

Impacto da Antibioticoprofilaxia em partos

M. C. P. Costa¹; M. M. O. Levada¹; A. L. R. Z Beretta^{1,2}

¹Centro Universitário Hermínio Ometto-UNIARARAS, 13607-339, Araras-SP, Brasil

²Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas, Centro Universitário Hermínio Ometto-UNIARARAS, 13607-339, Araras-SP, Brasil

analaura@uniararas.br

(Recebido em 17 de novembro de 2010; aceito em 16 de janeiro de 2012)

Foi realizado um estudo descritivo quantitativo, com o objetivo de verificar a frequência do uso de antibióticos em partos, principalmente em relação à antibioticoprofilaxia. Os resultados mostraram que o número de cesárea na instituição está próximo da preconização do Ministério da Saúde (36,86%); o uso da antibioticoterapia é alto (86,36%); e com prescrição significativa de cloranfenicol (52,63%). Conclui-se que a revisão das condutas terapêuticas e atuação da Comissão de Controle e Prevenção das Infecções Relacionadas à assistência à Saúde, através da conscientização dos profissionais quanto à utilização dos protocolos de antibioticoprofilaxia, são as principais medidas eficazes para a redução do desperdício e a prevenção da resistência bacteriana.

Palavras-chave: Antibioticoprofilaxia; Partos; Infecção Hospitalar

A quantitative descriptive study was carried through, with the objective to verify the frequency of the antibiotic use in childbirths, mainly in relation to the antibioticoprofilaxia. The results had shown that the number of caesarean in the institution is next to the precognitions of the Health department (36.86%); the use of the antibioticoterapia is high (86.36%); e with significant lapsing of cloranfenicol (52,63%). One concludes that the revision of the therapeutically behaviors and performance of the Commission of Control and Prevention of the Infections Related to the assistance to the Health, through the awareness of the professionals how much to the use of the antibioticoprofilaxia protocols, main the efficient ones for the reduction of wastefulness are measured and the prevention of the bacterial resistance.

Keywords: Antibioticoprohylaxis; childbirth; Hospital Infection

1. INTRODUÇÃO

Define-se como antibioticoprofilaxia a administração de um agente antimicrobiano, por período curto de tempo, em pacientes com risco considerável de infecção, com a finalidade de eliminar ou diminuir a contaminação no campo operatório (ZIMMERMMANN et., 2009). Um dos primeiros passos que se revelaram decisivos na luta contra as infecções bacterianas foi dado no campo da obstetrícia, por um jovem médico húngaro, Semmelweis, em finais do século XIX.. Entretanto, como frequentemente ocorreu no passado, e ainda hoje ocorre, algumas grandes descobertas científicas aconteceram por acaso, de uma forma totalmente inesperada (PITET et al, 1999). Semmelweis definiu a infecção puerperal, quando a puérpera apresenta uma temperatura acima de 38°C depois das primeiras 24 horas após o parto. O parto cesariano é o principal fator predisponente para o desenvolvimento de febre puerperal. A elevação nas taxas de utilização da cesariana para resolução do parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, com avanço maior no continente americano. No Brasil, já é considerada epidêmica sendo responsável por 28% dos partos, superado apenas pelo Chile com 33%¹.

A Organização Mundial da Saúde recomenda índice de, no máximo, 15%². As cesarianas podem implicar infecções pós-cirúrgicas mais ou menos graves, desde feridas operatórias passando por endometrite até, mais raramente, *sepsis*. Os microrganismos associados à infecção pós-cesariana são diversos, sendo oriundos da pele e da invasão ascendente do trato genital, durante a gestação e o pré-parto (GOLDENBERG, 2002). As taxas de infecção pós-cesariana, sem a antibioticoprofilaxia, relatadas na literatura, vêm diminuindo, nas últimas décadas, de 60% para cerca de 18% . Essa queda está provavelmente relacionada à implementação de outras medidas de prevenção, nos processos de assepsia e esterilização, às melhorias nos materiais utilizados e ao aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas. No entanto, as taxas ainda se mantêm em níveis elevados (YUDIN et al., 2003).

2. REVISÃO DA LITERATURA

O ciclo gravídico-puerperal constitui-se de gestação, parto e puerpério. O desfecho do parto poderá ser normal ou espontâneo, quando resulta do equilíbrio perfeito ou adaptativo dos fatores que nele intervêm o canal de parto, móvel e força, ou distócico quando um ou mais fatores referidos escapam da normalidade e impedem a resolução espontânea do parto, exigindo manobras e/ou intervenções cirúrgicas para a sua ultimação (NEME, 2000). Não há nenhuma dúvida sobre o grande valor da cesárea para salvar vidas e prevenir seqüelas neonatais outrora comuns, principalmente advindas dos partos vaginais distócicos. Por outro lado, o aumento da incidência da cesariana, além do limite de seus benefícios, incrementa a morbidade e o custo, podendo tornar a solução em problema (FREITAS et al., 2001). Considera-se infecção puerperal uma infecção que se localiza nos órgãos genitais e que ocorre após o parto ou abortamento recente, caracterizada por febre de 38°C que ocorre em 2 dos 10 primeiros dias pós-parto, excluindo as 24 horas iniciais, em tomada feita sublingual, quatro vezes ao dia. Excluir o primeiro dia no conceito significa descartar outras infecções precoces, porventura assestadas em mama, aparelho urinário ou aparelho respiratório. Conceito mais abrangente seria reunir tudo (genital e extragenital) sob o rótulo Morbidade Infecçiosa Puerperal (BENZECRY et al., 2001). Os conselhos de Semmelweis, obrigando médicos e enfermeiros a lavarem suas mãos com água clorada na assistência aos partos, seguiram-se de drástica redução da mortalidade materna relacionada à infecção puerperal. Entretanto, apesar dos preceitos de assepsia e anti-sepsia enunciados por Lister (1867) e dos conhecimentos de bacteriologia introduzidos por Pasteur, a responsabilidade da infecção puerperal, nos índices de morbiletalidade materna, permaneceu elevada até o advento da quimioterapia e da antibioticoterapia (NEME, 2000). Os antibióticos são fármacos que se utilizam para tratar as infecções causadas por microrganismos. No Brasil, existem poucos trabalhos demonstrando as taxas de colonização materna e neonatal pelo estreptococo do grupo B (EGB) e, até hoje, não existem protocolos ou recomendações técnicas sobre o tema (SIMÕES et al., 2008). Infelizmente, são cada vez maiores o número de bactérias que desenvolvem resistência contra os antibióticos que atualmente contamos. Esta resistência forma-se, em parte, dado o uso excessivo dos mesmos antibióticos. Como consequência, é cada vez mais constante o desenvolvimento de novos antibióticos para combater bactérias cada vez mais resistentes. Mas, por último, as bactérias também se tornarão resistentes a esses antibióticos mais recentes (KAIMAL et al., 2008). Quanto à administração profilática - benefícios e vantagens- os objetivos da administração profilática de antibiótico são reduzir a morbidade e a mortalidade por infecções; reduzir o tempo de internação hospitalar diminuindo assim os custos e os riscos de infecções hospitalares; a redução de complicações não infecciosas (ZIMMERMANN et al., 2009). Entre os critérios para a profilaxia, o benefício do uso do antibiótico deve ser maior que as desvantagens resultantes de seu emprego. O antibiótico prescrito deve ser ativo contra o microrganismo envolvido na gênese da infecção. Na profilaxia da infecção cirúrgica, existe um tempo adequado para o início do emprego do antibiótico e para a duração deste emprego, estando estabelecido que deve ser iniciado no pré-operatório imediato, no começo da cirurgia, e mantido por tempo reduzido, em geral não mais que 24 horas. Deve-se avaliar o risco da infecção, levando em consideração fatores relacionados à capacidade de defesa do paciente, ao tempo da cirurgia e a fatores que possam influenciar na ocorrência da infecção (TAVARES, 2001).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa dos dados. A investigação foi realizada em um hospital do interior de São Paulo no período compreendido entre Abril a Julho de 2007, tendo como base os prontuários das puérperas que tiveram alta neste período. A pesquisa teve início após o cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos e do Comitê de Ética e Mérito em Pesquisa do Centro Universitário Hermínio Ometto – UNIARARAS. A amostra foi constituída de 198 prontuários de pacientes provenientes de partos deste período citado.

4. RESULTADOS

Foi obtido no estudo que o número de cesáreas aproxima-se do preconizado pelo Ministério da Saúde em 35%. Os dados foram agrupados e para expressar a análise, foram construídas tabelas com as distribuições dos percentuais. Em relação à antibioticoprofilaxia observou-se que não há uma normatização do procedimento padronizado quanto ao fármaco, à dose e o momento da administração. No período citado, 198 partos foram realizados (normais e cesáreas) na instituição, apenas 36,4% receberam antibioticoprofilaxia e 95,5% do total de partos, com ou sem uso de antibioticoprofilaxia, receberam antibióticoterapia durante a internação hospitalar; sendo pelo período de 24 horas as puérperas de partos normais e 48 horas as puérperas de partos cesáreas, com 52,6% uso de cloranfenicol e 47,4% de cefalexina. Apesar dos princípios da antibioticoprofilaxia estarem tão bem definidos há tanto tempo, ainda se encontram relatos na literatura de uso excessivo de antibióticos ou então uso incorreto da antibioticoprofilaxia. Este uso incorreto é uma situação onde não há vencedores; perde a mãe, por ser exposta desnecessariamente a antibióticos quando toma além de uma ou duas doses, perde o recém-nascido, também exposto desnecessariamente a antibióticos através do leite materno. Perde o hospital que terá sua flora microbiana mais resistente, perde quem for pagar a conta hospitalar, que pagará por antibióticos que não trazem nenhum benefício (GUARIENTO et al., 2002). O uso de antimicrobianos deve ser lembrado sempre que necessário mais não ser considerada ação isolada mais importante no controle de infecções em serviços de saúde. Porém, a falta de adesão dos profissionais ao trabalho em equipe com os membros das comissões de controle de infecção, com troca de idéias, elaboração de protocolos e seguimentos de práticas de acordo com a necessidade de cada clínica e situação, ainda não é uma realidade em todas as instituições. Vem sendo constatado ao longo dos anos e tem sido objeto de estudos em diversas partes do mundo, a atuação multidisciplinar, principalmente pensando em controle de infecção durante os procedimentos relacionados ao parto, puerpério e ao recém-nascido.

Tabela 1. Distribuição da freqüência do uso de antibioticoprofilaxia no parto cesárico, município do interior do estado de São Paulo, Brasil, abril a julho de 2007.

Antibioticoprofilaxia	N	%
Sim	72	36,4
Não	126	63,6
Total	198	100,0

Tabela 2. Distribuição da freqüência do uso de antibióticoterapia Pós Parto, município do interior do estado de São Paulo, Brasil, abril a julho de 2007.

Antibióticoterapia	N	%
Sim	171	86,4
Não	27	13,6
Total	198	100,0

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há muito a ser discutido sobre o assunto a fim de possibilitar a reavaliação de condutas que envolvam fatores de grande importância não só para os controladores de infecção hospitalar, mas como também para redução de custos, benefícios aos clientes e prevenção da resistência bacteriana a qual em um futuro próximo poderá se tornar uma catástrofe mundial. A antibioticoprofilaxia não deve substituir os cuidados e medidas contra infecção hospitalar nem o respeito à técnica cirúrgica correta. Porém, o estudo sugere que deve manter-se a indicação da antibioticoprofilaxia para as pacientes com alto risco cirúrgico. Os resultados sinalizam a

necessidade da realização de um novo estudo, comparativo, na atualidade para avaliar a adesão dos colaboradores e a eficácia das medidas preconizadas no ano de 2008, após a apresentação do trabalho, pela Comissão de Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde.

1. AMARAL, S.F.C. et al. Infecção Hospitalar. Enciclopédia da Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 217p.
2. ANDREWS, W.W.; SIBAI, B.M.; THOM, E.A.; DUDLEY, D.; ERNEST, J.M.; MCNELLIS, D. Randomized clinical trial of metronidazole plus erythromycin to prevent spontaneous preterm delivery in fetal fibronectinpositive women. *Obstet Gynecol*; 101:847-55 2003.
3. BENZECRY, R. et al. Tratado de Obstetrícia. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. 380; 381 e 382p.
4. FREITAS et al. Rotinas em Obstetrícia. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 267; 276; 321p.
5. GOLDENBERG, R.L., Andrews WW, Hauth JC. Choriodecidual infection and preterm birth. *Nutr Rev* 2002; 60: S19-25.
6. GUARIENTO A. Et al. Medicina Materno Fetal. São Paulo: Atheneu, 2002. 1429; 1430 ; 1434p.Vol. 2.
7. KAIMAL, A., ZLATNIK, M.G., CHENG, Y.W., THIET, M.P., CONNATY, E., CREEDY, P. et al. Effect of a change in policy regarding the timing of prophylactic antibiotics on the rate of postcesarean delivery surgical-site infections. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199:310 -5.
8. KLEBANOFF, M.A., SCHWEBKE JR, ZHANG J, NANSEL TR, YU KF, ANDREWS WW. Vulvovaginal symptoms in women with bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol*; 104:267-72, 2004.
9. NEME, B. Obstetrícia Básica. 2 ed. São Paulo: Savier, 2000. 134;819;1306 p.
10. PITTET, D.; MOUROUGA P, PERNEGER TV, members of the Infection Control Program. Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Ann Intern Med* 1999;130:126-30.
11. PITTET, D .et al.. Effectiveness of a hospital-wide program to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*, 356:1307-12, 2000.
12. SIMÕES, J.A., ALVES, V.M., FRANCALANZA, S.E., DE CAMARGO, R.P., MATHIAS, L., MILANEZ, H.M., et al. Phenotypical characteristics of group B streptococcus in parturients. *Braz J Infect Dis*. 2007;11(2):261-6.
13. SMAILL, F.; HOFMEYR, G.J. Antibiotic prophylaxis for cesarean section (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.
14. TAVARES, W. Manual de Antibióticos e Quimioterápicos Antiinfeciosos, 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2001, 353; 354p.
15. _____ W. Antibióticos e Quimioterápicos para o Clínico. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 152;153p.
16. YUDIN, M.; LANDERS, V.; MEYN, L.; HILLIER, S. Clinical and cervical cytokine response to treatment with oral or vaginal metronidazole for bacterial vaginosis during pregnancy: a randomized trial. *Obstet Gynecol*; 102:527-34, 2003.
17. ZIMMERMANN, J.B., GOMES, C.M., TAVARES, F.S.P., PEIXOTO, I.G., MELO, P.C.V., REZENDE, D.F. Complicações puerperais associadas à via de parto. *Rev. méd. Minas Gerais*. 2009;19(2):109-16.