

A relação entre os cuidados orais na UTI e a pneumonia

Em ambiente de terapia intensiva é constante a vigilância da infecção por toda a equipe da UTI e pelo CCIH - comissão de controle de infecção hospitalar. Considerando-se que mais da metade das bactérias do organismo encontra-se na cavidade oral e sua descontaminação diminui o risco de pneumonia nosocomial e PAV (pneumonia associada a ventilação mecânica) fundamenta-se a vigilância da cavidade oral pelo cirurgião-dentista na UTI.

Muitas organizações e instituições que trabalham no combate a PAV - pneumonia associada a ventilação mecânica, publicando estratégias de prevenção com intuito de diminuir a prevalência dessa doença infecciosa. Dentre as quais destacamos: o CDC (Centers for Disease Control and Prevention), a AARC (American Association for Respiratory Care) e a ATS (American Thoracic Society) e podemos afirmar que das estratégias de prevenção da PAV mais recomendadas, os cuidados bucais completos são muitas vezes negligenciados em UTI, ou ainda, sequer prestados ao paciente à beira de leito.

O custo da PAV pode ser enorme em termos de incidência, número de vidas e dinheiro dispendido. De cada quatro infecções em UTI, uma é a pneumonia, sendo que 90% ocorrem em pacientes acoplados a prótese ventilatória. A probabilidade de um doente crítico adquirir pneumonia é de 6 a 20 vezes maior nos pacientes sob ventilação mecânica, segundo o Sistema Nacional de Vigilância de Infecções nosocomiais (NNIS) do CDC – , Center of Disease Control. É importante ressaltar que quando um paciente internado adquire pneumonia nosocomial a probabilidade de que ele venha a necessitar de ventilação mecânica aumenta tremendamente. Desta forma, a higiene oral se faz importante não só na UTI, mas em todo o nosocômio.

A higiene bucal em pacientes sob terapia intensiva tem sido massivamente estudada e os resultados dos estudos alertam para a necessidade de se implementar um pacote de medidas acerca da higiene oral, com protocolos seguros e fármacos que sejam efetivos e eficazes na descolonização da orofaringe, além da educação continuada para a equipe de enfermagem.

E para colocar em prática diretrizes relacionadas a higiene bucal ninguém melhor do que o dentista. Sendo assim, a odontologia deve estar inserida na terapia intensiva para orientar a melhor performance da higiene oral a equipe de enfermagem e tratar a cavidade oral do paciente crítico eliminando focos infecciosos.

As características da cavidade bucal permitem considerá-la um incubador microbiano ideal sofrendo colonização contínua, numerosa e diversa com muitas populações microbianas presentes no corpo humano. O biofilme bucal agrega espécies de bactérias, fungos e vírus. Encontrado em praticamente todos os nichos da cavidade bucal, sendo o dorso da língua e as superfícies dos dentes suas principais localizações, importante destacar que ele se forma também sobre qualquer superfície que esteja na cavidade oral, tubo orotraqueal, sondas orogástricas, próteses e aparelhos

ortodônticos (Quadro 01). O biofilme além de apresentar elevado potencial patogênico local e sistêmico, possuir mais de 350 espécies, fornece proteção aos microrganismos, inclusive contra agentes antimicrobianos. Isto é ele acolhe e abriga a MARSAs, Micoplasma, Acinetobacter, Pseudomonas aeruginosa. O início da formação do biofilme se dá com o depósito da película adquirida (camada orgânica) por todas as superfícies da boca, que em poucas horas se liga seletivamente a determinadas espécies de bactérias, ocorrendo uma transição do meio ambiente aeróbio, caracterizado por espécies Gram-positivas facultativas, para um meio altamente privado de oxigênio com predomínio de microrganismos anaeróbios e é um importante reservatório de patógenos respiratórios. A qualidade, quantidade, velocidade e complexidade de formação do biofilme pode variar de paciente para paciente de acordo com fatores intrínsecos, tais como idade, dieta, tabagismo, alcoolismo, higiene bucal, corticoterapia, antibioticoterapia e permanência hospitalar.

Os fatores de virulência e efeitos sobre o hospedeiro dos microrganismos anaeróbios bucais são bastante nocivos e variados. Dentre os quais podemos destacar: formação de coágulos intravasculares, estímulo de síntese de metaloproteases em fibroblastos, dessensibilização de neutrófilos, degradação de componentes teciduais, hemólise, imunossupressão, redução da síntese de DNA, inibição da proliferação celular e reparo tecidual, atividade citotóxica direta, liberação de mediadores inflamatórios, reabsorção óssea, dor, febre, choque tóxico, coagulação sanguínea intravascular e ativação policlonal de linfócitos.

Podemos então concluir que além de prevenir a pneumonia associada a ventilação mecânica a descontaminação orofaríngea também poder evitar a disseminação hematogênica dos micro-organismos bucais, diminuindo a chance de infecções em outros sítios . A manutenção da saúde oral do paciente, agrega saúde e segurança durante sua internação na UTI.