuários de drogas injetáveis, receptores de hemoderivados, recém-nascidos de mães portadoras do HIV, profissionais da área da saúde. Medidas de prevenção e controle foram estabelecidas e, mesmo assim a disseminação do vírus continua em franco crescimento, notadamente nos países pobres do terceiro mundo, onde já assume características de pandemia (12, 14).

A sintomatologia clínica decorrente da infecção pelo HIV nos permite classificar o paciente em diferentes estágios da doença (grupos) (09).

- I - Infecção aguda (Síndrome "Mononucleose Like")
- II - Infecção Assintomática
- III - Linfadenopatia generalizada persistente (complexo relacionado à SIDA - ARC)
- IV - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

A maioria do contingente de indivíduos infectados permanece na

qualidade de "portadores assintomáticos" por um período de tempo muito variável, podendo chegar até 10 (dez) anos (03). Na dependência de alguns eventos, que a classe médica prefere chamar de co-fatores, o paciente começa a apresentar sinais e sintomas decorrentes do mau funcionamento do seu sistema de proteção imunológico. Aparecem então as manifestações constitucionais da AIDS propriamente dita. O indivíduo torna-se susceptível às infecções, geralmente causadas por germes oportunistas, e apresenta-se com maior potencial de desenvolver quadros neoplásicos, dentre eles o Sarcoma de Kaposi (09).

Os últimos números da doença são preocupantes e desalentadores. Até 1º de julho de 1992 foram notificados à Organização Mundial de Saúde 501.272 (quinhentos e um mil, duzentos e setenta e dois) casos, contra 191.136 (cento e noventa e um mil, cento e trinta e seis) casos até finais de 1988, denotando um crescimento de 162% nos últimos 3,5 anos. No Brasil os números passaram de 7.846 (sete mil, oitocentos e quarenta e seis) casos (1988) para 31.949 (trinta e um mil, novecentos e quarenta e nove) casos em 1º de novembro de 1992, com um crescimento de 307% em 3,5 anos. Em Santa Catarina os números passaram de 60 (sessenta) casos nesta data para 567 (quinhentos e sessenta e sete) em finais de outubro de 1992, um crescimento de 845%, o que coloca o Estado na 8ª colocação nacional em números de casos de AIDS (19).

Os pacientes com AIDS, com frequência, apresentam condições clínicas que os predispõe à infecções. Estas, por sua vez, necessitam de múltiplos fatores interagindo entre si para poderem se assentar no indivíduo. Dentre os fatores destacamos:

- a) Virulência do agente;
- b) Concentração do agente nos tecidos orgânicos;
- c) Mecanismos de defesa do hospedeiro;
- d) Condições ambientais.

Parece natural que diferentes doenças de base condicionem os

doentes desigualmente para a aquisição de infecções hospitalares, pois o risco de adquiri-la aumenta com a diminuição da resistência do hospedeiro (28). Nesse sentido, a doença causal da internação, associada a fatores tais como exposição hospitalar, tipo e duração de procedimentos diagnósticos e terapêuticos seriam de fundamental importância (07, 20, 28).

Por se tratar de uma doença que acomete todo o organismo, propiciando sérios danos ao sistema de defesa, fica difícil estabelecer com precisão a diferença entre infecções comunitárias e hospitalares (nosocomiais), principalmente em hospitais de doenças transmissíveis (28).

Segundo o Manual de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, infecção comunitária (não hospitalar, não institucional) é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital. Já infecção hospitalar (institucional ou nosocomial) é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifeste durante a mesma ou então após a alta, desde que possa ser relacionada com a hospitalização (20).

O mesmo manual delineaia normas gerais para o diagnóstico de infecções hospitalares, que são:

01. Quando depois de internado com infecção comunitária, o paciente apresentar sinais e sintomas clínicos de uma infecção em localização topográfica diferente daquela identificada no ato da internação, ainda que o microorganismo isolado seja o mesmo encontrado no ato da admissão, a infecção deverá ser classificada como infecção hospitalar propriamente dita;
02. Quando, no mesmo local em que foi diagnosticada a infecção ao ingresso do paciente no hospital, for isolado um germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;
03. Quando se desconhecer o período de incubação do microorganismo e não

haver sintomatologia clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da admissão, considera-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão. No entanto, também são consideradas hospitalares as infecções em pacientes com menos de 72 (setenta e duas) horas de hospitalização, mas em situações em que tenham sido submetidos procedimentos diagnósticos e terapêuticos associáveis aos processos infecciosos em questão;

04. Somente são consideradas infecções cruzadas aquelas em que se puder demonstrar laboratorialmente que a mesma cepa se transmite de paciente para paciente.

Além do exposto acima, a maioria das publicações sobre o assunto refere-se a hospitais gerais, o que torna difícil a comparação com os resultados do presente trabalho, e a literatura que correlaciona as infecções hospitalares e pacientes adéticos mostra-se reduzida, estando ainda em seus primeiros passos.

OBJETIVOS

Observando-se que os termos SIDA e Infecções Hospitalares tiveram uma relevada importância nas discussões médicas na década de oitenta (a primeira por ser letal e até então desconhecida, e a segunda por estar diretamente ligada à qualidade - risco de vida de qualquer paciente internado numa unidade hospitalar) procuramos detectar com o presente trabalho se a prolongada hospitalização e frequente manipulação dos pacientes com AIDS incluindo procedimentos diagnósticos e terapêuticos, predispõe a infecções hospitalares e, assim sendo, em maior percentual de mortalidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, comparativo e histórico. O instrumento utilizado foi uma ficha de coleta de dados (anexo I) abrangendo identificação, provável modo de contágio do HIV, ocorrência e localização das infecções hospitalares, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados, tempo de hospitalização e mortalidade.

O presente estudo foi realizado no Hospital Nereu Ramos, localizado na cidade de Florianópolis e vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Este hospital é referência para o tratamento de pacientes portadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

O estudo estendeu-se de janeiro a junho de 1992, período em que foram analisados 96 (noventa e seis) prontuários. Os dados obtidos foram subtraídos de registro em prontuários do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e confirmados através de análise comparativa com ficha-padrão de notificação da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares do Hospital Nereu Ramos (CCIH) (anexo II).

A metodologia baseou-se nas definições de infecções hospitalares conforme normas e critérios de identificação adotados pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 196, de 24 de junho de 1983 (20). No tocante a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), os conceitos baseiam-se nos ditames do Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos da América do Norte (CDC - Atlanta) (09, 15).

Foram excluídos da pesquisa os prontuários de pacientes internados para fins de diagnóstico de soropositividade ao HIV, assim como não foram estudados a população infantil (menores de 15 anos), visto que o hospital só presta atendimento à população adulta.

RESULTADOS

A partir do Serviço de Arquivo do Hospital Nereu Ramos foram identificados 96 (noventa e seis) pacientes internados com o diagnóstico de SIDA, no período de janeiro a junho de 1992.

A maior parte dos pacientes situa-se na faixa etária entre 25 e 34 anos (53,0%) e pertence ao sexo masculino (79,1%), o que verificamos nas tabelas I e II.

TABELA I: DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS COM SIDA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA EM ANOS - JAN à JUN/1992

GRUPO ETÁRIO	NÚMERO	%
< 15	--	----
15 - 19	04	4,1
20 - 24	10	10,4
25 - 29	25	26,0
30 - 34	26	27,0
40 - 44	09	9,3
45 - 49	08	8,3
50 - 54	01	1,0
55 - 59	--	----
≥ 60	02	2,0
TOTAL	96	100

Fonte: SAME e CCIH do HNR - Florianópolis-SC

Os pacientes internados no período apresentaram diferentes tempo de permanência na unidade, sendo que 68 (sessenta e oito) (70,7%) ficaram menos de 30 dias. Em 08 (oito) deles (8,3%) esta permanência foi superior a 60 dias, o que é visto na tabela II.

TABELA II: DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM SIDA SEGUNDO O NÚMERO DE DIAS DE INTERNAÇÃO - JAN a JUN/1992

Nº DE DIAS	NÚMERO	%
< 10	23	23,9
10 - 19	27	28,1
20 - 29	18	18,7
30 - 39	11	11,4
40 - 49	05	5,2
50 - 59	06	6,2
≥ 60	08	8,3
TOTAL	96	100

Fonte: SAME e CCIH do HNR - Florianópolis-SC.

Com relação ao provável modo de contágio do HIV houve um equilíbrio entre as percentagens dos pacientes que adquiriram o vírus via sexual com os que o adquiriram por via sangüínea, com 39,5% e 36,4% respectivamente.

Quando o modo de transmissão foi sexual, a maioria dos pacientes eram homossexuais masculinos (23,9%). Quando o modo de transmissão foi via sangüínea, a maioria eram usuários de drogas injetáveis (34,3%).

Importante salientar que não se verificaram casos em hemofílicos. O percentual de casos de transmissão não definida entre os homens atingiu 23,5%.

Por múltiplos fatores entendemos a associação de uso de drogas com homossexualismo em 04 (quatro) casos, dois casos de heterossexualismo: um com uso de drogas e outro com transfusão de sangue.

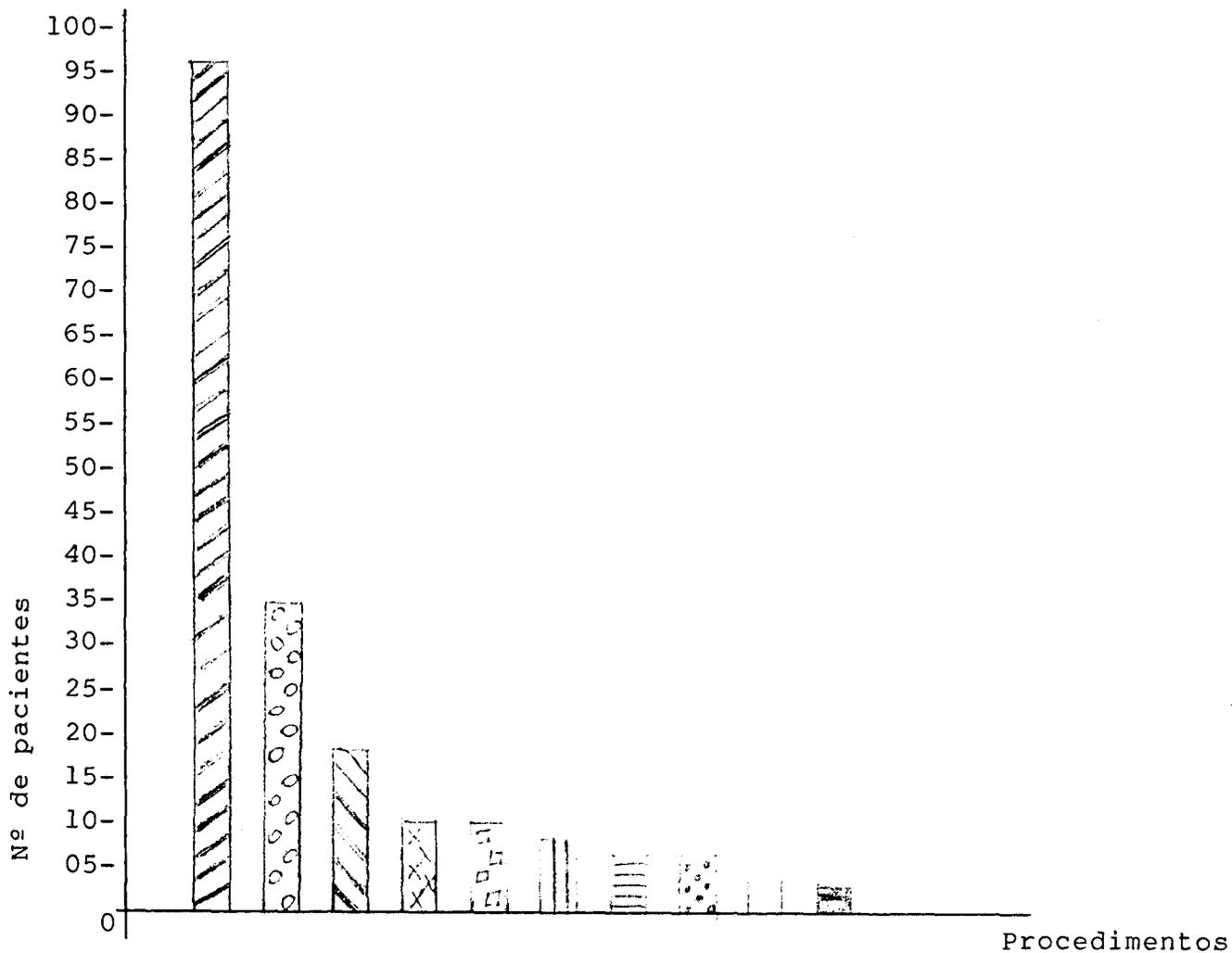
**TABELA III: DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS COM SIDA SEGUNDO
O SEXO E CATEGORIA DE TRANSMISSÃO - JAN a JUN/1992**

CATEGORIA DE TRANSMISSÃO	MASCULINO Nº DE CASOS	FEMININO Nº DE CASOS	TOTAL	%
a) SEXUAL	32	06	38	39,5
Homossexual	23	--	23	
Bissexual	03	--	03	
Heterossexual	06	06	12	
b) SANGÜÍNEA	27	08	35	36,4
Hemofilia	--	--	--	
Usuário de drogas EV	27	06	33	
Transfusão de sangue	--	02	02	
c) NÃO DEFINIDA	13	04	17	17,7
d) MÚLTIPLOS FATORES	04	02	06	6,2
TOTAL	76	20	96	100

Fonte: SAME e CCIH do HNR - Florianópolis-SC.

No que se refere a procedimentos terapêuticos e diagnósticos intra-hospitalares realizados durante o período estudado, constatou-se que a totalidade dos pacientes foi submetida a algum procedimento por uma ou mais vezes. Nossa casuística mostra que todos os pacientes foram submetidos à punção de veia periférica, seguindo-se por cateterismo venoso em 35 pacientes, punção lombar em 17 (dezessete) pacientes e cateterismo vesical em 10 (dez) pacientes, o que pode ser visto no gráfico da figura I.

FIGURA I: DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM SIDA INTERNADOS SEGUNDO O TIPO DE PROCEDIMENTO - JAN a JUN/1992



Fonte: SAME e CCIH do HNR - Florianópolis-SC

LEGENDA:

- Punção de veia periférica
- Cateterismo venoso (*)
- Punção lombar
- Cateterismo vesical
- Dissecção venosa
- Sonda nasogástrica
- Broncoscopia
- Biópsia de pele
- Endoscopia digestiva alta
- Biópsia de pleura

(*) Por cateterismo venoso entende-se punção de subclávia e/ou jugular.

A observância dos dados nos mostra que em 11 (onze) pacientes (11,4%) foi possível caracterizar a ocorrência de infecções hospitalares, o que podemos observar na tabela IV.

TABELA IV: DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM SIDA INTERNADOS
SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE INFECÇÕES HOSPITALARES -
JAN a JUN/1992

INFECÇÕES HOSPITALARES	Nº DE PACIENTES	%
SIM	11	11,4
NÃO	85	88,6
TOTAL	96	100

Fonte: SAME e CCIH do HNR - Florianópolis-SC.

No que se refere à localização topográfica das infecções hospitalares observamos que o trato genitourinário e região ocular foram as mais acometidas com 27,2% cada uma. Apesar de todos os pacientes terem sido submetidos à punção cutânea de veia periférica, nenhum caso de infecção hospitalar foi verificado (tabela V).

TABELA V: DISTRIBUIÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES SEGUNDO SUA
LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA EM PACIENTES COM SIDA - JAN
a JUN/1992

TOPOGRAFIA	INFECÇÕES HOSPITALARES	
	Nº DE CASOS	%
Bronco pulmonares	01	9,1
Local de inserção de cat. venoso	01	9,1
Ocular	03	27,2
Septicemia	02	18,2
Trato gastrointestinal	01	9,1
Trato genitourinário	03	27,2
TOTAL	11	100

Fonte: SAME e CCIH do HNR - Florianópolis-SC

A tabela VI registra o risco dos pacientes adquirirem infecções hospitalares na dependência do tipo de procedimento diagnóstico e terapêutico a que forem submetidos. Ela nos mostra que 36,3% das infecções hospitalares ocorrem nos pacientes que se submeteram a cateterismo vesical. Em um caso não foi possível determinar a relação entre procedimento e infecção hospitalar.

TABELA VI: CASOS DE INFECÇÕES HOSPITALARES EM PACIENTES COM SIDA SUBMETIDOS A DIFERENTES PROCEDIMENTOS - JAN a JUN/1992

TIPO DE PROCEDIMENTO	INFECÇÃO	HOSPITALAR
	NÚMERO	%
Assepsia (*)	03	27,2
Cateterismo venoso	02	18,2
Cateterismo vesical	04	36,3
Sonda nasogástrica	01	9,1
Indeterminado	01	9,1
TOTAL:	11	100

Fonte: SAME e CCIH do HNR - Florianópolis-SC.

(*) A assepsia envolve desinfecção, degermação, higiene e limpeza.

Ao final da pesquisa estavam internados 12 (doze) pacientes. A alta hospitalar com melhora clínica foi verificada em 50 (cinquenta) pacientes (52,0%); dois deles evadiram-se do hospital.

Sessenta e quatro pacientes cursaram com uma única internação no período, enquanto que 21 (vinte e um) pacientes por duas vezes e 11 (onze) por três vezes ou mais.

A evolução com óbito ocorreu em 34 (trinta e quatro) dos 96 (noventa e seis) pacientes (35,4%).

As tabelas VII e VIII mostram a mortalidade entre os pacientes estudados. Entre os 11 pacientes que cursaram com infecções hospitalares 08 (oito) deles obituaram (72,7%). Destes, 05 (cinco) foi em decorrência das mesmas, enquanto que três morreram por outras causas que não a infecção hospitalar. Entre os 85 (oitenta e cinco) que não adquiriram-nas a mortalidade foi de 30,5% (26 pacientes).

TABELA VII: ÓBITOS EM PACIENTES COM INFECÇÕES HOSPITALARES

- (SIDA) - JAN a JUN/1992

CONDIÇÃO CLÍNICA	INFECÇÕES HOSPITALARES	
	NÚMERO	%
ÓBITO	08	72,7
MELHORA	03	27,2
TOTAL	11	100

Fonte: SAME e CCIH do HNR - Florianópolis-SC.

TABELA VIII: CAUSA MORTIS EM PACIENTES COM INFECÇÕES

HOSPITALARES - (SIDA) - JAN a JUN/1992

SITUAÇÃO	M O R T A L I D A D E	
	NÚMERO	%
DECORRENTE DA INFECÇÃO HOSP.	05	62,5
DECORRENTE DE OUTRAS PATOLOGIAS	03	37,5
TOTAL	08	100

Fonte: SAME e CCIH do HNR - Florianópolis-SC

DISCUSSÃO

A SIDA é uma doença que ameaça a vida de crianças, jovens e idosos, altamente transmissível e letal e, até o momento, não apresenta tratamento eficaz, nem perspectiva concreta de uma vacina que proteja o organismo de infecção pelo HIV (até o momento nunca se conseguiu a síntese de uma vacina contra retrovírus (01)).

Representa um problema de saúde pública, visto que não se restringe à saúde física, afetando também a saúde social, psicológica, cultural e econômica (17).

Desde os primeiros casos registrados no Brasil em 1980, vários pesquisadores vem traçando o perfil epidemiológico da doença. Tal qual as mutações por que passou o vírus desde seu isolamento por oncovirologistas do Instituto Pasteur de Paris em 1983, este perfil foi se modificando: os homossexuais deixaram de ser o único grupo de risco; as crianças passaram a ser atingidas; as mulheres estão alcançando os homens em número de casos; áreas geográficas deixaram de ser específicas à medida em que o vírus se espalha rapidamente por todo o mundo (17).

Apesar da subnotificação ser uma conduta freqüente no país, o que impede que haja conhecimento preciso da real situação da epidemia, o número de casos vem crescendo vertiginosamente. Segundo dados da Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, somente em 1985 começou a funcionar o sistema de notificação compulsória dos casos de SIDA, e estima-se que a subnotificação alcance os 30% do total de casos (01).

A Organização Mundial de Saúde, através do Programa Global da SIDA, realizou o estudo Delphi e estima que dois milhões de pessoas, incluindo 500 (quinhentas) mil crianças, tenham desenvolvido SIDA desde o início dos primeiros relatos. Estima também que pelo menos 10 (dez) a 12 (doze) milhões de pessoas já foram infectadas e calcula que, desde

seu início até o ano 2000, cerca de 30 (trinta) a 40 (quarenta) milhões de pessoas terão sido infectadas pelo HIV no mundo (18, 19).

No mundo ocidental, no que se refere à distribuição segundo a faixa etária, o grupo de 20 (vinte) e 45 (quarenta e cinco) anos é o mais atingido (29) talvez por ser onde se verifica uma atividade sexual mais intensa (01). No Brasil, o maior contingente se localiza na faixa etária de 20 (vinte) a 44 (quarenta e quatro) anos (80,1%), sendo que a faixa etária entre 25 (vinte e cinco) e 39 (trinta e nove) anos representa 57,7% (05, 06, 19). Segundo Fonseca e Meohas (11), assim como Santos (23), 20 (vinte) a 40 (quarenta) anos foi a faixa etária predominante em seus respectivos estudos.

Em nossa causística encontramos valores que se mostram totalmente de acordo com estas referências (76,9% dos pacientes situam-se entre 20 e 38 anos).

Até dezembro de 1988 era o sexo masculino responsável por 80% do total de casos de SIDA notificados no país, resultando numa relação entre homens e mulheres de 8:1 (08). Em junho de 1992 esta relação atingiu 7:1, denotando uma diminuição do predomínio de casos no sexo masculino (19). Fonseca e Meohas (11), em 1989, encontraram taxas de 76,1% para o sexo masculino, enquanto que Santos (23) encontrou 91,1%, também em 1989.

Em nossos resultados, 79,1% dos casos pertencem ao sexo masculino, dados estes que encontram-se em concordância com as estimativas nacionais e também com a literatura mundial (07, 08, 11, 15). Ressaltamos que as crianças, que estão cada vez mais sendo afetadas pela doença, não foram por nós estudadas em decorrência de o Hospital só prestar atendimento à população adulta.

Nos estudos epidemiológicos da transmissão da SIDA vários fatores são analisados, dentre os quais os chamados "grupos de risco", que são determinados agrupamentos populacionais que apresentam maior grau de probabilidade de exposição ao HIV (05, 06, 08). Hoje, porém,

refletindo a grande variedade de circunstâncias sociais, econômicas e culturais que ampliam e diversificam o potencial de exposição ao HIV, esta terminologia tende ao desuso devido à diversidade de situações que podem levar o indivíduo a contaminar-se (11, 18).

Outro fator importante nesta caracterização epidemiológica é sua forma de transmissão. Dentre elas, a sexual continua sendo a mais relevante, apesar do rápido crescimento entre os usuários de drogas injetáveis (11, 05, 06, 25, 29).

Existe uma relação direta entre o uso de drogas injetáveis com uso comum de agulhas e/ou seringas não esterilizadas e a prática sexual promíscua, tanto homo como heterossexual, relação esta que é importante na transmissão e disseminação da SIDA (25).

No continente europeu, em 1984 os casos de SIDA atribuídos ao uso de drogas injetáveis alcançava 6%; já em 1988 este valor alcançava os 34% (18). No Brasil, esta proporção passou de 11,7% até 1988 para atingir os 20,7% em 1992, o que reflete, em parte, a expansão do uso de cocaína injetável em Estados como Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Catarina. Em Santa Catarina, segundo dados do Núcleo de Prevenção da SIDA da Secretaria de Estado da Saúde, ao final de 1991, os usuários de drogas respondiam por 39,6% do total de casos notificados.

Nos resultados obtidos em nossa casuística, 34,3% dos pacientes (33) eram unicamente usuários de drogas injetáveis. Se considerarmos a associação com outros fatores, em geral o sexual, a taxa sobe para 39,5%. Em estudo realizado por Paleari e Pereira (21) em 20 (vinte) pacientes internados no Hospital Universitário, uso de drogas injetáveis foi responsável por 35,0% dos casos de SIDA.

Historicamente tem sido o Estado de Santa Catarina, diferentemente com o que ocorre em outras Unidades da Federação, comparado a algumas cidades americanas como Nova Iorque e Los Angeles, onde é elevadíssima a participação dos drogados na cadeia de disseminação da doença superando, inclusive, a transmissão via sexual (18).

Nossos dados não mostram prevalência dos drogados, e isso talvez se deva ao fato de 24% dos pacientes serem oriundos de outros Estados da Federação. Entre os 73 (setenta e três) catarinenses, 41,0% deles (30 pacientes) tinham como único risco para a contaminação o fato de serem usuários de drogas endovenosas.

Os hemofílicos brasileiros, por causa da falta de rigoroso controle na qualidade do sangue e derivados são mais atingidos que os americanos, onde os produtos sanguíneos são severamente controlados (01). No Brasil, até junho de 1992, 601 (seiscentos e um) hemofílicos (1,9%) haviam sido contaminados pelo HIV, enquanto que entre os americanos a taxa ficava em 1,0%.

Neste estudo não encontramos relato de pacientes hemofílicos. Paleari e Pereira encontraram um caso num estudo realizado no Hospital Universitário (21). Estes dados acompanham as estatísticas do Estado de Santa Catarina onde, até 1991, havia registro de apenas 04 (quatro) casos (1,0%) entre os 381 (trezentos e oitenta e um) casos de SIDA notificados.

Dentro da via sexual é, sem dúvida, o homossexualismo masculino, notadamente os promíscuos, os que mais sofrem e contribuem para a disseminação da doença no continente americano (06, 25).

Entre as 20 (vinte) mulheres estudadas encontramos 07 (sete) delas responsabilizando o uso de drogas injetáveis por sua contaminação. As prostitutas, em estudos recentes feitos em São Paulo, apresentam uma taxa de contaminação em torno de 30,0% (25). Em nossos dados apenas duas mulheres se revelaram serem prostitutas (10,0%). Seis mulheres apresentavam relação heterossexual, sendo 05 (cinco) delas parceiras de homens HIV positivo.

No Brasil, em 1988, o percentual de casos sem definição do mecanismo de transmissão era de 7,5% (08). Já em 1992 alcançava os 10,5% (19). Nossos resultados chegaram a 17,7%. Isto talvez se deva a dificuldades na coleta das informações por parte de quem preenche os pron-

tuários. Além disto, diversas informações relativas a, por exemplo, prática sexual e utilização de drogas, entre outras, como não dizem respeito às condições de saúde imediatas a cada paciente, são freqüentemente relegados a segundo plano (08).

Na evolução da história natural da doença, alcançado o estágio da SIDA, está o paciente exposto a agravos de sua saúde e, com freqüência, a hospitalização se faz necessária. Hospitalizado, passa então a conviver dentro de um ambiente complexo, com paciente tão ou mais grave que ele, adaptando-se a rotinas pré-estabelecidas.

Dentro dos hospitais modernos, que se tornaram comunidades cada vez mais complexas, um dos aspectos mais importantes é o que trata das infecções. (10).

Estudos realizados nas duas últimas décadas por diversos cientistas deixou claro alguns fatos:

01. Quase todos os casos de infecções hospitalares (95 e 98%) são endêmicos e causados pela microbiota normal humana (02, 13, 24).

02. O risco de contrair infecções hospitalares não está relacionado às condições do ambiente hospitalar. Isto se baseia no fato de serem os pacientes que contaminam o hospital e não o contrário; no fato das taxas de infecção hospitalar não serem afetadas pela planta física do hospital; no fato de os microorganismos presentes no hospital (pisos, móveis, ar) não estarem associados à incidência de infecções hospitalares endêmicas (24, 26).

03. As infecções hospitalares devem ser consideradas complicações naturais da doença responsável pela internação, ou de procedimentos diagnósticos e terapêuticos agressivos aos quais o paciente é submetido no hospital (03, 04).

04. O risco de contrair infecções hospitalares varia com a doença básica do paciente, com as intervenções cirúrgicas e procedimentos diagnóstico-terapêutico de risco a que o mesmo foi submetido durante a internação (02, 07, 10, 13, 27, 24).

Os pacientes com SIDA, por tenderem a se comportar como pacientes agudamente enfermos, necessitam de cuidados especiais tanto dos médicos quanto dos paramédicos (28). Com isso, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos são utilizados com muita freqüência, aumentando as chances de transmissão das patógenas nosocomiais. Estas chances são maiores na dependência da quantidade e duração dos mesmos.

Segundo Fonseca e Meohas, 44,4% dos pacientes que se submeteram a cateterismo venoso cursaram com posterior septicemia e 33,3% dos submetidos a cateterização vesical evoluíram com infecção urinária (11).

Nossos resultados mostram que 40,0% dos pacientes submetidos a cateterismo vesical cursaram com infecção do trato genitourinário e 5,7% desenvolveram septicemia após se submeterem a cateterismo venoso.

A freqüente manipulação por médicos e/ou paramédicos é outro meio pelo qual as infecções hospitalares podem se assentar nos pacientes. Em três dos pacientes com infecções hospitalares por nós estudados, encontramos que a falha na assepsia foi a responsável pela contaminação, agindo como vetor.

No que diz respeito à topografia dos processos infecciosos, sua localização está na dependência direta tanto da doença básica do paciente quanto no tipo de procedimento, invasivo ou não, a que o mesmo foi submetido durante a hospitalização (26).

Segundo várias fontes observamos que, por ordem de freqüência, as infecções do aparelho urinário são as causas mais comuns de infecções hospitalares, seguida de infecções de ferida cirúrgica, do aparelho respiratório e septicemia (04).

Um estudo realizado por Eickhoff e colaboradores em 1978 nos Estados Unidos revelou que três localizações representam 77,1% do total de infecções notificadas, havendo um predomínio das urinárias sobre as de ferida cirúrgica e as respiratórias (10).

No Brasil, as infecções hospitalares mais freqüentes são as de ferida cirúrgica, as respiratórias e as urinárias. Elas representam dois terços ou mais da casuística (20).

Estudando pacientes com SIDA, Fonseca e Meoas encontraram localizações topográficas um pouco divergentes, havendo um predomínio de septicemia (30,2%) seguida por infecções orais (24,2%) e bronco pulmonares (12,1%), as infecções urinárias ficaram com 8,9% e não se observaram infecções da ferida cirúrgica (11). Já em estudo semelhante realizado por Santos (23) as bronco pulmonares foram mais freqüentes (39,4%) seguidas pelas urinárias (23,7%) e pelas septicemias (13,2%). Também não se observaram infecções da ferida cirúrgica.

Em nossa casuística encontramos valores que colocam as infecções urinárias, ao lado das oculares, em primeiro plano com 27,2% cada. A seguir vem as septicemias com 18,2% e as bronco pulmonares com 9,1%. Estes valores encontram concordância junto à literatura apesar das taxas encontradas para as infecções oculares. Tal qual os trabalhos anteriormente citados não encontramos infecção da ferida cirúrgica. Uma das prováveis hipóteses para este dado deve-se ao fato de não serem realizadas cirurgias de médio e grande porte no Hospital, restringindo-se a alguns casos de biópsia de pele.

As infecções do trato genitourinário, que são comuns segundo a literatura, decorrem basicamente da instrumentação vesical. O risco de infecção é maior na dependência da prolongada duração da cateterização, da não observância dos corretos cuidados com a técnica, do tipo do sistema coletor e do estado geral do paciente. Este risco chega, após a cateterização, a quase duplicar em relação aos pacientes não - cateterizados (28).

As baixas taxas encontradas por nós para as infecções hospitalares broncopulmonares deve-se, em parte, ao fato de não serem realizados procedimentos importantes para a ocorrência das mesmas. A ine-

xistência de UTI no hospital dificulta a realização de procedimentos como entubação e traqueostomia, que propiciam taxas de infecção de 9,0% e 25,0% respectivamente (28).

O tempo de permanência num hospital, que a princípio pensava-se ser um fator que predisponha o paciente a infecções hospitalares, na verdade atua como fator secundário para tal. O fato de ficar mais tempo internado acompanha o grau de agravamento do estado de saúde do indivíduo e, portanto, quanto mais deteriorado seu quadro, mais tempo ele permanece internado, caso não obitue.

Nossos dados mostraram que metade das infecções hospitalares ocorreram em pacientes com menos de 30 (trinta) dias de internação. Duas delas (16,6%) em pacientes entre 30 (trinta) e 60 (sessenta) dias internados e 04 (quatro) episódios em pacientes que ficaram mais de 60 (sessenta) dias internados no hospital.

A morte, ao lado dos altos custos decorrentes da assistência e tratamento, é um dos pontos que mais preocupa médicos e autoridades envolvidas com as infecções hospitalares.

O paciente com SIDA, diante da ineficácia de seu sistema de defesa imunológico, dia-a-dia convive com o fantasma da morte.

Segundo o Ministério da Saúde, nos casos inicialmente notificados em 1982, a taxa de letalidade era de 100%. Em 1988 a taxa chegava a 51,8% e ao final do primeiro semestre de 1992 esta taxa atingia 43,9% (17, 19). No Estado de Santa Catarina, em 1991, segundo o Núcleo de Prevenção da SIDA da Secretaria de Estado da Saúde, do total de 381 (trezentos e oitenta e um) casos notificados 227 (duzentos e vinte e sete) haviam falecido, indicando uma taxa de 59,5%.

Em estudo realizado por Santos em 1989 (23), 15 (quinze) entre os 22 (vinte e dois) pacientes que desenvolveram infecções hospitalares foram a óbito, caracterizando uma taxa de letalidade de 68,2%.

Em nossa casuística encontramos que 08 (oito) entre os 11 (onze) pacientes com infecções hospitalares obituaram, determinando 72,7%

da taxa de letalidade, dado este que acha-se em concordância com as estatísticas da literatura consultada.

Estudando as causas que levaram à morte estes 08 (oito) pacientes, observamos que 05 (cinco) deles (62,5%) foi em consequência direta dos danos causados pela infecção hospitalar, contrapondo-se a outros três (37,5%) onde a morte deveu-se a outras causas, notadamente a infecção comunitária que motivou sua internação.

CONCLUSÕES

. Entre os portadores do HIV em estágio de SIDA encontramos prevalência de homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis com 23,9% e 34,3% respectivamente.

. A frequência de infecções hospitalares foi maior nos pacientes que se submeterem a procedimentos terapêuticos e diagnósticos invasivos mais de uma vez.

. O procedimento diagnóstico-terapêutico que mais contribuiu para a subsequente instalação de infecção hospitalar foi o cateterismo vesical.

. O tempo de permanência não se mostrou determinante para a ocorrência de infecção hospitalar.

. As infecções hospitalares do trato genitourinário foram, ao lado das oculares, as mais encontradas com 27,2% cada.

. A letalidade entre os aidéticos que desenvolveram infecção hospitalar foi duas vezes maior que entre os que não desenvolveram-na.

. As infecções hospitalares parecem contribuir significativamente para a maior mortalidade em pacientes com SIDA.

ABSTRACT

This study of nosocomial infections covers a six months period (january-june/1992) in a hospital of infectious diseases (Hospital Nereu Ramos - Florianópolis - state of Santa Catarina).

The authors analysed 96 patients with A.I.D.S.. The objective was identify cases of nosocomial infections and rates of the mortality of according M. S. Resolution 196/83.

We observed a total of 11 cases of nosocomial infections with predominance in the genitourinary tract and ocular whit rates of 25% each. The death rate remained about 72% with death occurring in 8 patients.

In addition, we found that nosocomial infections can increase the mortality date in patients with A.I.D.S. involved in the study.

BIBLIOGRAFIA

01. AIDS: Média de 34 Casos por mês, Ciência Hoje, 6(31), 78-9, 1987.
02. ALLEN, J. R. & HIGHTOWER, A. W., Secular trends in nosocomial infections: 1970 - 1979, The American Journal of Medicine, 70:389, 1981.
03. ALTEMEIER, W. A. et alli, Manual control of infection in surgical patients. Philadelphia, Am Coll of Surg, J. B. Lippincott Co, 1978.
04. AMADO, O. L. et alli, Epidemiologia e control e de infecções hospitalares, Jor. Bras. Med., Rio de Janeiro, 49 (5/6):12-23, nov-dez, 1985.
05. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - Boletim nº 10, março de 1990, p. 6-7.
06. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - Boletim nº 15, março de 1991, p. 8-9.
07. CAPLAN, E. S. & HOYT, N., Infection Surveillance and control in severely traumatized patients, The American Journal of Medicine, 70:638, 1981.
08. CARVALHO, M. S., A vigilância epidemiológica e a infecção pelo HIV Cadernos de Saúde Pública, 5 (2): 160-68, abr-jun, Rio de Janeiro, 1989.
09. Centers for Disease Control. Classificação System for human T-lymphotropic virus type III / lymphadenopathy - associated virus infections, Ann. Intern - Med., 105: 234-7, 1986.

10. EICKHOFF, T. C., Nosomial infections - a 1980 view. Progress, priorities and prognosis, The American Journal of Medicine, 70:381, 1981.
11. FONSECA, H. M. S. & MEOHAS, M. M. G. L., Freqüência de infecções hospitalares em aidéticos no Hospital Raphael de Paula Souza, MS RJ, Arq. Bras. Med., 65 (5a): 107s, set-out, 1991.
12. GONÇALVES, A. J. R. et al., Síndrome de imunodeficiência adquirida, Arq. Bras. Med., 59(3): 131-40, jun, 1985.
13. JAY, S. J., Nosocomial infections, The Med. Clin. of N. Am, p. 67(6), 1983.
14. LEVI, G. C., Síndrome da Imunodeficiência adquirida, Rev. Ass. Bras. Med., 32(9-10): 173-85, set-out, 1987.
15. LEVY, D. S., Aspectos clínicos e evolutivos da AIDS. Rev. Bras. Clin. Terap., 20(8): 333-36, ago, 1991.
16. MAKI, D. G. & ALVARO, C. J. e cols, Relation to the inanimate hospital environment to endemic nosocomial infection, N. Eng. J. Med., 307:1562, 1982.
17. Ministério da Saúde. RODRIGUES, L. G. M., AIDS - A face da discriminação, AIDS, Boletim Epidemiológico, (2):44-7, 1988.
18. Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico, AIDS no mundo na década de 90, (11): 18ª a 22ª semana, 1989.
19. Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico SIDA, (8): p. 16, 1992
20. Ministério da Saúde. Manual de Controle de Infecção Hospitalar, Brasília, 1985.

21. PALEARI, F. I. & PEREIRA, S. F., SIDA no hospital universitário (UFSC): perfil epidemiológico versus preparação técnica dos profissionais da saúde no confronto com a atual endemia, Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 58, 1991.
22. PEREIRA, L. I. de et alli. Infecção hospitalar em hospital de doenças transmissíveis. Análise do hospital de doenças tropicais, Goiânia, 1985-1988, Revista Goiana de Med. 35: 51-7, 1989.
23. SANTOS, B. R. et all, Incidência de infecção hospitalar em pacientes com SIDA, Arq. Bras. Med., 65 (5a): 108s, set-out, 1991.
24. SOUZA, L. C. Infecções hospitalares: a infecção hospitalar através dos tempos, Ciência Médica da UFF, 4 (½), 71-3, jan-dez, 1985.
25. VERONESI, R. & FOCACCIA, R., "AIDS" - In: VERONESI, R. - Doenças Infecciosas e Parasitárias - 8ª ed., Guanabara - Kogan, Rio de Janeiro, 228-45, 1992.
26. ZANON, U. e cols., Incidência, letalidade e mortalidade de infecções hospitalares em alguns hospitais brasileiros - Estudo multicêntrico: 1987, Arq. Bras. Med., 64(5): 323-30, set-out, 1990.
27. ZANON, U. & MORAES, N. L., Epidemiologia hospitalar, In: Zanon, U. NEVES, J. - Infecções hospitalares. Prevenção, diagnóstico e tratamento, Medsi, Rio de Janeiro, 1987.
28. ZANON, U. & MORAES, N. L., Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. Prevenção, diagnóstico e tratamento, Medsi, Rio de Janeiro, 1987.
29. WHITE, D. A. & GOLD, J. W. N., Medical management of AIDS patients The Med. Clin. of N. Am., 76(1), 1992.

ANEXO I

FICHA DE COLETA DE DADOS

INFECÇÕES HOSPITALARES X SIDA - HNR / FPOLIS / SC

01. Identificação:

Iniciais: Prontuário: Sexo:
Nascimento: Procedência: Estado:

02. Modo de Transmissão do HIV:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Relação homossexual | <input type="checkbox"/> Receptor de sangue e derivados |
| <input type="checkbox"/> Relação bissexual | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Relação heterossexual | <input type="checkbox"/> Usuário de drogas injetáveis |
| <input type="checkbox"/> Não definida | |

03. Procedimentos Clínico-diagnósticos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Punção de veia periférica | <input type="checkbox"/> Biópsia de pleura |
| <input type="checkbox"/> Punção Lombar | <input type="checkbox"/> Biópsia de pele |
| <input type="checkbox"/> cateterismo vesical | <input type="checkbox"/> Broncoscopia |
| <input type="checkbox"/> Cateterismo venoso | <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica |
| <input type="checkbox"/> Dissecção venosa | <input type="checkbox"/> Endoscopia digestiva |
| <input type="checkbox"/> Traqueostomia | <input type="checkbox"/> Respirador |
| <input type="checkbox"/> Citoscopia | <input type="checkbox"/> N. P. P. |

04. Número de internações:

05. Ocorrência de infecções Hospitalares:

- SIM NÃO

06. Localização topográfica das infecções hospitalares:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trato genitourinário | <input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica |
| <input type="checkbox"/> Trato gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Cutânea |
| <input type="checkbox"/> Intráabdômnal | <input type="checkbox"/> Sépsis |
| <input type="checkbox"/> Ósteo-articular | <input type="checkbox"/> Oftálmica |
| <input type="checkbox"/> Ponto catéter venoso | <input type="checkbox"/> Árvore respiratória |

07. Óbito na vigência ou decorrente de infecções hospitalares:

- SIM NÃO

CÓDIGO HOSPITAL

SETOR				Nº DO PRONTUÁRIO							

NOME DO PACIENTE							SEXO	
							<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F

DATA				CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS							
NASCIMENTO		INTERNAÇÃO		PRINCIPAL				SECUNDÁRIA			

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO

CIRURGIAS REALIZADAS

PRINCIPAL				P.C.	DIA	MES	SECUNDÁRIO				P.C.	DIA	MES

TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO COMUNITÁRIA (C) HOSPITALAR (H)

	C	H	SETOR	SETOR		C	H	SETOR	SETOR
CULTÂNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRÚRGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTRA-ABDOMINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÓSSEO ARTICULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRONCO PULMONAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SNC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URINÁRIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SÉPTICEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROCEDIMENTOS X INFECÇÃO HOSPITALAR A = ANTES D = DEPOIS

<input type="checkbox"/> CATETERISMO UMBILICAL	A	D	<input type="checkbox"/> RESPIRADOR	A	D	AGENTE ETIOLÓGICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VENOSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> EXSANGUÍNEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANTIBIÓTICOS	P	T	P=PROFILÁTICO	P	T	T=TERAPEUTICO	P	T
ÁCIDO NALIDÍXICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CARBENICILINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NITROFURANTOÍNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMICACINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CLORANFENICOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OXACILINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMPICILINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CLINDAMICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PENICILINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANFOTERICINA B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENTAMICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TETRACICLINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEFALOSPORINA 1ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KANAMICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRIMETROPIM SULFAMETAZOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEFALOSPORINA 2ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LINCOMICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VANCOMICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEFALOSPORINA 3ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NISTATINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMOXACILINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEFALOSPORINA 4ª	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERITROMICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALTA		ÓBITO	
DATA	<input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> A PEDIDO	DATA	<input type="checkbox"/> ÓBITO COM INFECÇÃO HOSPITALAR <input type="checkbox"/> ÓBITO OUTRAS CAUSAS

ASSINATURAS

CLÍNICO	CRM	CIRURGIÃO	CRM
SETOR DA ALTA		ESCRITURÁRIO	

TCC
UFSC
CM
0275

N.Cham. TCC UFSC CM 0275
Autor: Boeira, Vander Lui
Título: Freqüência de infecções em pacien



972800977

Ac. 253455

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM