

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Manual de Normas e Rotinas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

Elaborada por:
Rosana Beatriz Reis Gandin

Colaboradores:
Joseila Cristina Franzon
Karina Lemos Terra
Luiz Carlos Peres
Marcos Paulo Guchert
Maria Fernanda dos Passos Stocco
Roberta da Silva Pedroso
Sandra do Vale Pereira

Versão revisada e atualizada

2012

ÍNDICE

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	5
CONDUTA COM EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	7
NORMAS PARA PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO	8
RELAÇÃO DE DOENÇAS QUE EXIGEM MEDIDAS DE ISOLAMENTO OU PRECAUÇÕES E TEMPO DE DURAÇÃO DAS MEDIDAS	18
CUIDADOS COM PACIENTES COLONIZADOS POR GERME MULTIRRESISTENTE Pacientes transferidos de outras instituições	24
CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE BACTÉRIA MULTIRRESISTENTE NO HIJG	25
Staphylococcus aureus – MRSA	26
Bacilos Gram negativos	27
MEDIDAS DE CONTROLE PARA MICROORGANISMO MULTIRRESISTENTE	28
PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA Medidas essenciais	30
MEDIDAS GERAIS DE PREVENÇÃO Cateter venoso central de curta permanência	31
Cateter venoso central de inserção periférica	33
Cateter totalmente implantável	34
Cateter umbilical	35
Acesso intraósseo	36
Cateter venoso periférico	37
Cateter Arterial Periférico Infusão venosa	39
Suspeita de infusão contaminada	41
Preparo de medicações para injeção	42
Conectores/Dânulas	44
RECOMENDAÇÕES PARA TROCA DE DISPOSITIVOS VENOSOS	45

CUIDADOS NA TROCA DO CURATIVO DE CATETER ENDOVENOSO	46
INSTALAÇÃO DE SANGUE E HEMODERIVADOS	47
PROCEDIMENTOS EM REAÇÃO PIROGÊNICA	48
INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL	50
CUIDADOS COM DESCARTE DOS DISPOSITIVOS UTILIZADOS EM PUNÇÕES VENOSAS	51
EXSANGUÍNEOTRANSFUSÃO	52
RECOMENDAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES MICROBIOLÓGICOS	
Hemocultura	53
Ponta de cateter intravascular	
Aspirado traqueal	
Urocultura	55
COLETA E TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO	56
COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA EM PACIENTES SONDADOS	57
PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS	
Medidas gerais para prevenção de Pneumonia	58
Intubação traqueal	60
Aspiração de secreções respiratórias oral e/ou nasal	61
Aspiração de secreções respiratórias via tubo endotraqueal e/oi traqueostomia	62
Nebulização e oxigênio contínuo	63
Drenagem simples de tórax	64
PREVENÇÃO DE INFECÇÃO EM SISTEMA URINÁRIO	
Cateterismo vesical	65
Punção supra-púbica	
Lavagem e/ou instilação vesical	66
PUNÇÃO LOMBAR	67
DIÁLISE PERITONEAL	68
RECOMENDAÇÕES PARA TRATAMENTO DE FERIDAS	70
Classificação das feridas	71
Tipos de Cicatrização	74
Fatores Adversos à cicatrização	75
Avaliando a ferida	77
Princípios e cuidados de enfermagem na realização de curativos	78
Normas para curativos	81
Recomendações gerais	82
Que curativos usar?	83

CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	88
DESINFECÇÃO DE ENDOSCÓPIOS	90
ESTERILIZAÇÃO POR ÓXIDO DE ETILENO	91
LAVANDERIA	93
LIMPEZA HOSPITALAR	94
CONTROLE DE ANTIMICROBIANOS	95
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO EM CIRURGIA	96
CENTRO CIRÚRGICO	97
Ao entrar no Centro Cirúrgico	
Sala cirúrgica	98
Sala contaminada	99
Cuidados gerais	100
PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DO PACIENTE	101
DEGERMAÇÃO E ANTISSEPSIA PRÉ-OPERATÓRIA DA EQUIPE CIRÚRGICA	103
RECOMENDAÇÕES PARA MANUTENÇÃO DE SOLUÇÕES E TROCA DE DISPOSITIVOS	104
NORMAS PARA O USO DE DESINFETANTES E ANTISSÉPTICOS PADRONIZADOS	
PELO HOSPITAL	105
CRITÉRIOS PARA O USO DE ANTISSÉPTICOS NO HIJG	106
PADRONIZAÇÃO DO USO DE GERMICIDAS NO HIJG E PROCESSAMENTO DE	
MATERIAIS	107
PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS APÓS ACIDENTE CUPACIONAL COM	
EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO	109
LIMPEZA DA CAIXA D'ÁGUA	118
RECOMENDAÇÕES PARA LIMPEZA E ARMAZENAMENTOS DOS BRINQUEDOS	119
REFERÊNCIAS	121

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas com água e sabonete líquido, preparação alcoólica e antisséptico degermante.

A higienização das mãos tem como finalidade a remoção de sujidade, suor, oleosidade, células descamativas e da microbiota humana, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas pelo contato.

1. LAVAGEM BÁSICA DAS MÃOS

Deve ser feita: com água e sabonete líquido comum

- Antes e imediatamente após o contato com o paciente
- Antes e após qualquer procedimento realizado com o paciente;
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Sujeira visível;
- Após o uso do banheiro;
- Após assoar o nariz.

2. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM SOLUÇÃO ALCOÓLICA

Consiste em higienizar as mãos quando estas não estiverem visivelmente sujas, com álcool gel a 70%, atingindo todos os locais das mãos.

Deve ser feita:

- Antes e após de contato com paciente
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos
- Antes de calçar luvas e após a remoção das mesmas
- Após risco de exposição a fluidos corporais
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, durante o cuidado ao paciente
- Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente

3. Técnica de lavagem das mãos

- 1) Abrir a torneira, molhar as mãos sem encostar na pia;
- 2) Ensaboar as mãos, friccionando-as por aproximadamente 15 a 30 segundos, atingindo:
 - PALMA
 - DORSO DAS MÃOS
 - ESPAÇOS INTERDIGITAIS
 - POLEGAR
 - ARTICULAÇÕES
 - UNHAS E EXTREMIDADES DOS DEDOS
 - PUNHOS
- 3) Enxaguar as mãos retirando o sabão;
- 4) Enxugar com papel toalha;
- 5) Fechar a torneira utilizando o papel toalha.



CONDUTA COM EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

1- **Máscara:**

- Tipo cirúrgica, descartável, usar durante o turno de trabalho. A validade protetora do usuário termina quando se torna úmida;
- Máscara para gases tóxicos, utilizar até sentir o odor.
- Máscara para doenças transmissíveis por aerossóis, tipo Ng5 ou PFF2, utilizar até uma semana acondicionando em saco de papel e devidamente identificada. Se estiver úmida ou uso muito intenso, desprezar imediatamente.

- ### 2- **Avental:**
- Usar somente quando entrar em estreito contato com o paciente infectado ou com roupas de camas ou objetos maiores. Observar o descarte do avental sempre que houver contato íntimo com material infectante ou sujidade aparente;

- ### 3- **Luas:**
- As luvas de procedimentos e precauções padrão não necessitam ser esterilizadas. Em caso de procedimento invasivo é necessário o uso de luvas estéreis.

- ### 4- **Mãos:**
- Mesmo após o uso de luvas devem ser lavadas. Para evitar recontaminação, usar papel toalha para secar e fechar a torneira.

NORMAS DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO

1. PRECAUÇÕES PADRÃO

Devem ser aplicada a todos os pacientes do hospital, independente de seu diagnóstico ou presumível status de infecção.

São aplicáveis a:

- Sangue;
- Líquidos corporais, secreções, excreções (exceto o suor), independente se eles estão ou não contaminados por sangue;
- Pele não íntegra
- Membranas mucosas.

Para o atendimento de todos os pacientes:

a- Higienização das mãos sempre:

- Antes a após manusear o paciente;
- Após tocar sangue, fluidos, secreções, excreções corpóreas e artigos contaminados, usando ou não luvas;
- Após a retirada das luvas;
- Entre contato com pacientes;
- Entre tarefas e procedimentos num mesmo paciente, para impedir a contaminação cruzada de diferentes sítios.

b- Luvas – usar:

- Quando tocar sangue, fluidos, secreções, excreções corpóreas e artigos contaminados;
- Quando tocar membranas mucosas e pele não íntegra;

Observações:

- Trocar luvas entre tarefas e procedimentos no mesmo paciente, após contato com material que possa conter alta concentração de microorganismos;
- As luvas devem ser removidas imediatamente após o uso, antes de tocar artigos e superfícies do ambiente;
- Após o uso das luvas, lavar as mãos imediatamente.

c- Máscara e óculos

- Usar durante procedimentos e atividades que possam gerar respingos de sangue, secreções e excreções corpóreas.

d- Avental

- Vestir para proteger a pele e prevenir sujar a roupa durante procedimentos e atividades ligadas ao paciente, que possam gerar respingos de sangue, fluidos, secreções e excreções corpóreas;
- Remover o avental sujo o mais rápido possível e lavar as mãos.

e- Equipamentos Usados no Cuidado ao Paciente

- Os equipamentos reutilizáveis deverão estar limpos e reprocessados adequadamente, antes de serem usados em outro paciente.

2. PRECAUÇÕES BASEADAS NA TRANSMISSÃO

a) PRECAUÇÕES AÉREAS

São aplicáveis para pacientes com diagnóstico ou suspeitos de infecção por microorganismos transmitidos por “droplet nuclei” (partículas = ou menor que 5micras), de gotículas evaporadas contendo microorganismos que permanecem em suspensão no ar e que podem ser amplamente dispersas pelas correntes de ar, dentro de um quarto ou por longas distâncias.

Usar **precauções padrão mais:**

a- Acomodação do paciente

- Quarto privativo
- Manter a porta fechada e o paciente dentro do quarto

b- Máscara N95 ou PFF2

- Uso obrigatório
- Pessoas imunes ao sarampo e varicela não necessitam usar máscara.

c- Transporte do paciente

- Limitar o movimento e o transporte do paciente somente para propósitos especiais;
- Se necessário a saída do quarto, colocar uma máscara no paciente sempre que possível.

Exemplo de Doenças que requerem precauções Aéreas:

- Tuberculose pulmonar confirmada ou suspeita ou doença laringeal
- Sarampo
- Varicela Herpes zoster (localizado em paciente imunodeprimido ou disseminado)

b) PRECAUÇÕES COM GOTÍCULAS

São aplicáveis ao paciente com diagnóstico ou suspeito de estar infectado com microorganismos transmitidos por gotículas, (partículas maiores que 5 micras de tamanho) que podem ser geradas pelo paciente durante tosse, espirro, fala ou durante a execução de procedimentos.

Usar **precauções padrão mais:**

a- Acomodação do paciente

- Quarto privativo

b- Máscara

- Usar quando entrar no quarto e for manter contato a 1 metro de distância do paciente.

c- Transporte do paciente

- Limitar o movimento e o transporte do paciente somente para propósitos especiais;
- Se necessário a saída do quarto, colocar uma máscara no paciente sempre que possível.

Exemplos de doenças que requerem precauções com gotículas:

- Difteria faríngea
- Faringite e pneumonia por Streptococcus do grupo A
- Epiglotite por Haemophilus influenzae
- Influenza
- Meningite por Haemophilus influenzae
- Meningite por Neisseria
- Pneumonia meningocócica
- Meningococemia
- Parotidite
- Coqueluche
- Pneumonia por adenovírus, Haemophilus influenzae, pneumocócica
- Rubéola

c) PRECAUÇÕES COM CONTATO

Aplicáveis a pacientes diagnosticados ou suspeitos de estarem infectados ou colonizados com microorganismos epidemiologicamente importantes, que podem ser transmitidos por contato direto com pacientes, ou contato indireto com superfícies do meio ambiente ou material que entrou em contato com o paciente.

Usar precauções padrão mais:

a- Acomodação do Paciente

- Quarto privativo, se não disponível, consultar o SCIH.

b- Luvas e Higienização das mãos

- Usar luvas de procedimento quando entrar no quarto;
- Durante o contato com o paciente, trocar as luvas após ter tido contato com material infectante com altas concentrações de microorganismos (ex: fezes e secreções de feridas);
- Antes de sair do quarto, remover as luvas e higienizar as mãos;

c- Avental

- Uso de avental limpo quando entrar no quarto e for ter contato do vestuário com paciente ou superfícies do ambiente que possam estar contaminadas;

d- Equipamentos para o cuidado do paciente

- O uso de equipamentos quando possível deve ser restrito ao paciente com o patógeno que requer precaução;
- Se não possível o uso de equipamento restrito, este deve ser limpo e desinfetado antes de ser usado em outro paciente.

Exemplo de doenças que requerem Precauções com Contato:

- Abscesso drenando muito
- Celulite (lesões úmidas)
- Colonização ou infecção gastrointestinal, respiratória ou de pele por germe multirresistente;

- Difteria cutânea
- Doença estafilocócica (*S. aureus*) em pele, ferida ou queimadura com grande drenagem
- Doença estreptocócica (Estrepto grupo A) em pele, ferida ou queimadura com grande drenagem;
- Enterocolite por *Clostridium difficile*
- Escabiose
- Feridas infectadas com drenagem abundante ou não contidas por curativo
- Furunculose por estafilococo
- Gastroenterite por *Clostridium difficile*, *Escherichia coli*, Rotavírus e *Shigella* com fralda ou incontinente;
- Hepatite viral tipo A com fralda ou incontinente
- Herpes simplex neonatal
- Herpes zoster disseminado (Varicela)
- Impetigo
- Infecção por vírus Sincicial respiratório
- Infecção respiratória por vírus Parainfluenza
- Infecções enterovirais
- Pediculose
- Pneumonia por Adenovírus
- Queimaduras independentes de contaminação ou não.
- Rubéola congênita

PRECAUÇÕES COM AEROSSÓIS



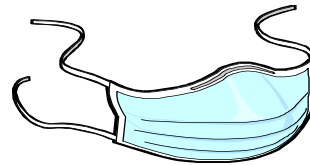
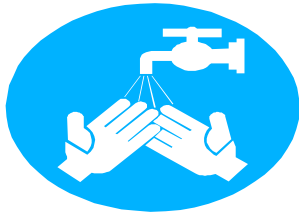
Atenção: Uso obrigatório de Respirador N95 ou PFF2 ao entrar no quarto.

Pessoas que já tiveram varicela ou sarampo, não necessitam usar o respirador ao entrar no quarto.

- Quarto Privativo, manter a porta sempre fechada.
- Precauções Padrão: higienizar as mãos com água e sabão ou álcool gel, antes e após atender o paciente e/ou tocar artigo contaminado. Use luvas, avental ou óculos se houver possibilidade de contato com fluidos ou secreções orgânicas.
- Se necessário a saída do paciente do quarto, coloque se possível uma máscara nele.

SCIH/CCIH

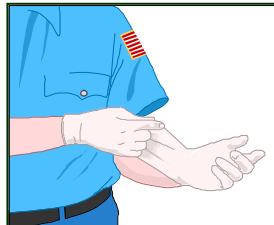
PRECAUÇÕES COM GOTÍCULAS



- ◆ **Atenção:** Uso obrigatório de máscara quando trabalhar a menos de 1 metro do paciente.
- ◆ Quarto Privativo
- ◆ As mãos devem ser higienizadas com água e sabão ou álcool gel antes e após atender o paciente e/ou tocar artigo contaminado.
- ◆ Se necessário a saída do paciente do quarto, coloque se possível uma máscara nele.

SCIH/CCIH

PRECAUÇÕES COM CONTATO

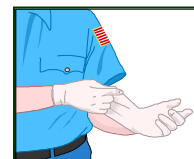
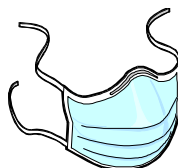


- ◆ Quarto privativo
- ◆ **Atenção:** Obrigatório o uso de luvas ao entrar no quarto.
- ◆ Remova as luvas antes de deixar o ambiente do paciente e higienize as mãos imediatamente.
- ◆ As mãos devem ser higienizadas com água e sabão ou álcool gel, antes e após atender o paciente e/ou tocar artigo contaminado.
- ◆ Use avental quando entrar no quarto se for manter contato com paciente.
- ◆ Evite compartilhar equipamentos entre pacientes, se necessário, estes devem ser limpos e desinfetados antes do uso em outro paciente.

CCIH/SCIH

PRECAUÇÕES – PADRÃO

Para o atendimento de todos os Pacientes



- ◆ Higienização das mãos com água e sabão ou álcool gel, antes e após o contato com paciente, artigos e superfícies contaminadas e antes de realizar tarefas e/ou procedimentos.
- ◆ Usar luvas quando tocar sangue, secreções, excreções, artigos contaminados, mucosas e pele não íntegra.
- ◆ Usar máscara e óculos durante procedimentos e atividades que possam gerar respingos de sangue, secreções e excreções corpóreas.
- ◆ Vestir avental para proteger a pele e prevenir sujar a roupa durante procedimentos ligados ao paciente.
- ◆ Os equipamentos usados no paciente deverão estar limpos e adequadamente reprocessados, antes de serem usados em outro paciente.

SCIH/CCIH

Relação de Doenças que exigem medidas de isolamento ou precauções e tempo de Duração das medidas.

Doença/Infecção	Tipo de Precauções	Duração das medidas/ Observações
Abcesso drenando muito	Contato	Até o fim da drenagem. Sem curativo ou o curativo não contém a drenagem adequadamente
Abcesso drenando pouco	Padrão	
AIDS	Padrão	
Candidíase – todas as formas	Padrão	
Celulite – lesões úmidas	Contato	Até o fim da drenagem
Chlamydia trachomatis – em conjuntiva, genital ou respiratória	Padrão	
Citomegalovirose	Padrão	
Conjuntivite bacteriana aguda	Padrão	
Conjuntivite gonocócica	Padrão	
Conjuntivite Viral aguda (hemorrágica)	Contato	Duração da doença
Coqueluche (Pertussis)	Gotículas	Manter precauções até 5 dias após o paciente ter iniciado terapia efetiva.
Dengue	Padrão	Telas em portas e janelas
Difteria cutânea	Contato	Até o fim da terapia antimicrobiana + 2 culturas negativas com intervalo de 24 horas.
Difteria faríngea	Gotículas	Até o fim da terapia antimicrobiana + 2 culturas com intervalo de 24 horas negativas.
Doença de Creutzfeldt-Jacob	Padrão	

ESTADO DE SANTA CATARINA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Doença estafilocócica em pele, ferida ou queimadura com drenagem maior (*)	Contato	Até o fim da drenagem *Sem curativo ou o curativo não contém a drenagem adequadamente
Doença estafilocócica em pele, ferida ou queimadura com drenagem menor (*)	Padrão	* Curativo cobre e contém a drenagem adequadamente.
Doença estreptocócica (A) em pele, ferida ou queimadura com drenagem maior (*)	Contato	Até 24 horas após início de terapia efetiva
Doença estreptocócica (A) em pele, ferida ou queimadura com drenagem menor (*)	Padrão	* Curativo cobre e contém a drenagem adequadamente.
Doença Neonatal por Estrepto B	Padrão	
Enterocolite Necrotizante	Padrão	
Enterocolite por Clostridium difficile	Contato	Durante a Doença
Enterocolite por Estafilococo	Padrão	Usar Precauções de Contato para crianças com fraldas ou incontinentes até 6 anos, durante a doença.
Epiglotite por Haemophilus influenzae	Gotícula	Até 24 horas após início de terapia efetiva
Escabiose	Contato	Até 24 horas após início de terapia efetiva
Escarlatina	Gotícula	Até 24 horas após início de terapia efetiva
Exantema súbito	Padrão	
Faringite por Estrepto A	Gotícula	Até 24 horas após início de terapia efetiva
Febre reumática	Padrão	
Feridas infectadas drenagem maior *	Contato	Até o fim da drenagem *Sem curativo ou o curativo não contém a drenagem adequadamente

ESTADO DE SANTA CATARINA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Feridas infectadas drenagem menor *	Padrão	* Curativo cobre e contém a drenagem adequadamente.
Gastroenterite por Clostridium difficile	Contato	Durante a doença
Gastroenterite por Campylobacter species, Cryptosporidium species	Padrão	Usar precauções de contato para crianças com fraldas ou incontinente até 6 anos, durante a doença.
Gastroenterite por E coli Enterohemorrágica 0157 :H7	Padrão	Usar precauções de contato para crianças com fraldas ou incontinente até 6 anos, durante a doença.
Gastroenterite por Giardia lamblia	Padrão	Usar precauções de contato para crianças com fraldas ou incontinente até 6 anos, durante a doença.
Gastroenterite viral	Padrão	Usar precauções de contato para crianças com fraldas ou incontinente até 6 anos, durante a doença.
Hepatite viral tipo A com fralda ou incontinente	*Contato	<ul style="list-style-type: none"> *Crianças e lactentes até 3 anos durante a hospitalização; *Crianças de 3 – 14 anos até 2 semanas após instalação dos sintomas.
Hepatite viral tipo A	Padrão	
Hepatite viral tipo B – HBsAg +	Padrão	
Hepatite viral tipo C e outras inespecíficas não A e B	Padrão	
Hepatite viral tipo E	Padrão	
Herpes simplex mucocutâneo disseminado, severo, 1ª infecção	Contato	Durante a doença
Herpes simplex mucocutâneo, recorrente (pele, oral, genital)	Padrão	

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Herpes simplex neonatal	*Contato	* Para RN ou lactente de parto vaginal ou cesário, mãe com infecção ativa e rotura de bolsa mais de 4 a 6 horas antes do parto. Durante a doença.
Herpes zoster localizado em imunodeprimidos ou disseminado (varicela zoster)	Aéreas Contato	Durante a doença. *Pessoas susceptíveis à varicela podem contrair a doença quando expostos ao paciente com Herpes zoster.
Herpes zoster localizado em paciente normal	Padrão	
HIV	Padrão	
Impetigo	Contato	Até 24 horas após início de terapia efetiva
Infecção ou colonização por germe multirresistente	Contato	Até o fim da terapia antimicrobiana e cultura negativa.
Infecção pelo Vírus Sincicial respiratório	Contato	Durante a doença
Infecção respiratória aguda	Contato	Durante a doença
Infecção respiratória por vírus Parainfluenza	Contato	Durante a doença
Infecções enterovirais	Contato	Durante a doença
Leptospirose	Padrão	
Meningite bacteriana gram (-) entérico em neonato	Padrão	
Meningite pneumocócica	Padrão	
Meningite por fungo	Padrão	
Meningite por Haemophilus influenzae	Gotículas	Até 24 horas após início de terapia efetiva
Meningite por Listeria monocytogenes	Padrão	
Meningite por Neisseria meningitides	Gotículas	Até 24 horas após início de terapia efetiva

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Meningite por outras bactérias	Padrão	
Meningococemia	Gotículas	Até 24 horas após início de terapia efetiva
Mononucleose infecciosa	Padrão	
Parotidite (cachumba)	Gotícula	Por 9 dias após o aparecimento do inchaço
Pediculose	Contato	Até 24 horas após início de terapia efetiva
Pneumonia por Adenovírus	Gotícula e Contato	Durante a doença
Pneumonia por Estafilococos aureus	Padrão	
Pneumonia por Estreptococos do grupo A	Gotículas	Até 24 horas após início de terapia efetiva
Pneumonia por Pneumococo	Gotícula	Durante a doença
Pneumonia por Pneumocystis carinii	Padrão	Evitar internação no mesmo quarto com paciente imunodeprimido.
Pneumonia por Pseudomona cepacia, inclusive colonização	Padrão	Evitar colocar em quarto com outro paciente com fibrose cística não infectado ou colonizado por este germe. Paciente com FC ao ter contato com outro já colonizado ou infectado, pode usar máscara quando estiver na distância de 1 metro.
Rotavírus	Padrão	Usar precauções de contato para crianças com fraldas ou incontinente até 6 anos, durante a doença.
Rubéola	Gotículas	Até 7 dias após início do rash.
Rubéola congênita	Contato	Susceptíveis não devem entrar no quarto de paciente em precauções se houver quem cuide já imune. Durante toda a internação, no 1º ano de vida.

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Salmonella species	Padrão	Usar precauções de contato para crianças com fraldas ou incontinente até 6 anos, durante a doença.
Sarampo	Aérea	Durante a doença
Shigella species	Padrão	Usar precauções de contato para crianças com fraldas ou incontinente até 6 anos, durante a doença.
Sífilis inclusive congênita	Padrão	
Síndrome da pele escaldada	Padrão	
Tétano	Padrão	
Toxoplasmose	Padrão	
Tuberculose pulmonar ou doença laringeal suspeita ou confirmada	Aérea* Padrão	<ul style="list-style-type: none"> • *Quando tiver escarro positivo. Interromper as precauções quando em uso de terapia efetiva, melhora clínica e 3 exames de escarro negativos. • Quando escarro negativo
Úlcera de decúbito infectada com drenagem maior	Contato	Até o fim da drenagem
Úlcera de decúbito infectada com drenagem menor	Padrão	
Varicela	Aérea Contato	Durante a doença. *Manter as precauções até que as lesões incrustem. Susceptíveis não devem entrar no quarto de pacientes em precauções se houver quem cuide já imune. Pessoas imunes não precisam usar máscara ao entrar no quarto.

CUIDADOS COM PACIENTES INFECTADOS OU COLONIZADOS POR GERME MULTIRRESISTENTE

1. Pacientes transferidos de outras instituições

Pacientes transferidos de outros hospitais, que tenham sido submetidos por mais de 24 horas a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, podem estar colonizados ou infectados por microorganismos multirresistentes. Estes microorganismos podem propiciar infecção cruzada ao serem introduzidos na instituição. Para prevenir que microorganismos de outras instituições, com possível perfil de resistência diferente da mesma possam vir a se tornar um risco para a instituição, as seguintes medidas preventivas devem ser tomadas:

- Solicitar aos pacientes que internarem nas Unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, procedentes de outras UTIs com internação prolongada ou procedimentos invasivos, culturas de vigilância: Swab nasal, retal e axilar.
- Manter o paciente em quarto privativo ou coorte e precauções de contato;
- O paciente ficará em precauções de contato até o resultado negativo para bactéria multirresistente;
- A CCIH ao receber o resultado das culturas de vigilância, fará a avaliação para liberação ou não do isolamento e precauções.

CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE BACTÉRIA MULTIRRESISTENTE NO HIJG

Microorganismo	Definição de Resistência (R)
<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>R oxacilina ou RI (resist. intermediária) ou R a vancomicina</i>
<i>Staphylococcus coagulase negativo</i>	<i>R a vancomicina</i>
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>R a penicilina ou RI ou R a ceftriaxona</i>
<i>Enterococcus faecium</i> ou <i>E. faecalis</i>	<i>R ou RI a vancomicina</i>
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>R a imipenem e/ou meropenem Só sensível a imipenem e/ou meropenem</i>
<i>Acinetobacter baumannii</i>	<i>R a imipenem e/ou meropenem Só sensível a imipenem e/ou meropenem</i>
<i>Enterobactérias: Klebsiella spp, Serratia spp, Escherichia coli, Enterobacter spp, Proteus spp e Citrobacter spp</i>	<i>- R a imipenem e/ou meropenem - Completa resistência aos β-lactâmicos (cefalosporinas de 3ª e 4ª geração e penicilinas)</i>
<i>Burkholderia cepacia</i>	<i>Qualquer cultura positiva</i>

1. Staphylococcus aureus - MRSA

O MRSA (Staphylococcus aureus resistente a oxacilina/meticilina) é um microorganismo multirresistente de disseminação pelas mãos, promovendo a colonização de outros pacientes, além de ser um agente freqüente de infecções hospitalares, principalmente infecção de corrente sanguínea e pneumonias relacionadas à ventilação mecânica.

Fatores de risco para infecção ou colonização por MRSA:

- Hospitalização prolongada (mais de 7 dias),
- Internação em unidade de terapia intensiva e queimados,
- Procedimentos cirúrgicos,
- Terapia antimicrobiana prolongada,
- Proximidade de pacientes colonizados ou infectados por MRSA

Reservatórios de MRSA

- Pacientes colonizados ou infectados, internados em UTIs, berçários e unidades de queimados;
- Profissionais de saúde;
- Artigos hospitalares contaminados

2. Bacilos Gram-negativos

- a- *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter spp* – são bacilos não-fermentadores de glicose e podem ser agentes de quase todas as infecções adquiridas em UTIs. O principal fator relacionado à transmissão desses microorganismos é o uso excessivo de antimicrobianos.
- b- Enterobactérias (*Enterobacter spp*, *E. coli*, *Klebsiella spp*, *Serratia spp*, *Citrobacter spp* e *Proteus spp*) – são bacilos fermentadores de glicose e estão envolvidos em quase todas as infecções adquiridas em UTIs, principalmente as respiratórias e urinárias.

Fatores de risco para infecção ou colonização por bacilos Gram-negativos:

- Hospitalização prolongada;
- Internação em unidade de terapia intensiva;
- Queimaduras graves ou cirurgia extensa,
- Uso prévio de terapia antimicrobiana;
- Uso de procedimentos invasivos.

Reservatórios de bacilos Gram-negativos

- Pacientes e profissionais de saúde colonizados ou infectados;
- Artigos hospitalares contaminados (estetoscópio, termômetro, garrotes, nebulizadores, umidificadores, circuitos de respiradores, etc.);
- Locais úmidos: pias, panos de chão, medicamentos abertos e vegetais. São altamente resistentes a variações de temperatura.

MEDIDAS DE CONTROLE PARA MICROORGANISMO MULTIRRESISTENTE

- a. Quarto privativo de preferência ou quarto com paciente que apresente infecção ou colonização pelo mesmo microorganismo (coorte);
- b. Higienização das mãos e antebraços antes e após a manipulação dos pacientes;
- c. Na Higienização das mãos o profissional de saúde deverá utilizar o antisséptico clorexidina a 2 ou 4% ou álcool 70%;
- d. O uso de capote (não estéril, de manga longa) e luvas de procedimento é obrigatório quando se prevê o contato com o paciente e/ou seu mobiliário. As luvas e avental devem ser retirados antes da saída do quarto;
- e. A troca das luvas é obrigatória entre os procedimentos realizados num mesmo paciente, evitando-se a disseminação do microorganismo;
- f. Os equipamentos de cuidado ao paciente como estetoscópio, termômetro e esfingomanometro, devem ser de uso individual;
- g. Na impossibilidade do uso exclusivo do aparelho de pressão, recomendamos a utilização de protetor (plástico impermeável ou papel) entre a pele e o aparelho;
- h. Os equipamentos de cuidado ao paciente como estetoscópio e termômetro, devem ser desinfetados com álcool a 70% antes e após o uso. Todos os itens potencialmente contaminados devem ser descontaminados diariamente ou desprezados;
- i. A mobilização do paciente na unidade hospitalar deve ser restringida. Quando necessária, como para exames (radiografia e outros), os procedimentos de isolamento de contato devem ser mantidos. O profissional responsável pelo transporte ou exame deverá seguir as orientações quanto ao isolamento de contato, usando a paramentação indicada;
- j. Visitas e acompanhantes restritas. Os visitantes e acompanhantes deverão respeitar os procedimentos para o isolamento de contato (lavagem das mãos, uso de capote e luvas de procedimento);

- k. No momento da transferência do paciente colonizado/ infectado para outras unidades dentro ou fora da instituição, é indispensável a notificação ao setor de destino.
- l. Realizar a cada turno, desinfecção com álcool a 70% em todas as superfícies e equipamentos ao redor do paciente, que possam estar contaminadas;
- m. Manter o paciente em precauções durante toda a internação.
- n. Se paciente for submetido a procedimento cirúrgico, comunicar ao setor para que tome as providências necessárias. Restringir a quantidade de materiais na sala e após o procedimento, realizar desinfecção terminal da sala operatória.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA

*Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS)
Infecção Relacionada a Cateter (IRC)*

MEDIDAS ESSENCIAIS - SEMPRE

- 1. Higienização das mãos.**
- 2. Precauções de barreira máxima na colocação de cateter venoso central- CVC:** higienização das mãos, uso de gorro, máscara, avental e luvas estéreis e campos grandes que cubram o paciente.
- 3. Preparo da pele com clorexidina** na colocação do cateter.
- 4. Seleção do sítio de inserção de CVC: utilização da veia** subclávia como sítio de preferencial para CVC não tunelizado.
- 5. Revisão diária da necessidade de permanência do CVC,** com pronta remoção quando não houver mais indicação.

Medidas Gerais de prevenção

1. Cateter Venoso Central de Curta Permanência

- **Utilizar barreira máxima no momento da inserção:** paramentação com avental, touca, máscara, luvas esterilizadas e campo estéril ampliado. Utilizar esta paramentação independente do local onde será efetuado o procedimento;
- Utilizar para antissepsia na inserção do cateter venoso central (duplo lúmen, dissecção venosa, etc.) solução alcoólica de clorexidina 0,5%.
- Realizar degermação da pele antes da antissepsia se houver necessidade de retirada de sujidade. Utilizar clorexidina degermante 4%;
- **Higienizar as mãos antes e após a manipulação do CVC (cateter venoso central) com água e sabonete líquido, ou usar álcool gel 70%.**
- O uso de luvas não dispensa a higienização das mãos.
- Preferir o uso de PICC (cateter central de inserção periférica), sempre que houver previsão de mais de 6 (seis) dias de necessidade de cateter central.
- Nunca optar pela dissecção venosa como método de escolha para inserção de CVC, reservando esta modalidade para situações absolutamente indispensáveis. Isto se deve ao elevado risco de IRC e sepse.
- Optar pelo menor número de lumens, menor calibre e material menos trombogênico.
- Vigilância diária do sítio de inserção do CVC com palpação do local sobre o curativo. Se paciente com dor, abrir o curativo para visualização direta do local.

- Trocar o curativo sempre que estiver sujo, solto ou úmido. A frequência da troca depende do tipo de cobertura. Se gaze, trocar a cada 48-72 horas, se película semipermeável, a cada 5-7 dias.
- Remover o cateter assim que não for mais necessário.
- Trocar em 48 horas, qualquer cateter inserido em situação de emergência.
- Trocar o cateter somente se houver secreção purulenta no local de inserção, ou na suspeita de infecção primária de corrente sanguínea com instabilidade hemodinâmica, no caso de IPCS confirmada ou no mau funcionamento do cateter.
- Toda a manipulação deve ser precedida de higienização das mãos e desinfecção das conexões com solução alcoólica.
- Na suspeita de IRC (infecção relacionada a cateter) ou febre de origem indeterminada, colher hemocultura central e periférica. Se crescimento na amostra central preceder pelo menos 2 horas o crescimento da amostra periférica = provável infecção relacionada ao cateter.

OU

- Na retirada do cateter, não encaminhar a ponta para cultura. Se houver suspeita de infecção relacionada ao cateter, coletar pelo menos 2 amostras de sangue para hemocultura, de locais diferentes com pelo menos 5 minutos de intervalo.
- Não utilizar filtros bacterianos de linha, para prevenção de infecção.
- Utilizar técnica asséptica na manipulação do sistema.
- Manter o sistema fechado durante a infusão. Desinfetar com álcool 70% as portas de entrada antes de infundir medicamentos ou soluções;

2. Cateter Venoso Central De Inserção Periférica - PICC

- Considerado o cateter de escolha para terapia intravenosa em pacientes neonatais e pediátricos;
- **Usar precauções de barreira máxima na inserção do cateter:** gorro, máscara, avental estéril, luva estéril e campo ampliado;
- A remoção de pelos se houver necessidade, deve ser realizada com tricotomizador elétrico ou tesouras;
- Utilizar luvas estéreis sem pó para prevenir irritações no sítio de inserção e/ou flebite química;
- Para preparação da pele o antisséptico de escolha é a clorexidina alcoólica a 0,5%;
- Utilizar curativo com gaze estéril nas primeiras 24 horas. Após esse período, substituir por membrana transparente semipermeável estéril. A cobertura com gaze estéril é preferível em pacientes com discrasias sanguíneas, sangramento local ou aqueles com sudorese excessiva;
- O tempo de permanência máxima do PICC não é conhecido, podendo ser utilizado por períodos prolongados;
- Trocar o cateter somente se houver secreção purulenta no local de inserção, ou na suspeita de infecção primária de corrente sanguínea com instabilidade hemodinâmica, no caso de IPCS confirmada ou no mau funcionamento do cateter.
- Seguir demais cuidados, citados no item cateter venoso central.

3. Cateter Totalmente Implantável

- São os dispositivos que apresentam menor risco de IPCS (infecção primária de corrente sanguínea);
- Devem ser inseridos no Centro Cirúrgico;
- A punção do cateter deve ser realizada com agulha do tipo Huber;
- Durante a punção, utilizar máscara (profissional e paciente), e luvas estéreis, obedecendo à técnica asséptica;
- Antes de puncionar o reservatório, realizar anti-sepsia com clorexidina alcoólica 0,5%;
- Manter a agulha por até 7 dias, protegida por cobertura estéril;
- Garantir estabilização da fixação, evitando a mobilização da agulha Huber;
- Evitar sempre que possível, a coleta de sangue por meio do reservatório.
- A coleta através de cateter venoso, não traz benefícios na recuperação de microorganismos, quando comparadas com punções venosas. Pode ocorrer a contaminação localizada ou mesmo de líquidos de infusão venosa;
- Cerca de 50% das hemoculturas positivas obtidas através de cateter venoso, são contaminações.

4. Cateter Umbilical

- **Usar precauções de barreira máxima** na inserção do cateter: gorro, máscara, avental estéril, luva estéril e campo ampliado;
- Realizar antissepsia do coto e da região periumbilical com clorexidina 0,5% antes da inserção do cateter;
- Após a sutura do cateter no coto umbilical, realizar a fixação do dispositivo utilizando a técnica da “ponte”;
- Manter o sítio de inserção limpo e seco;
- Não utilizar antimicrobianos tópicos pelo risco de seleção de resistência microbiana e colonização fúngica;
- Remover o cateter umbilical assim que possível; quando não for mais necessário ou se surgir qualquer sinal de insuficiência vascular;
- Cateteres umbilicais arteriais, preferencialmente, não devem ser mantidos por mais de 5 dias;
- Cateteres umbilicais venosos devem ser removidos quando não mais necessário, mas podem permanecer por até 14 dias, desde que mantidos por meio de técnica asséptica.

5. Acesso Intraósseo

- Realizar o procedimento com técnica asséptica;
- **Usar precauções de barreira máxima na inserção do cateter:** gorro, máscara, avental estéril, luva estéril e campo ampliado;
- Em situação de urgência, é imprescindível pelo menos a antisepsia da pele e o uso de luvas estéreis;
- Fazer a antisepsia da pele com clorexidina alcoólica a 0,5%, se houver necessidade, realizar degermação da pele com clorexidina degermante 2 ou 4%;
- Após a instalação do acesso, utilizar cobertura estéril para proteção e fixação do dispositivo;
- Trocar o curativo a cada 48 horas ou quando sujo, utilizar clorexidina alcoólica 0,5%;
- Manter a agulha da punção até 72-96 horas, quanto mais tempo permanecer no local, maior o risco de infecção e deslocamento;
- Ideal remover a agulha dentro de 6 a 12 horas, tão logo outro acesso venoso estiver disponível.

6. Cateter Venoso Periférico

- Antes de iniciar o procedimento, **lavar as mãos com água e sabonete líquido**, se não estiverem visivelmente sujas, podem ser higienizadas com álcool gel 70%;
- **Sempre utilizar luvas de procedimento e técnica asséptica** nas punções venosas periféricas.
- O sítio de inserção do cateter não deverá ser tocado após a aplicação do antisséptico, salvo quando a técnica asséptica for mantida;
- Realizar a antissepsia da pele do paciente com álcool a 70% e aguarde a secagem espontânea. Somente uma aplicação por meio de fricção é necessária;
- Evitar agulha de aço para a administração de fluidos ou medicamentos que possam causar necrose tecidual se ocorrer extravasamento;
- Para atender à necessidade da terapia intravenosa, devem ser selecionados cateteres de menor calibre e comprimento de cânula. Cateteres com menor calibre causam menos flebite mecânica e menos obstrução no fluxo da veia.
- Sempre datar o curativo ou adesivo do dispositivo intravenoso periférico a fim de controlar o tempo de permanência do mesmo;
- Fixar o dispositivo de modo que o mesmo não se movimente dentro do vaso e tentar deixar o mais visível possível, o local de inserção. **O dispositivo para fixação deve ser estéril;**
- Caso apresente hiperemia ou supuração no local de inserção, o cateter deve ser retirado. Se o paciente estiver apresentando clínica ou sinais de infecção, solicitar hemocultura;
- Dispositivos venosos periféricos mantidos por mais de 72 horas, redobrar a vigilância para complicações infecciosas. Não substituir cateteres periféricos a menos que clinicamente indicado;

- Inspecionar o local de inserção no mínimo uma vez por dia, após o banho, e registrar as condições do sítio de inserção.
- Proteger o sítio de inserção com plástico durante o banho, quando não utilizada cobertura não impermeável.

7. Cateter Arterial Periférico

- Dar preferência para sítio radial, em crianças o sítio braquial não deve ser usado;
- **Usar precauções de barreira na inserção do cateter:** gorro, máscara, luva estéril, avental e campo estéril;
- Remover o cateter assim que deixar de ser necessário;
- Usar transdutores descartáveis;
- Substituir os transdutores descartáveis a cada 96 horas;
- Manter todos os componentes do sistema de controle de pressão (incluindo dispositivos de calibração e solução de lavagem) estéril;
- Minimizar o número de manipulações, usar um sistema fechado para nivelar, ao invés da utilização de seringa e torneira;
- Não administrar soluções contendo dextrose ou fluidos de nutrição parenteral no circuito de monitoramento da pressão areterial.
-

8. INFUSÃO VENOSA

- Preparo de infusões endovenosas e/ou medicamentos deve ser feito com técnica asséptica:
 - 1 **Desinfecção** da bancada de preparo com álcool a 70%;
 - 1 **Higienização das mãos** com água e sabonete líquido ou álcool gel;
 - 1 **Desinfecção com álcool a 70% da haste do frasco ou borracha se medicamento;**
 - 1 **Não falar ou usar máscara** durante o preparo.
- Ao preparar uma infusão parenteral, fazer inspeção visual, não usar se a solução estiver visivelmente turva, com precipitação ou presença de corpo estranho. No caso de irregularidade, entregue o frasco fechado à CCIH/ farmácia ou Gerência de Risco e use outro;
- As soluções isotônicas prescritas devem ser substituídas por outras após **24:00 horas;**
- Trocar o equipo e/ou bureta a **cada 72 horas** no caso de **infusão contínua** e rotular com a data da instalação;
- Trocar o equipo ou bureta **a cada 24 horas** no caso de **infusão intermitente (medicamento);**
- Ao desconectar o equipo ou bureta do dispositivo venoso, desinfetar a conexão previamente com álcool a 70%;
- Equipos ou buretas com NPP, soluções lipídicas e hipertônicas (concentração de glicose acima de 10%, ringer), sangue e quimioterápicos, devem ser trocados a cada 24 horas;
- As soluções lipídicas devem correr em **12 horas;**

- Para administração de medicamentos, utilizar o injetor lateral do equipo que deve ser autosselável, **desinfetar com álcool a 70%** antes de utilizar.
- Todos os frascos de soro, inclusive os utilizados para manter veia ou infundir medicação deverão ser identificados com rótulo;
- Para melhor controle do tempo de infusão de uma solução, no rótulo deve constar o início e término da mesma e o tempo de infusão;
- Trocar as extensões e cânulas (torneirinhas de 3 vias) a cada 72 horas, juntamente com o equipo;
- Os transdutores devem ser trocados a cada 96 horas;
- Não perfurar a bolsa ou frasco de soro com o objetivo de permitir a entrada de ar;
- As bolsas flexíveis de solução endovenosa confeccionadas com cloreto de polivinil (PVC) contêm o componente plástico (DEHP), que pode causar incompatibilidade com alguns medicamentos, tais como, nitroglicerina, amiodarona e outros. Nesse caso usar para infundir, o frasco rígido de polietileno.
- Antes de abrir as ampolas desinfete o gargalo com álcool 70%;
- Instalar o equipo com técnica asséptica;
- Equipos utilizados em frascos rígidos e semirrígidos devem apresentar respiro lateral para a filtragem do ar. O respiro deve conter um filtro hidrofóbico de 0,22micra;
- Frascos de solução utilizados para o preparo de soro ou medicação após o uso devem ser descartados juntamente com o dispositivo de transferência;
- O dispositivo de transferência é de uso único.

9. SUSPEITA DE INFUSÃO CONTAMINADA

- Trocar todo o sistema de infusão se houver suspeita de bacteremia relacionada, e enviar todo o material para cultura imediatamente;
- Antes da retirada do cateter, estabilizar o paciente. Comunicar ao médico para que decida sobre a retirada do cateter no caso de ser central;
- Coletar sangue para hemocultura imediatamente de local distante do sítio de infusão;
- Comunicar ao Serviço de Controle de Infecção imediatamente para providências. Encaminhar amostra ou relato com a marca da solução infundida, número do lote, data de fabricação, vias de acesso para investigação;
- A decisão de interditar momentaneamente ou definitivamente um lote de solução parenteral é de responsabilidade do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar em conjunto com a Gerência de Risco e Serviço de Farmácia.

10. PREPARO DE MEDICAMENTO PARA INJEÇÃO

- **Higienizar as mãos ao iniciar o preparo, fazer antissepsia com álcool a 70%; não conversar ou usar máscara durante o procedimento;**
- Desinfetar a bancada com álcool a 70% antes de iniciar o procedimento
- Verificar a prescrição com respeito a horário, medicamento, dosagem, via de administração e nome/leito do paciente;
- Ler com atenção o rótulo do medicamento;
- Escolher a seringa e a agulha apropriada para a técnica a ser utilizada;
- **Não contaminar** - o bico e o êmbolo, apenas tocar na parte que não encaixa no cilindro;
- Não tossir, falar, espirrar ou soprar sobre o material;
- Manter a agulha protegida;
- **Se for ampola:** desinfetar o gargalo com algodão umedecido em álcool 70%
- **Se for frasco-ampola:** fazer a desinfecção da tampa de borracha com algodão umedecido em álcool 70% após a retirada do lacre metálico;
- Trocar a agulha utilizada no preparo, por outra adequada à via de administração;
- Cada procedimento para o preparo e/ou administração de medicação requer nova seringa e agulha;

- Manter os medicamentos diluídos acondicionados em recipientes próprios e previamente desinfetados, **em geladeira exclusiva**;
- Antes de utilizar um medicamento previamente diluído, observar o prazo de validade após diluição e condições de armazenagem;
- Medicamentos na apresentação de ampolas, não poderão ser guardados após a quebra da mesma, a não ser quando acondicionados em seringa, podendo ficar em geladeira por 24 horas;
- A geladeira utilizada para guarda de medicamentos deverá ter sua temperatura mantida em torno de 4° C (2° a 8° C);
- O serviço de farmácia deverá se responsabilizar pelo controle diário e registro da temperatura da geladeira de medicamentos;
- Os medicamentos armazenados deverão ser rotulados com data da diluição, quantidade de diluente utilizado, nome do diluente e da pessoa que preparou;
- Observar as normas para diluição, estabilidade e validade das soluções, constantes no protocolo do serviço de farmácia do hospital.

11. CONECTORES

- Devem ser autosseláveis e compatíveis com a conexão luer lock;
- Os componentes devem ser isentos de látex;
- Compatível com todos os acessórios e sistemas de infusão, para adaptação segura em cateteres, cânulas e extensores multivias;
- Os conectores valvulados devem ser monitorados para infecção;
- Não permitir o vazamento de solução após a desconexão de seringas, equipos, extensores e cânulas.

12. DÂNULAS (TORNEIRINHAS)

- A troca deve ser realizada juntamente com o sistema de infusão;
- Quando houver necessidade de uso de tampas na cânula, essas devem ser descartadas a cada uso;
- Sempre que manipular o sistema, realizar desinfecção das conexões com álcool a 70%.

RECOMENDAÇÕES PARA TROCA DE DISPOSITIVOS VENOSOS

DISPOSITIVO	FREQUÊNCIA DE TROCA
Equipo ou bureta para infusão contínua (não é desconectado para infundir outros medicamentos)	72 horas
Equipo ou bureta para infusão intermitente (quando se interrompe a infusão e o equipo fica pendurado)	24 horas
Equipo de NPP	24 horas Via exclusiva
Equipo para sangue e hemoderivados	A cada uso
Torneirinhas e extensões	72 horas a presença de coágulos requer troca imediata.
Transdutores de pressão	96 horas

CUIDADOS NA TROCA DO CURATIVO DE CATETER ENDOVENOSO

- Fazer a antissepsia das mãos antes de iniciar o procedimento;
- Ao manusear um cateter venoso central, utilize luvas e campos estéreis. O curativo do cateter deve ser feito pelo enfermeiro.
- Utilizar clorexidina alcoólica 0,5% para antissepsia do local de inserção do cateter;
- Manter o curativo sempre limpo e seco. Recomenda-se que nas primeiras 24 horas após a inserção do cateter, seja utilizado curativo com gaze e fita adesiva. Após este período, podem-se utilizar curativos de filme semi-permeável ao vapor, filme de poliuretano, ou o curativo convencional;
- Trocar o curativo sempre que sujo, molhado ou solto. Curativo com gaze e fita adesiva troca a cada 48 -72 horas e os transparentes semipermeáveis a cada 5 - 7 dias;
- Nunca usar antimicrobianos tópicos, para prevenção de infecção. Aumenta o risco de seleção de flora microbiana.

INSTALAÇÃO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

- Administrar os hemocomponentes preferencialmente em acesso venoso exclusivo, caso não seja possível, somente poderá ser administrado no mesmo acesso, o soro fisiológico 0,9% puro.
- Estar atento para sinais de reações transfusionais durante ou até 24 horas após. **Sintomas como febre, calafrios, tremores, prurido, dispnéia, vômito, taquicardia ou outro que possa estar relacionado a transfusão, devem ser comunicados a agência transfusional para notificação;**
- Em caso de suspeita de reação transfusional, fechar imediatamente a infusão, manter o acesso venoso, comunicar ao médico e a agência transfusional;
- Ler com atenção o rótulo do sangue ou derivado, verificar a prescrição e o nome do paciente que irá receber;
- Não sacudir o frasco com sangue ou o equipo, para evitar hemólise;
- Não ultrapassar o tempo recomendado pela agência transfusional para administração dos hemocomponentes: concentrado de hemácias- 4 horas, concentrado de plaquetas 30 minutos, plasma – 2 horas e crioprecipitado - imediato;
- Não adicionar medicações ou soluções parenterais ao sangue ou hemoderivados;
- Qualquer dúvida, entrar em contato com a Agência Transfusional.

PROCEDIMENTOS EM REAÇÃO PIROGÊNICA

Sinais e Sintomas

- Início brusco de calafrios, mal estar, hiperventilação, taquicardia, febre, sudorese abundante e cianose.

CUIDADOS/OBSERVAÇÕES/ORIENTAÇÕES

- Suspende imediatamente o soro em infusão;
- Chamar o médico e enfermeiro de plantão;
- Acondicionar o frasco e equipo adequadamente em saco plástico, tendo o cuidado de não contaminar, para posterior encaminhamento para a CCIH ou GERÊNCIA DE RISCO;
- Retirar o dispositivo venoso somente após a aplicação do antitérmico;
- Caso o paciente esteja cateterizado em veia central, manter a via e só retirar após contato com o médico;
- Colher amostras de hemocultura em sítio diferente do cateter e enviá-las ao laboratório, devidamente identificadas;
- Monitorar os sinais vitais do paciente e registrá-los até estabilizarem;
- Preparar outro soro conforme prescrição médica.

DEPOIS DE CONTROLADO O PACIENTE

- Comunicar por telefone o setor de farmácia para bloqueio dos frascos de soros do mesmo lote;
- Avisar a CCIH e Gerência de Risco e/ou informar a enfermeira responsável pela unidade;
- Encaminhar à Gerência de Risco amostra do equipo e infusão envolvidos na reação, para rastreamento e possível notificação à ANVISA;
- Observar atentamente o local de aplicação da agulha ou cateter;
- Anotar na ficha de controle de infecção a data de colocação do cateter e da reação;
- Comunicar ao médico a ocorrência de sinais inflamatórios e infecciosos (eritema, calor, etc.)

*OBSERVAÇÃO:

- ❖ Se houver reação à noite, acondicionar o equipo com o frasco em saco plástico e reservar para encaminhamento posterior à CCIH e gerência de risco.
- ❖ A vigilância de reações pirogênicas pode indicar importante fonte de contaminação intrínseca das soluções, nível de controle da indústria fornecedora e seleção de fornecedores.

INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL

- Guardar a NP em geladeira exclusiva para medicamentos e retirar no mínimo 60 minutos e no máximo 2 horas antes do preparo;
- Não retirar da embalagem plástica até o momento do preparo;
- Desinfetar a bancada de preparo com álcool a 70% antes do manuseio da bolsa;
- Uso obrigatório de máscara durante todo o procedimento;
- Fazer higiene das mãos com álcool gel 70% ou clorexidine, antes de iniciar o preparo da bolsa e equipo;
- **Preparo sobre campo estéril:**
 1. Abrir o campo sobre a bancada previamente desinfetada;
 2. Usando técnica asséptica, dispensar sobre o campo estéril, a bolsa sem o invólucro, o equipo e gaze estéril a ser embebida no álcool 70%%;
 3. Calçar luva estéril e preceder à desinfecção da bolsa com álcool a 70%, iniciando do bico conector;
 4. Conectar o equipo na bolsa;
 5. Colocar a bolsa no invólucro fotossensível de maneira segura.
 6. Se preparado em capela de fluxo laminar, é dispensável o uso de máscara;
- Conectar o equipo ou bureta no frasco de NP o mais próximo possível do horário de administração;
- Observar técnica asséptica rigorosa na manipulação do sistema de NP;
- Se necessário desconectar o sistema equipo/dispositivo venoso fazer desinfecção com álcool 70%;
- Inspeccionar alterações de cor, presença de partículas e precipitações antes da instalação;
- Utilizar **via de infusão exclusiva** para nutrição parenteral (o uso da via de infusão para outros fins, somente será permitida com autorização médica);
- Observar sinais de infiltração, flebite ou purulência na inserção do cateter e comunicar ao médico;
- O equipo utilizado para administração de NP deverá ser trocado a cada bolsa;
- Uma vez iniciadas as soluções parenterais deverão ser completamente usadas num período de 24 horas;
- Emulsões lipídicas deverão correr em 12 horas.

CUIDADOS COM DESCARTE DOS DISPOSITIVOS UTILIZADOS EM PUNÇÕES VENOSAS

- Agulha, mandril de cateter de teflon, escalpe e outros cateteres, descartar nas caixas de papelão para material perfurocortante;
- Gazes e algodão utilizados na hemostasia ou punção, restos de esparadrapos, ataduras e frascos de soros vazios, descartar em saco de lixo preto;
- Extensões e equipos utilizados na infusão venosa, descartar em saco de lixo branco leitoso;
- **Nunca reencapar** agulhas ao descartar;
- **Não desconectar a agulha da seringa** para descartar, colocar ambas no coletor para perfurocortante;
- A caixa para descarte de material perfurocortante deve ser trocada sempre que preenchida na altura do nível indicado, ou quando chegar a 2/3 da capacidade.

EX-SANGUINEOTRANFUSÃO

- A ex-sanguineotransfusão deverá ser realizada no **Centro Cirúrgico e/ou em sala específica**.
- **Usar precauções de barreira máxima** na realização do procedimento: gorro, máscara, avental estéril, luva estéril e campo ampliado;
- Uso de **técnica asséptica rigorosa**;
- Não é recomendado o uso de antibioticoterapia profilática;
- A ex-sanguineotransfusão deverá ser realizada após a colocação do cateter umbilical e/ou cateter venoso;
- Durante o procedimento evitar o **manuseio** excessivo do cateter;
- Durante o procedimento, monitorar os sinais vitais do paciente;
- **Avaliar** o paciente após o procedimento, em busca de sinais e sintomas de complicações infecciosas tais como bacteremia e enterocolite necrotizante;
- Ao término do procedimento, colocar o **sangue retirado em frasco fechado, acondicionar em saco para lixo na cor vermelha, e encaminhar** para ser autoclavado na empresa que recolhe o lixo infectante.

RECOMENDAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES MICROBIOLÓGICOS

Em virtude da importância que a identificação do agente etiológico de uma infecção tem para a instituição da terapêutica antimicrobiana adequada, esperando contribuir para uma racionalização das solicitações de culturas no hospital, diminuindo custos e auxiliando no diagnóstico e terapia efetiva, a CCIH do HIJG vem através deste, recomendar:

1. HEMOCULTURA

- Colher antes da administração de antibióticos;
- A coleta através de cateteres venosos ou arteriais, não traz benefícios na recuperação de microorganismos, quando comparada com punções venosas. Pode ocorrer a contaminação localizada ou mesmo de líquidos de infusão venosa;
- Cerca de 50% das hemoculturas positivas obtidas através de cateter venoso, são contaminações.
- Não colher no pico febril. Neste momento temos a presença no sangue de substâncias pirogênicas, fagócitos e anticorpos. A bacteremia geralmente precede o pico febril.
- Em pacientes já em uso de antibióticos, a coleta deve ser feita antes da próxima dose, quando a concentração sérica da droga é menor e a chance de positividade da cultura é maior.

- O número de amostras deverá ser considerado de acordo com a condição clínica do paciente:
 - **Sepse aguda, meningite, osteomielite, artrite e pneumonia aguda não tratada**, coletar 2 amostras de locais diferentes, com intervalo de no máximo 5 minutos.
 - **Febre de origem desconhecida e abscesso oculto**, solicitar 2 a 3 amostras de locais diferentes, com intervalo superior a 1 hora. Se resultado negativo, repetir após 24 horas mais 2 ou 3 amostras.
 - **Endocardite bacteriana aguda**, solicitar 3 amostras de locais diferentes, com intervalo de 15 a 30 minutos, 1 a 2 horas antes da antibioticoterapia.
 - **Endocardite bacteriana subaguda**, solicitar 3 amostras nas primeiras 24 horas, com intervalo mínimo de 15 minutos e locais diferentes de punção venosa. Colher as 2 primeiras de preferência antes do início da febre. Se após 24 horas de cultivo não apresentar crescimento bacteriano, colher mais 3 amostras.
- Pacientes sem manifestação de septicemia, com isolamento de 1 amostra em 3 de *S. epidermidis* ou outro patógeno de flora endógena, deve ser considerado como provável contaminação.
- Duas culturas positivas são recomendadas para o diagnóstico de bacteremias em recém-nascidos.

2. PONTA DE CATETER INTRAVASCULAR

- As culturas de pontas de cateter não devem ser feitas de rotina. A indicação para tal procedimento deve ficar reservada para pacientes com sinais clínicos de infecção, onde se suspeita que o cateter possa estar colonizado. Sugere-se nestes casos a solicitação concomitante de hemocultura periférica.

3. ASPIRADO TRAQUEAL

- A colonização traqueal e a contaminação do tubo endotraqueal ocorrem em praticamente 100% dos pacientes após o 4º dia de ventilação mecânica, tornando o aspirado traqueal não confiável, com uma alta incidência de resultados falso-positivos.
- É freqüente a ocorrência de bacteremia em pacientes com pneumonia hospitalar. A solicitação de hemocultura nestes pacientes aumenta a chance do diagnóstico etiológico da pneumonia.

4. UROCULTURA.

- A sondagem vesical deve ser realizada somente após a coleta de urina por métodos tradicionais (jato médio e saco coletor) e os resultados apresentarem alterações urinárias que suscitem dúvidas se há ou não infecção.
- Crianças que urinam sob comando, a coleta deve ser feita através do jato médio espontâneo após adequada higienização da região genital
- Em lactentes que não se consegue colher a urina através do jato médio, utilizar para triagem saco coletor de urina. Trocar o saco coletor a cada trinta minutos, refazendo a assepsia.
- Casos especiais como RN e lactentes de baixo peso com resultados duvidosos, está indicado em primeira escolha a punção suprapúbica, realizada por médico.

5. PONTA DE SONDA VESICAL

- Não solicitar cultura de ponta de sonda vesical, porque o crescimento bacteriano representa a flora da uretra distal.
- Recomendado cultura de urina após 48 horas da retirada da sonda, na monitorização de processos infecciosos.
- Uroculturas realizadas antes deste período podem fornecer resultados positivos, sem que eles estejam necessariamente associados à infecção.

COLETA E TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO

- A coleta da amostra deve ser realizada sempre que possível, **antes do início ou modificação da antibioticoterapia;**
- Na solicitação do exame, identificar corretamente a amostra e preencher a requisição com todos os dados legíveis e completos;
- O material deve ser transportado imediatamente após a coleta ao laboratório, seguir indicação do Manual de Rotinas do Laboratório do hospital;
- O material colhido deve ser representativo do processo infeccioso investigado, devendo ser eleito o melhor sítio da lesão;
- Toda a amostra deve ser tratada como potencialmente contaminada;
- O material deverá ser **transportado** ao laboratório dentro de maleta própria e/ou recipiente fechado;

COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA EM PACIENTES SONDADOS

- **Nunca desconectar o cateter do sistema coletor** para colher material para urocultura;
- Ter o máximo cuidado para não contaminar pelo manuseio, o sistema e/ou a urina;
- Antes de proceder à coleta, pinçar a sonda por 1 hora em local próximo onde será feita a punção. Fazer desinfecção com álcool 70% ou PVPI-tintura no local da sonda onde será feita a punção e coletar a urina;
- Fazer a coleta da urina, **puncionando o cateter** com agulha fina;
- Utilizar seringa descartável ou frasco estéril para acondicionar a urina, e após enviá-la ao laboratório;
- Preencher corretamente o pedido de exame, inclusive com a hora em que foi colhida a urina. **Enviar imediatamente ao laboratório.**

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

MEDIDAS GERAIS PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA

- Higienizar as mãos com clorexidina ou álcool gel, antes e após manipular o sistema ventilatório, traqueostomias ou cânulas, mesmo usando luvas.
- Usar luvas sempre que manipular secreções respiratórias ou equipamentos contaminados de qualquer paciente, conforme a recomendação a seguir: **luva estéril na manipulação de cânula de intubação ou traqueostomia e luva de procedimento na manipulação de secreções oronasais.**
- Manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 30 e 45°,
- Avaliar diariamente a sedação e diminuir sempre que possível;
- Usar sonda estéril e descartável a cada aspiração, se sistema aberto;
- Não trocar de rotina o sistema fechado para aspiração, trocar se houver sujidade ou mau funcionamento;
- Usar fluido estéril para remoção de secreção do cateter durante a aspiração, se secreção muito espessa ou se necessário. Descartar o frasco de soro fisiológico após a aspiração.

- Trocar o circuito respiratório entre pacientes ou se estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento;
- Preservar a acidez gástrica sempre que possível com o uso de protetores gástricos não alcalinizantes.
- Sempre que possível, fazer a remoção precoce da sonda nasoenteral.
- Paciente em pós-operatório deve ser estimulado a tossir, inspirar profundamente e deambular precocemente sempre que possível. Fazer fisioterapia respiratória.
- Sempre evitar a drenagem do condensado do circuito para dentro do paciente.
- Uso de umidificadores passivos (filtros trocadores de calor e umidade): não está definida sua vantagem na prevenção de pneumonia. Trocar se sujidade ou mau funcionamento e de rotina a cada 5 dias.
- Paciente sob ventilação mecânica, realizar descontaminação e/ou higiene oral 3 vezes ao dia, com solução oral de clorexidina a 0,12%.
- A intubação orotraqueal é mais recomendada, pois a nasotraqueal aumenta o risco de sinusite e conseqüentemente, pode aumentar o risco de PAV (pneumonia associada à ventilação mecânica).

1. INTUBAÇÃO TRAQUEAL

- Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;
- Utilizar **equipamento de proteção individual**: máscara, óculos e avental;
- Obrigatório o uso de **luvas estéreis**;
- Utilizar cânula de intubação descartável, estéril e de uso único;
- Após o uso do laringoscópio, higienizar o cabo com álcool 70% e encaminhar a lâmina e ambú para processamento no CME;
- A intubação orotraqueal é mais recomendada, pois a nasotraqueal aumenta o risco de sinusite e conseqüentemente, pode aumentar o risco de PAV (pneumonia associada à ventilação mecânica).

2. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS ORAL E/OU NASAL

- Não é necessária técnica asséptica, porém é necessária precaução universal;
- Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento;
- Os intermediários de silicone devem ser trocados a cada 24 horas e o frasco coletor quando o conteúdo atingir 2/3 do volume total;
- O intermediário de silicone quando não em uso, deve ter a extremidade protegida;
- Quando for necessário aspirar as duas cavidades, faz-se primeiro a aspiração da boca e faringe e, posteriormente o nariz;
- Aspirações sem necessidade aumentam o risco de infecções e traumatismos, a frequência da aspiração deve ser determinada pelo acúmulo de secreções;
- **A sonda deve ser estéril e de uso único;**
- Utilizar frasco com água estéril para lavagem somente do intermediário de silicone;
- **Desprezar no expurgo** as secreções quando atingir 2/3 do volume total do frasco;
- Troca do frasco e intermediário a cada 24 horas;
- Notificar a **CCIH e ao médico**, quando houver secreções purulentas (amareladas ou branca espessa) e ao médico ou enfermeira da unidade quando houver sangue.

3. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES VIA TUBO ENDOTRAQUEAL E/OU TRAQUEOSTOMIA

- Procedimento que requer **técnica asséptica**;
- Utilizar sonda de aspiração **descartável e luva estéril**;
- Se necessária aspiração oral, proceder após a aspiração do tubo endotraqueal;
- Durante o procedimento se necessário, lavar a sonda somente em água estéril, dose única;
- Utilizar frasco com água estéril para lavagem somente do intermediário de silicone;
- Se as secreções apresentarem-se purulentas, deverá ser enviada uma amostra para cultura, comunicar ao médico e notificar à **CCIH**;
- **Desprezar após a aspiração**, a luva e a sonda em lixeiro próprio e a secreção do frasco coletor no expurgo;
- Trocar os intermediários a **cada 24 horas** e manter sua extremidade protegida com saco plástico;
- Desprezar o conteúdo do frasco coletor quando atingir 2/3 do volume total, trocar o frasco a cada **24 horas**;
- Realizar a aspiração conforme frequência determinada pela prescrição médica, ou se houver secreções audíveis;
- Aspirações sem necessidade aumentam o risco de infecção e traumatismo.

4. NEBULIZAÇÃO e OXIGÊNIO CONTÍNUO

- Lavar as mãos corretamente antes de iniciar o procedimento;
- **Não utilizar** frasco de soro para nebulização e sim **frascos com doses individuais;**
- Na falta de frasco com dose individual, utilizar o menor frasco de SF 0,9% possível, preparar todas as nebulizações do mesmo horário e desprezar o frasco;
- O nebulizador deverá ser de **uso único;**
- Após o uso encaminhar o nebulizador para o **CME**, onde será desinfetado;
- Evitar a nebulização com oxigênio, pelo fato de promover o ressecamento e não a umidificação de secreções traqueobrônquicas;
- Trocar o intermediário do nebulizador a cada 7 dias e/ou após ser suspenso o tratamento;
- Troca do umidificador de O₂ e intermediário a cada 24 horas;
- Utilizar solução estéril, não completar o volume. Desprezar o restante e completar novamente com solução estéril.
- Quando em uso de broncodilatador em spray, o espaçador deve ser de uso individual, trocado a cada 7 (sete) dias e encaminhado ao CME para reprocessamento.

5. DRENAGEM SIMPLES DE TÓRAX

- **Lavar as mãos e fazer antissepsia com álcool 70%** antes e após o manuseio do sistema;
- Não é necessário utilizar luvas estéreis na troca do frasco e intermediário, mas pode ser necessário o uso de luvas para proteção do funcionário;
- Passar álcool 70% ou PVPI- alcoólico na conexão do intermediário e dreno antes de manusear;
- Sempre que necessitar elevar o frasco acima do tórax do paciente, pinçar o dreno;
- Trocar o frasco e intermediário a cada **24 horas** ou mais freqüente, se necessário;
- Fazer o curativo da inserção do dreno a cada 48 horas, mas se no intervalo o mesmo estiver sujo, molhado ou solto deverá ser trocado;
- Se presença de secreção na inserção do dreno, comunicar ao médico responsável;
- O frasco coletor não deverá apoiar-se no chão.
- Paciente com drenagem por pneumotórax, trocar o frasco de drenagem a cada 48 horas;
- Não esvaziar o frasco para reaproveitamento do mesmo, o risco de acidente biológico é grande;
- O frasco é de uso único e descartável.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO EM SISTEMA URINÁRIO

1. CATETERISMO VESICAL

- Lavar as mãos antes e após o procedimento;
- Usar **técnica de assepsia cirúrgica** ao realizar o procedimento 2/ou manusear o sistema;
- Usar sistema de **drenagem fechada**;
- Manter sempre o conjunto coletor abaixo do nível da bexiga e pinçá-lo quando do transporte do paciente;
- Esvaziar o coletor ao final de cada turno de trabalho, ou antes, se houver necessidade, desinfetando as conexões e canal de drenagem com álcool 70% ou PVPI - alcoolizado após o esvaziamento;
- Higienizar o meato urinário 2 (duas) vezes ao dia com água e sabão. Fazer este procedimento durante todo o tempo que o paciente estiver usando sonda;
- Trocar sonda e bolsa coletora somente quando houver vazamento, obstrução ou orientação médica;
- **Não desconectar** o sistema coletor da sonda a não ser que seja absolutamente necessário e por indicação médica;
- Bolsa coletora não deverá apoiar-se ao solo;
- **Retirar a sonda vesical o mais precoce possível**;
- Utilizar o canal de drenagem para coleta de exames, **exceto urocultura**, que deverá ser colhida da sonda por punção com agulha fina em local próprio;

2. PUNÇÃO SUPRA-PÚBICA

- Lavar as mãos antes e após o procedimento;
- Utilizar técnica asséptica ao realizar o procedimento;
- Este procedimento deverá ser realizado exclusivamente pelo médico;
- Uso de luvas estéreis e antissepsia da pele com clorexidina alcoólica ou PVPI-tintura;
- Uso de campo fenestrado estéril;
- A urina deverá ter no rótulo a hora em que foi colhida e ser encaminhada imediatamente ao laboratório.
- Realizar o procedimento pelo menos uma hora após o paciente ter urinado.

3. LAVAGEM E /OU INSTILAÇÃO VESICAL

- **Utilizar técnica asséptica** para realizar o procedimento; usar **luva e campo estéril**;
- Antes de desadaptar a conexão sonda/coletor, fazer **desinfecção** do local com álcool 70% ou PVPI-tintura;
- Cuidar para não contaminar a extremidade da sonda e do sistema coletor pelo manuseio excessivo (**único procedimento onde está sugerida a abertura do sistema fechado**);
- Utilizar campo estéril para apoiar a ponta do sistema coletor, que deverá ficar protegida por gaze estéril;
- Administrar os líquidos ou medicamentos em temperatura ambiente;

PUNÇÃO LOMBAR

- Lavar as mãos corretamente antes de iniciar o procedimento;
- Utilizar técnica asséptica, usar **luvas e campos estéreis** e **não conversar** durante o procedimento;
- Usar máscara para realizar o procedimento;
- Proceder a **antisepsia da pele** com PVPI-tintura ou clorexidina alcoólica 0,5%, iniciando pela região central e depois pelas laterais por 3 a 5 minutos, trocando a gaze várias vezes. Deixar secar naturalmente.
- Enviar o material rotulado com o pedido completo de imediato ao laboratório;
- Observar o local de punção e retirar o adesivo se tiver, após **24:00 horas**.

DIÁLISE PERITONEAL

- Implantação do cateter no **Centro Cirúrgico se Tenckoff, ou em quarto ou sala privativa se cateter rígido;**
- O médico para realizar o procedimento deverá usar **avental, máscara e luva estéril;**
- Antes de iniciar o procedimento, higienizar as mãos com solução antisséptica degermante;
- **Degermação da pele** do paciente com solução degermante contendo PVPI ou clorexidina, **seguida** de antissepsia com solução alcoólica do mesmo princípio ativo por 3 a 5 minutos, trocando a gaze várias vezes. Deixar secar naturalmente;
- Fazer desinfecção dos frascos no local da abertura, com PVPI-tintura alcoólica ou álcool a 70%;
- Deverão ser usadas seringas e agulhas únicas para todos os medicamentos a serem aspirados. A agulha e a seringa deverão ser desprezadas após o preparo de cada banho;
- **- Usar luvas estéreis ao manusear o sistema;**
- Usar método de aquecimento do frasco de diálise a seco;
- Trocar o curativo de inserção do cateter a cada **48:00 horas, ou mais frequente se necessário.** Usar solução aquosa de PVPI ou clorexidina;
- Proibido furar o frasco com agulha;
- Evitar vazamento e maceração da pele em torno do cateter de diálise;

- A principal via de contaminação consiste na abertura do sistema, consequentemente, **evitar desconectar o sistema;**
- Se houver necessidade de desconectar o sistema, fazer desinfecção prévia com álcool 70% ou PVPI- tintura (frasco com equipo/ equipo com cateter);

RECOMENDAÇÕES PARA FERIDAS

1) PELE

A pele é o maior órgão do corpo representando 15% do peso corpóreo, é constituída por três camadas: epiderme, derme e subcutâneo. Tendo como principais funções:

- manter a integridade do corpo;
- absorção e excreção de líquidos;
- termorregulação;
- absorção de raios ultra-violetas;
- percepção;
- síntese de vitaminas;
- proteção imunológica.

EPIDERME

É a camada mais externa da pele, é avascular e constituída por células epiteliais, células de Langherans, células de Merckel e melanócitos. Possui quatro camadas definidas pelas alterações que envolvem a formação de queratina e diferenciação dos queratinócitos: córnea, granulosa, espinhosa e basal.

DERME

Camada mais espessa da pele que sustenta a epiderme, e tem função de flexibilidade, elasticidade e resistência. É composta por tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, terminações nervosas, vasos linfáticos, folículo piloso, glândulas sudoríparas e sebáceas, mucopolissacarídeos, fibras colágenas, elásticas e reticulares, células inflamatórias e músculo liso.

TECIDO SUBCUTÂNEO

Camada mais profunda da pele, formada por tecido conjuntivo que envolve as células adiposas formando lóbulos de gordura. É responsável pelo isolamento térmico, provisão de energia e reserva nutricional além de facilitar a mobilidade da pele em relação às estruturas adjacentes.

2) FERIDA

É a descontinuidade do tecido corpóreo, intencional ou acidental podendo atingir desde a epiderme até estruturas mais profundas como fáscia, músculo, aponeurose, osso e órgãos cavitários.

Classificação

– Quanto à etiologia

- a. Aguda – originadas de cirurgias ou traumas, sendo que sua reparação ocorre no tempo normal sem apresentar complicações.
- b. Crônica – normalmente ocasionadas por uma patologia de base, são reparadas fora do tempo normal devido a um desvio no processo cicatricial fisiológico sendo caracterizada por resposta inflamatória mais acentuada, além de apresentarem outras complicações.

– Quanto à causa:

- a. Intencional ou cirúrgica (aberta ou fechada) - Lesão programada e realizada em condições assépticas.
- b. Acidental ou traumática (aberta ou fechada) - Lesão imprevista.

– Quanto ao agente:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| a. Incisa ou cortante | f- Venenosa |
| b. Lacerante | g- Térmica ou Queimadura |
| c. Perfurante | h- Patológica |
| d. Penetrante | i- Amputação |
| e. Contusa | |

– Quanto à profundidade:

- a. . Superficial: atinge apenas a epiderme
- b. . Perda parcial: atinge as camadas mais profundas da epiderme e derme
- c. . Perda total atinge as camadas mais profundas da pele, como músculo, osso e tecido subcutâneo.

– Quanto ao conteúdo microbiano:

- a. Limpa: Lesão feita em condições assépticas.
- b. Potencialmente contaminada: Tempo menor que 6 horas entre o trauma e o atendimento e sem contaminação significativa.
- c. Contaminada: Tempo maior 6 horas entre o trauma e atendimento e com presença de contaminantes.
- d. Infectada: Presença de agente infeccioso local e lesão com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos.

- Quanto ao volume e características do exsudato:

Volume:

- a. Pouco exsudativa
- b. Moderadamente exsudativa
- c. Altamente exsudativa

Características:

- a. Exsudato seroso: líquido com baixo conteúdo protéico que origina-se do soro sangüíneo ou das secreções serosas das células mesoteliais.
- b. Exsudato sanguinolento: é decorrente de lesões com ruptura de vasos ou diapedese de hemácias. É quase sempre, um exsudato fibrinoso, acompanhado pelo extravasamento de grande quantidade de hemácias.
- c. Exsudato purulento: é um líquido composto por células (leucócitos) e proteínas, produzido por um processo inflamatório.
- d. Exsudato fibrinoso: é o extravasamento de grande quantidade de fibrina (proteína insolúvel, formada a partir do fibrinogênio pela ação proteolítica da trombina durante a coagulação do sangue).

Padrões mistos podem ser verificados em muitas reações inflamatórias:

- Serosanguinolento
Fibrinopurulento
- Seropurulento
Piosanguinolento
- Serofibrinoso

– Quanto ao tecido:

- a. Tecido de granulação: tecido novo, vermelho vivo, de aspecto granuloso (brotos capilares), composto de capilares e colágeno.
- b. Tecido com necrose: amarelo ou preto, indolor, tecido morto.

3. TIPOS DE CICATRIZAÇÃO

Na classificação, é levado em conta o agente causador da lesão, a quantidade de tecido perdido e o conteúdo microbiano.

a. CICATRIZAÇÃO POR PRIMEIRA INTENÇÃO

Constitui a melhor forma para o fechamento, estando associada à lesão, por instrumento cortante, ferida limpa com perda mínima de tecido e reduzido potencial para infecção, sendo permitida a junção dos bordos através de suturas. Ocorre no tempo fisiológico, reduz incidência de complicações e deixa cicatriz mínima.

b. CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENÇÃO

Está associada a ferimentos infectados, com grandes perdas teciduais não sendo possível a junção dos bordos e com isso implicando em retardo no reparo tecidual e uma cicatriz significativa, ocorrendo maior incidência de defeitos cicatriciais (quelóide, cicatriz hipertrófica).

c. CICATRIZAÇÃO POR TERCEIRA INTENÇÃO

Está associada a lesões que inicialmente foram submetidas à cicatrização por primeira intenção e que por fatores adversos tornou-se necessário deixar a incisão aberta para drenagem, sendo posteriormente ressuturada.

4. FATORES ADVERSOS À CICATRIZAÇÃO

Subdividem-se em Fatores Locais e Fatores Sistêmicos:

a. Fatores Locais

Pressão contínua: quando em área de lesão ou proeminência óssea, ocorre pressão excessiva ou contínua, a irrigação sanguínea torna-se prejudicada, dificultando a irrigação no local da lesão.

Ambiente seco: feridas mantidas em ambiente úmido cicatrizam três a cinco vezes mais rapidamente, pois a migração celular neste ambiente é facilitada, com quadro alérgico menor devido à umidificação das terminações nervosas e não ocorre à formação de crostas que interfere na migração celular devido à ausência de ressecamento.

Trauma e edema: a cicatrização é retardada quando ocorrem traumas freqüentes ou edema que gera uma diminuição/interrupção do fluxo sanguíneo e no transporte nutricional celular.

Infecção: sua presença em nível local ou sistêmico prolonga a fase inflamatória, provoca destruição tecidual, retarda a síntese do colágeno e impede a epitelização. Quando a lesão é comprometida em todas as camadas, expondo músculos, tendões ou ossos, com presença de trajetos, é necessário prevenir riscos de osteomielite e proliferação de microorganismos.

Tecido desvitalizado ou necrótico: retarda o processo de cicatrização devendo ser removido através de desbridamento autolítico, enzimático, mecânico ou cirúrgico. Este tecido é ambiente propício para a proliferação de microorganismos.

Incontinência: urinária ou fecal, ambas podem alterar a umidade local, propiciando o rompimento da epiderme e contaminação das lesões que se localizem próximas às áreas de eliminação vesicointestinais.

Medicamentos tópicos:

- Os antissépticos em contato com exsudato e sangue têm sua ação comprometida.
- Antibióticos tópicos não apresentam efetividade no tratamento local de infecções e induzem a resistência bacteriana.

b. Fatores Sistêmicos

Idade: o idoso é mais susceptível às lesões e ao retardo das fases de cicatrização devido a problemas como deficiência nutricional, comprometimento imunológico, circulatório, respiratório, ressecamento da pele e fragilidade capilar. Está diminuída a produção de vitamina D, resposta inflamatória, síntese de colágeno, angiogênese e velocidade de cicatrização. A derme diminui 20% da espessura.

Doenças concomitantes: HAS, DM, hepatopatias, nefropatias, problemas vasculares e neoplasias retardam ou impedem a evolução do processo de cicatrização.

Condições nutricionais: são os nutrientes que fornecem o substrato necessário para o organismo realizar o processo reconstrutivo e para fazer frente às infecções. A deficiência de alguns nutrientes compromete diretamente o processo cicatricial. O paciente deve ser acompanhado com exames laboratoriais e dados antropométricos.

Drogas sistêmicas: corticóides, agentes citotóxicos, penicilina entre outras inibem o processo de cicatrização. Analgésicos e antiinflamatórios interrompem o processo inflamatório.

5. AVALIANDO A FERIDA

Observar:

- LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA – onde fica.
- MENSURAÇÃO – qual o tamanho.
- CARACTERÍSTICAS DOS TECIDOS – tecido de granulação, tecido de epitelização, tecido adiposo, fáscia, músculo, tecido ósseo, tendão, necrose.
- EXTENSÃO DO TECIDO ENVOLVIDO – avaliar as estruturas envolvidas
- BORDA DA FERIDA: Macerada, Descolada, Invertida, Hiperqueratose, Irregular, Hiperemia, Enduração, Definida.
- PELE PERILESIONAL: Macerada, Ressecada, Hidratada, Hiperemiada, Descamativa, Calor, Edema, Dor.
- EXSUDATO: Volume, Odor, Cor, Consistência.
- INFECÇÃO: Avaliada pelo exsudato, presença de sinais flogísticos (edema, calor, hiperemia e dor), resultados de cultura, associado às alterações clínicas e laboratoriais.

6. PRINCÍPIOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA REALIZAÇÃO DE CURATIVOS

1º princípio: pele e mucosa albergam normalmente germes Os cuidados são:

- 1) Lavar as mãos antes e depois de atender o paciente;
- 2) Manipular o material estéril sempre com auxílio de pinças ou luvas estéreis;
- 3) Limpar a ferida com soro fisiológico 0,9%;
- 4) Orientar o cliente sobre os cuidados: não tocar na ferida, não falar sobre a lesão, não pegar em materiais esterilizados.

2º princípio: os germes se encontram no ar. Os cuidados são:

- 1) Deixar a ferida e os materiais estéreis expostos o menor tempo possível;
- 2) Preparar o ambiente: fechar as janelas, evitar correntes de ar;
- 3) Dispor o material de modo que fique cômodo para o profissional e o cliente, evitando ao máximo a contaminação.

3º princípio: a umidade facilita o crescimento e a proliferação dos germes. Os cuidados são:

- 1) As feridas que drenam necessitam troca de curativos cada vez que estejam úmidos com exsudatos;
- 2) Se há contra indicação para mudar freqüentemente o curativo este poder ser reforçado com mais gazes estéreis secas, para inibir a passagem de germes do exterior para a ferida;

- 3) A parte externa do curativo de uma ferida com drenagem está muito contaminada – zelar ao fazer sua troca e manter o exterior seco.

4º princípio: os líquidos circulam para baixo em consequência da gravidade. Os cuidados são:

- 1) Conservar as pinças com as pontas voltadas para baixo;
- 2) A zona de maior contaminação de uma ferida que está drenando, está na parte de baixo, por isso em curativos com dreno o reforço de curativos deve ser feito na parte inferior.

5º princípio: as vias aéreas albergam com freqüência germes que podem passar para as feridas abertas. Os cuidados são:

- 1) Não falar ao manipular o material estéril ou a ferida;
- 2) Usar máscara nos casos mais delicados, quando houver suspeita de infecção de vias aéreas ou quando houver risco de respingos de sangue ou pus.

6º princípio: o sangue transporta os materiais que nutrem e reparam os tecidos corporais. Os cuidados são:

- 1) Evitar substâncias que lesam tecidos;
- 2) Usar técnicas assépticas;
- 3) Não tocar na lesão com qualquer material não esterilizado;
- 4) Usar cada gaze ou tampão só uma vez para tratamento da ferida;
- 5) Usar técnica do toque com tampão rotativo, evitando os movimentos de dentro para fora da ferida tanto quanto de fora para dentro;
- 6) Retirar os tecidos necrosados.

7º princípio: os líquidos se movem até os materiais por ação capilar. Os cuidados são:

- 1) Colocar como proteção da ferida somente material estéril, mesmo aqueles que não estejam em contato com a lesão;
- 2) Remover secreções;
- 3) Restringir movimentos;
- 4) Cobrir áreas desfiguradas;
- 5) Promover conforto e o bem estar do individuo.

8º princípio: não passe o braço sobre o campo estéril. Existe risco de que contaminantes do braço ou uniformes contaminem o campo estéril.

9º princípio: quando for realizar curativos em clientes com mais de uma ferida, deve-se iniciar pelos de incisão limpa e fechada, seguindo-se os de ferida aberta não infectada e por ultimo as colostomias e fístulas em geral.

10º princípio: jamais colocar o material contaminado na cama, na mesa de cabeceira ou no recipiente de lixo do cliente.

11º princípio: observar presença de infecção e colher material para cultura de secreção sempre que necessário.

NORMAS PARA CURATIVOS

- Abrir o **curativo** nas primeiras **24:00 horas** pós-operatória, ou dentro de período aceitável, não superior a **48:00 horas**;
- Lavar as mãos antes e após o procedimento;
- Realizar sempre inspeção da ferida com leve pressão nas bordas, para verificar a presença de flutuações subcutâneas, sinais de inflamação e outros;
- Tão logo apareça qualquer tipo de **secreção** (serosa, serosanguinolenta, pus), colher um swab e comunicar ao médico responsável para efetuar inspeção e tomar as devidas providências;
- Avisar o médico assistente/ plantonista, enfermeira e/ ou CCIH;
- A frequência recomendada para a troca de curativo é a de que o mesmo deve ser trocado sempre que estiver sujo ou molhado com eliminações provenientes da incisão cirúrgica, outras lesões protegidas pelo mesmo ou quando estiver solto;
- Não medir esforços para impedir que o curativo se torne sujo ou molhado com secreções que não provenham da lesão que o mesmo estiver protegendo (urina, fezes...), principalmente em cirurgias próximas a orifícios naturais;
- Utilizar **saco plástico** ou papel para acondicionar o curativo sujo; desprezÁ-lo no lixeiro do **expurgo**;
- Ferida limpa com curativo transparente não necessita de troca de curativo frequente.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Higienização das mãos com água e sabão e/ou uso de álcool gel a 70%;
- Uso de EPIs (luvas, aventais e óculos), quando houver a possibilidade de contaminação, exceto curativo de dissecação central onde se utiliza luvas estéreis;
- Limpeza da lesão com jato de SF 0,9% a cada troca do curativo (seringa 20 ml e agulha 40x 12). Dispensar uso de antisséptico e degermantes;
- Observar técnica correta de aplicação do curativo selecionado;
- Observar diariamente o aspecto do curativo, respeitando as características e tempo de permanência de cada um, porém se estiver sujo com extravasamentos de secreção ou exsudato e/ou solto, deve ser removido.

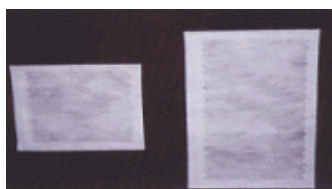
Que curativos usar?

a. Ácidos graxos essenciais – AGE



- É um óleo vegetal poli-insaturado que estimula a cicatrização;
- Curativo deve ser mantido úmido com AGE, sendo necessário às vezes, curativo secundário;
- É indicado para úlceras de pressão, deiscência cirúrgica e outros tipos de lesão com ou sem presença de infecção.
- A troca do curativo deve ser diária ou mais freqüente se necessário.

b. Curativos de carvão:



- Requer um curativo absorvente secundário;
- Sua indicação principal é para feridas infectadas exsudativas , escaras e incisões cirúrgicas;
- No início o curativo deve ser trocado a cada 48 – 72 horas e à medida que a exsudação diminui, a troca pode ser prolongada por até 7 dias;

c. Alginatos



- Formam um ambiente úmido propício à cicatrização e permite a remoção livre de traumas com pouco ou nenhum dano ao tecido recém formado;
- São indicados para feridas onde há uma exsudação moderada ou grande;
- São curativos que podem requerer uma cobertura secundária;
- Sua estrutura se altera a medida que vai reagindo com a ferida;
- Estão disponíveis numa série de formato: curativos planos, cordas e compressas;
- Troca do curativo a cada 7 dias ou quando saturar sua capacidade de absorção;
- São indicados para o uso em feridas superficiais ou profundas, tanto limpas como infectadas, desde que trocadas periodicamente.

d. Curativos de Hidrocolóides:



- Não requerem coberturas secundárias;
- São indicados nas feridas com pouca ou moderada exsudação;

- Não devem ser utilizados nas queimaduras de 3º grau e feridas infectadas;
- Este curativo à medida que vai absorvendo a exsudação, vai se transformando em gel;
- Em feridas profundas a pasta hidroativa pode ser utilizada para preencher a cavidade;
- Troca do curativo a cada 7 dias, porém se ocorrer extravasamento de líquidos, odor e/ou febre, retirar o curativo para avaliação da lesão.

e. Filmes permeáveis ao vapor (filme de poliuretano fino)



- São filmes permeáveis ao vapor e não tem capacidade de absorção;
- Não devem ser utilizados em feridas infectadas;
- É indicado em úlceras de pressão de I grau, ferida cirúrgica fechada e para fixação de cateteres;
- Nomes comerciais Opsite e Tegaderm.

f. Curativos à base de hidrogel



- São géis amorfos ou em placas, fabricados a partir de polímeros hidrofílicos e um grande percentual de água;
- Promovem um desbridamento autolítico, após reidratar o tecido desvitalizado;
- Os curativos à base de hidrogel proporcionam um ambiente úmido, promovendo a granulação e facilitando suas trocas, sem traumas para o tecido neoformado;
- Podem ser usados em úlceras de qualquer etiologia;
- O uso em feridas infectadas deve ser criterioso.

g. Curativos à base de colágeno



- O curativo de colágeno é composto por 90% de colágeno, derivado do couro bovino e 10% de alginato de cálcio, que é um formador de gel e mantém o meio úmido no leito lesional;

- É um curativo absorvente, que proporciona a estrutura para formação de tecido novo, e é quimiotático para fibroblastos;
- É indicado para feridas livres de colonização e infecção e tecido desvitalizado, onde se deseja acelerar o processo cicatricial.

h. Curativos de hidropolímero



- É um curativo composto por um hidropolímero altamente absorvente. O exsudato absorvido passará a compor a estrutura física deste polímero, expandindo suas paredes, o que o torna indicado tanto para uso em feridas planas como cavitárias;
- Possui uma segunda camada de falso tecido, que proporciona, ao curativo de hidropolímero, além da alta capacidade de absorção, a manutenção do meio úmido adequado;
- O curativo é revestido externamente, por uma camada de poliuretano semipermeável e um adesivo hipoalergênico;
- É indicado para feridas de qualquer etiologia, com médio a alto exsudato, livre de tecido desvitalizado ou infecção.

CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

“A Central de Material é definida como o conjunto de elementos destinados à recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material para as unidades de estabelecimentos de saúde”.

- O processamento de artigos dentro do hospital deverá ser **centralizado no CME;**
- A limpeza dos materiais antes da esterilização deverá ser rigorosa, realizada de forma manual ou com lavadora e utilizado detergente enzimático;
- A limpeza adequada constitui a base para um efetivo processo de esterilização ou desinfecção, e consiste na remoção de toda a matéria orgânica dos artigos;
- Após a limpeza do material, o mesmo deverá ser alvo de observação rigorosa e sistemática para detectar possíveis pontos onde a limpeza não foi efetiva, pontos de oxidação e funcionalidade do material;
- **A definição do tipo de processamento** a que será submetido os diversos artigos no hospital, deverá levar em consideração o risco potencial de infecção envolvido, e é de responsabilidade da **CCIH e da chefia do CME**, e deverá seguir o recomendado na legislação sanitária brasileira;
- O CME e a empresa prestadora de serviço para esterilização em óxido de etileno, só podem processar produtos ou artigos, regularizados junto à ANVISA;
- A limpeza, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição de produtos para saúde devem ser realizados pelo CME ou pela empresa prestadora de serviço;

- Os materiais passíveis de processamento, independente de sua classificação de risco, inclusive os consignados ou de propriedade do cirurgião, devem ser submetidos ao processo de limpeza e esterilização, dentro do CME do hospital;
- É **indispensável** o uso de equipamento de proteção individual (EPI) no processamento de artigos, devendo para isto, seguir o recomendado no Manual de Processamento de Artigos e superfícies em Estabelecimentos de Saúde do MS;
- Independente do processo a ser submetido, todo artigo deverá ser considerado como contaminado;
- - A esterilização a vapor deve ser o meio de escolha para os artigos críticos termorresistentes, por ser o método mais seguro e eficaz;
- Todo o processo de esterilização deve ser **monitorizado**, isto é, **teste biológico e Bowie-dick diariamente**, na primeira carga do dia e ao término de todas as manutenções realizadas, **identificação** visual do pacote com fita termossensível, **colocação de teste químico** dentro de todas as caixas e pacotes de médio e grande porte e **registrar** controles da pressão interna e externa das câmaras, da pressão negativa e temperaturas a cada ciclo de esterilização, da temperatura interna e os defeitos de cada esterilização;
- Os materiais termossensíveis serão encaminhados para empresa contratada, para esterilização em óxido de etileno;
- Proibido a esterilização química de materiais.
- Todo o processamento de materiais do hospital deverá seguir as recomendações da ANVISA, constantes na RDC nº 15 de março de 2012.

DESINFECÇÃO DE ENDOSCÓPIOS

- O local utilizado para realização de endoscopia deve ser estruturado com áreas específicas de limpeza, desinfecção, secagem e estocagem do endoscópio e acessórios;
- Ao realizar o procedimento, usar **óculos e máscara** se houver possibilidade de formação de gotículas;
- **Marcar os exames** com tempo suficiente entre um e outro, para que permita a desinfecção do aparelho;
- Utilizar para a desinfecção de alto nível, ácido peracético 2%, e seguir a rotina conforme indicado pela CCIH e o Manual de limpeza e desinfecção de aparelhos endoscópicos da SOBEEG,
- Seguir as orientações do **Manual de limpeza e desinfecção de aparelhos endoscópicos, da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Endoscopia Gastrointestinal (SOBEEG), manual este revisado pela ANVISA.**

ESTERILIZAÇÃO POR ÓXIDO DE ETILENO

- Os artigos deverão estar limpos antes de serem encaminhados para a empresa contratada efetuar a esterilização;
- O hospital e a empresa contratada deverão observar e respeitar a legislação sanitária, concernente a reprocessamento de materiais, sendo elas a RDC 156 e as RE 2605 e 2606 da ANVISA;
- Os artigos devem ser acondicionados em invólucros de papel grau cirúrgico;
- A RE 2605 de 11 de agosto de 2006 da ANVISA estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, e proibidos de serem reprocessados.
 - **Artigo de uso único de reutilização proibida por lei.** “Considera-se artigo de uso único, aqueles relacionados na RE 2605, segue alguns exemplos de itens listados: agulhas com componentes plásticos não desmontáveis, aventais descartáveis, bisturi descartáveis com lâmina fixa, bolsas de sangue, bolsa coletora de espécimes cirúrgicos, campos cirúrgicos descartáveis, cânulas de perfusão exceto as aramadas, cateteres de infusão venosa com lume único, duplo ou triplo, etc.”
- Alguns artigos também não devem ser encaminhados para reprocessamento, quando se enquadrarem nos seguintes casos:
 - Alterações físicas e químicas da resistência e da qualidade do material
 - Artigos contaminados de difícil limpeza e desinfecção
 - Artigos que originalmente foram esterilizados por irradiação gama-Cobalto 60
 - Baixo custo por peça.
- Artigos em PVC, líquidos ou produtos cuja composição química possa reagir com o óxido de etileno, não devem ser processados por este método;

- O transporte dos materiais esterilizados, reesterilizados ou reprocessados por óxido de etileno, será feito em ambiente e condições que permitam a manutenção da esterilidade do produto;
- **Deverão ser exigido à empresa prestadora do serviço, teste de esterilidade** com indicadores biológicos a cada ciclo e controle analítico dos resíduos de óxido de etileno e de seus subprodutos nos materiais esterilizados, reesterilizados ou reprocessados, após a devida aeração, obedecendo aos limites máximos estabelecidos em lei.
- **Se** o hospital for eventualmente reprocessar algum material passível pela legislação de reprocessamento, deverá estabelecer protocolos de validação do processo, de acordo com o que estabelece a RDC 156 e RE 2606, visando garantir a segurança e eficácia dos produtos. Esses protocolos deverão ser feitos pela CCIH e CME, com instituição de uma comissão de reprocessamento.

LAVANDERIA

- **Usar saco de hamper** descartável preferencialmente, para roupas de pacientes portadores de doenças transmissíveis, queimados ou roupas de centro cirúrgico molhadas com muito sangue;
- A roupa suja deve ser **acondicionada** em sacos de hamper;
- A roupa suja nas enfermarias e banheiros deve ficar em local apropriado e em recipiente fechado;
- Na coleta da roupa suja, o funcionário deverá usar equipamentos de proteção pessoal como **luvas de borracha, calçado fechado, máscara e avental impermeável;**
- **Não entrar em quartos de isolamento;** o funcionário deverá receber a roupa suja na porta, auxiliando na embalagem em saco duplo;
- Utilizar para coleta da roupa suja, carro fechado e de uso exclusivo para essa finalidade;
- **No final do turno de trabalho,** o carro de coleta de roupa suja deverá ser limpo com água e sabão e após desinfetado com hipoclorito de sódio a 1%;
- A distribuição da roupa limpa deverá ser feita em carro próprio e fechado;
- A roupa será lavada em empresa terceirizada, sendo entregue acondicionada em sacos plásticos;
- O recolhimento e entrega da roupa deverá ser feito por veículos distintos ou pelo menos com áreas separadas;
- Todo o processamento de roupa do hospital deverá seguir as recomendações da ANVISA, constantes no manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Riscos, 2007.

LIMPEZA HOSPITALAR

- A **limpeza das superfícies tem por objetivo**, evitar a propagação das infecções, manter a boa aparência do ambiente hospitalar e preservar a área física;
- Os produtos de limpeza deverão ser padronizados pela CCIH, juntamente com a chefia do Serviço de Higienização;
- A frequência e rotina da limpeza do hospital deve ser feita no mínimo 2 vezes ao dia nos setores de internação e em locais com atendimento ao paciente, conforme o recomendado pela CCIH;
- As superfícies que estiverem com presença de **matéria orgânica**, deverão sofrer processo de desinfecção ou descontaminação localizada e posteriormente deverão limpas com água e sabão;
- No procedimento de desinfecção e limpeza, o funcionário deverá usar o **equipamento de proteção individual** recomendado;
- É proibido no hospital realizar a **varredura seca**;
- As superfícies após a limpeza e/ou desinfecção deverão ser **secas**, pois áreas úmidas ou molhadas têm mais condições de albergar e reproduzir microrganismos;
- A **seleção e indicação** para adquirir germicidas no hospital devem ser feitas pela **CCIH**;
- Os produtos indicados para desinfecção e descontaminação de superfícies serão normalizados pela CCIH, de acordo com as normas da ANVISA, preconizadas no Manual de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES. 1ª edição. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2010.

CONTROLE DE ANTIMICROBIANOS

- A prescrição de antimicrobianos quando controlados pela CCIH, deverá seguir o procedimento como segue:
 1. Prescrever o antimicrobiano quando estritamente necessário e preferencialmente de acordo com resultado de antibiograma;
 2. Preenchimento da ficha de antimicrobiano controlado justificando a prescrição;
 3. Liberação pela farmácia condicionada ao preenchimento da ficha de controle;
 4. Manutenção do medicamento mediante parecer da CCIH, no máximo em 72 horas;

ANTIMICROBIANOS RIGOROSAMENTE CONTROLADOS:

CASPOFUNGINA
CEFTAZIDIMA
CEFEPIMA
CIPROFLOXACINA
FORMULAÇÕES LIPÍDICAS DE ANFOTERICINA B
IMIPENEM
LINEZOLIDA
MEROPENEM
PIPERACILINA/TAZOBACTAN
POLIMIXINA B
TEICOPLANINA
VANCOMICINA
VORICONAZOL

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO EM CIRURGIA

- Utilizado na ausência de infecção;
- Devem ser administrados **30 a 60 minutos antes do ato cirúrgico, de preferência na indução anestésica;**
- A dose deve ser **única;**
- **Repetir a dose** se o ato operatório ultrapassar mais de 3 horas, se houver sangramento importante ou ocorrer transformação do potencial de contaminação da cirurgia.
- O uso prolongado de antibiótico no pós-operatório não reduz o risco de infecção e aumenta o custo, a resistência bacteriana e os efeitos colaterais indesejáveis.
- As **cefalosporinas de 1ª geração** por via endovenosa, são as drogas de escolha para a maioria das especialidades cirúrgicas. A **cefazolina** tem meia vida de duas horas e cobre, portanto, cirurgias de até 3 – 4 horas de duração.

CENTRO CIRÚRGICO

1. AO ENTRAR NO CENTRO CIRÚRGICO:

- Trocar a roupa, exceto a íntima;
- Vestir indumentária completa de uso interno do CC: calça, jaleco, gorro, máscara e pro - pés ou calçado de uso exclusivo do CC;

***Observação: A máscara deve cobrir inteiramente nariz e boca e deverá ser trocada quando estiver úmida (não retirá-la dentro do ambiente cirúrgico, usada a partir do momento em que a instrumentadora começar a preparar a mesa auxiliar). Para quem usa cabelos longos e barba, utilizar gorros e máscaras adequados.**

- É proibida a entrada de objetos pessoais e externos na sala operatória (carteira, malas, jornais, bolsas, telefone celular etc.). Os mesmos deverão ser deixados em local externo como vestiários ou secretaria;
- Limitar a saída do CC com indumentária de uso interno somente nos casos de **emergência/urgência em pacientes;**
- Em caso de retorno à área interna do CC após ter saído com a indumentária, **trocar novamente a roupa;**
- Isso inclui a saída até o corredor ou aos banheiros, ou à sala de recuperação se for externa;
- As recomendações deverão ser cumpridas por todos os profissionais que freqüentarem as áreas internas do CENTRO CIRÚRGICO.

2. SALA CIRÚRGICA

- Todos os profissionais ao entrarem na sala operatória devem colocar máscara;
- O número de pessoas na sala deve ser controlado, quanto mais pessoas maior probabilidade de liberação de microorganismos no ambiente;
- A porta da sala cirúrgica deve ser mantida fechada durante todo o procedimento;
- As entradas e saídas da sala cirúrgica promovem turbulência no ar, promovendo maior liberação e movimentação dos microorganismos;
- Antes do início da primeira cirurgia do dia, a sala operatória deve passar por uma desinfecção prévia com álcool 70%, nas superfícies de móveis e equipamentos que por ventura possam ter acumulado partículas de poeira;
- Após o término de cada cirurgia o material e roupa suja devem ser retirados, as superfícies horizontais de móveis e equipamentos devem ser desinfetadas com álcool 70% e remoção de matéria orgânica que possa ter contaminado qualquer superfície.
- Após a última cirurgia do dia, deve ser feita uma limpeza terminal na sala operatória envolvendo piso, paredes, portas, móveis e equipamentos.

3. SALA CONTAMINADA

Sempre que a cirurgia for conhecida como previamente infectada proceder da seguinte forma:

- A sala deverá ficar **interditada** e as pessoas que estiverem participando do ato cirúrgico deverão ao final da cirurgia, **mudar de roupa;**
- O material existente na sala deverá ser retirado, deixando na sala apenas o **estritamente necessário;**
- **O material descartável estéril deverá ser criteriosamente avaliado quanto a ter entrado ou não em contato com secreção purulenta ou outro material infectante, e descartado mesmo sem uso se for o caso;**
- Após o término da cirurgia, o material utilizado deverá ser encaminhado em recipiente fechado para o CME a fim de ser descontaminado e limpo;
- Ao término de uma cirurgia infectada, toda a sala cirúrgica deve ser limpa, incluindo-se paredes, equipamentos, mobiliários e piso com água e sabão, se houver presença de matéria orgânica em qualquer superfície, deve-se proceder à desinfecção do local com hipoclorito de sódio 1% durante 10 minutos;
- **No caso da cirurgia ser considerada como contaminada no trans-operatório, a sala deverá ser interditada e a circulante deverá separar o material em excesso cobrindo-o com um campo. Ao término da cirurgia deverá ser feita uma avaliação do mesmo, quanto a sua utilização;**
- Os cuidados com a limpeza da sala e materiais serão os mesmos descritos acima.

4. CUIDADOS GERAIS

- Pacientes de cirurgias cardíacas, neurológicas e ortopédicas limpas, devem receber 2 banhos pré-operatórios com clorexidina degermante a 4 %, com intervalo de 6 horas (véspera e dia da cirurgia). Nas cirurgias neurológicas, lavar a cabeça 2 vezes;
- Após o banho, secagem com toalhas limpas e secas. Troca de roupa pessoal e de cama;
- Cuidado com olhos, ouvidos e outras mucosas, a clorexidina não deve ser utilizada em pacientes com membrana timpânica não íntegra;
- Sempre que possível, não devem ser removidos os pelos no local do sítio cirúrgico;
- Se necessidade de remoção de pelos, tricotomizadores elétricos e de uso único devem ser utilizados e o corpo do aparelho deve ser desinfetado com álcool 70% entre pacientes;
- A eficácia do agente antisséptico depende da limpeza da pele;
- Aguardar secar completamente o antisséptico para prevenir queimaduras e irritações na pele. Evitar o excesso de antissépticos.

PREPARO PRÉ – OPERATÓRIO DO PACIENTE

1. Tricotomia:

Realizar este procedimento somente se extremamente necessário. As tricotomias que aparam os pêlos próximos à pele têm menos infecção relacionada do que aquelas feitas com lâminas.

- **A tricotomia deve ser realizada no centro cirúrgico com tricotomizador elétrico.**
- **Proibido a realização de tricotomia no dia anterior à cirurgia.**
- **No setor de internação, deve ser realizado somente o corte bem curto do cabelo no local que deverá ser realizada a tricotomia.**

2. Banho

- Imprescindível antes de toda e qualquer cirurgia, mesmo sendo no 1º horário cirúrgico;
- A enfermagem deve antes do banho proceder a um exame físico do paciente, a fim de detectar possíveis problemas.
- **Em cirurgias cardíacas, ortopédicas e neurocirurgias, devem ser realizados 2 banhos com o uso de clorexidina degermante, que contemple o sítio a ser operado. O primeiro banho, 6 horas antes da cirurgia e o segundo, próximo ao horário do paciente ser encaminhado ao centro cirúrgico.**

3. Cabelos

- Lavar os cabelos no dia anterior à cirurgia e secar.

4. Unhas

- Retirar o esmalte das unhas, caso haja;
- Cortar as unhas e orientar ou realizar escovação destas durante o banho pré-operatório.

5. Higiene Oral

- O paciente deve realizar sua higiene oral antes de ir à cirurgia conforme hábito diário ou com solução anti-séptica bucal, caso a escovação habitual não tenha sido feita.

6. Outros Procedimentos de Acordo com o Tipo de Cirurgia

◆ Esvaziamento da bexiga:

- Espontânea ou por sondagem se houver indicação médica.
- De acordo com os critérios para cada cirurgia

◆ Lavagem intestinal:

- De acordo com o tipo de localização da cirurgia proposta;
- Preparar o paciente na véspera conforme prescrição médica.

7. Em Todos os Procedimentos Cirúrgicos:

Sinais Vitais: Verificar os sinais vitais (temperatura, pulso, FC, FR, PA) e peso, antes do paciente ser encaminhado ao CC. Avisar à equipe cirúrgica qualquer alteração, principalmente **febre**.

8. No Centro Cirúrgico:

- Anti-sepsia na região a ser operada, após o paciente ter sido anestesiado;
- PPVPI alcoólico ou clorexidina em pele íntegra por 1 minuto;
- PVPI aquoso (tópico) para mucosas, estomas e feridas abertas.

* **Observação:** Se após a embrocção da área cirúrgica o lençol da mesa cirúrgica ficar molhado com antisséptico, recomenda-se a secagem imediata ou troca do lençol antes de colocar os campos, para evitar queimaduras com bisturi elétrico.

DEGERMAÇÃO E ANTISSEPZIA PRÉ-OPERATÓRIA **DA EQUIPE CIRÚRGICA**

Observações: O preparo cirúrgico ou degermação cirúrgica das mãos e antebraços deve ser realizado antes de cirurgias e procedimentos invasivos; o emprego de uma solução antisséptica é recomendado, e podem ser empregados compostos à base de iodo-povidona ou clorexidina; a escovação visa remover microorganismos e sujidade de locais de difícil acesso como pregas cutâneas e unhas; as escovas utilizadas devem ser de cerdas macias e descartáveis.

Material:

- Escovas macias esterilizadas;
- Degermante à base de PVPI ou clorexidina;
- Compressas estéreis.

Procedimento:

- Colocar vestimenta exclusivamente de uso interno do ambiente cirúrgico;
- Retirar anéis, pulseiras e relógios;
- Colocar solução degermante na palma da mão e iniciar fricção de uma mão com a outra, espaços interdigitais e antebraços por cinco minutos;
- Limpar os espaços sub-ungueais;
- Enxaguar;
- Colocar solução degermante, unir as pontas dos dedos e escovar mais ou menos 50 vezes;
- Escovar os espaços interdigitais;
- Escovar punho;
- Repetir o procedimento no outro membro, aguardar 1 minuto;
- Enxaguar um braço de cada vez, mantendo o membro fletido de modo que a água escorra no sentido do antebraço;
- Secar com compressa estéril.

RECOMENDAÇÕES PARA MANUTENÇÃO DE SOLUÇÕES E TROCA DE DISPOSITIVOS

Dispositivo	Período de troca
Solução isotônica	24 horas
Soluções hipertônicas (glicose 10%, ringer, NPP).	24 horas
Equipo ou bureta com solução contínua	72 horas
Equipo ou bureta com solução intermitente (ex: infusão de antibióticos)	24 horas
Equipo de NPP e sangue ou derivados	A cada 24 horas
Equipo de sangue ou hemoderivados	A cada bolsa
Emulsão lipídica	A cada troca da bolsa ou frasco
Intermediário de aspiração	24 horas
Vidro de aspiração	24 horas
Intermediário do nebulizador	07 dias
Frasco e intermediário de drenagem de tórax com derrame	24 horas
Frasco e intermediário de drenagem de tórax com pneumotórax	48 horas
Umidificador de O ₂	24 horas
Sonda de aspiração	Uso único
Sonda vesical + bolsa coletora	Indeterminado. Trocar em caso de obstrução, vazamento ou irregularidade.
Micronebulizador	Após uso
Sonda enteral	Mensal
Equipo sonda enteral	24 horas

NORMAS PARA O USO DE DESINFETANTES E ANTISSÉPTICOS PADRONIZADOS PELO HOSPITAL

1. Hipoclorito de sódio 1%

- a- Superfície – por 10 minutos com 1% de cloro ativo (puro)
- b- Desinfecção de artigos contaminados – 30 minutos com 0,5% de cloro ativo
- c- Desinfecção de lactário e cozinha, – 60 minutos com 0,02% de cloro ativo.

2. Ácido peracético 2%

Desinfecção de endoscópios – 30 minutos

3. Álcool 70%

- f- Superfícies por 10 minutos (3 aplicações)
- g- Artigos em imersão por 10 minutos.

4. Antissépticos

- PVPI tópico e tintura
- Clorexidina 4% degermante
- Clorexidina 0,5% solução alcoólica
- Álcool 70%

CRITÉRIOS PARA O USO DE ANTISSEPTICOS NO HIJG

- Para a higienização básica das mãos usar sabonete líquido comum, exceto em situações específicas;
- A higienização das mãos com água e sabonete líquido comum, combinados com fricção mecânica, é suficiente para a remoção da sujidade e microbiota infectante;
- O uso de sabão antisséptico para lavagem das mãos, é recomendado sempre que houver alto risco de transmissão de infecção como nos casos de precauções de contato para pacientes portadores de microorganismos multirresistentes, em surtos e nas unidades de UTI Pediátrica e Neonatal, Queimados e Isolamento.
- Em locais onde não existe pia disponível, ou os funcionários têm contato muito freqüente com grande número de pacientes e pouco tempo para a lavagem das mãos, a higienização das mãos com álcool-gel 70% é recomendável;
- Antes da realização de cirurgias ou de qualquer procedimento de natureza invasiva, deve ser feito degermação das mãos com antisséptico padronizado pelo hospital;
- Para o preparo da pele do paciente antes da tricotomia, usar solução antisséptica degermante à base de clorexidina a 4%;
- Antes do ato cirúrgico, deve ser feita a antissepsia pré-operatória do sítio cirúrgico, com um antisséptico à base de clorexidina ou PVP-I, de ação microbiana rápida e efeito residual prolongado.
- Não usar álcool a 70% após a degermação das mãos com clorexidina ou PVP-I, pois este anula o efeito residual dos dois produtos.

PADRONIZAÇÃO DO USO DE GERMICIDAS NO HIJG E PROCESSAMENTO DE MATERIAIS

O processamento de materiais de inaloterapia, comadres, papagaios, vidros de diurese e material de reanimação, será centralizado no CME.

ARTIGOS	GERMICIDA	TEMPO DE EXPOSIÇÃO E OBSERVAÇÕES
Termômetro	Álcool 70%	Fricção
Estetoscópio	Álcool 70%	Fricção
Balança	Álcool 70%	Fricção as pesagens/ Limpeza com água e sabão ao final do dia
Banho-maria	Água e sabão	Diariamente
Monitores e régua	Álcool 70%	Fricção na parte metálica
Cabo e lâmina de laringoscópio e cones de otoscópio	Álcool 70%	Fricção
Chupetas	Água sabão + hipoclorito de sódio 0,0125%	1 hora Não necessita enxágüe.
Nebulizadores e umidificadores	Lavar com água e sabão + hipoclorito de sódio 0,5%	30 minutos Enxágüe com água potável
Camas e macas	Lavar com água e sabão + álcool 70%	Fricção

Vidros de diurese, comadre e papagaio	Lavar com água e sabão + autoclave	Após a alta do paciente
Berço de acrílico e incubadoras	Lavar com água e sabão Hipoclorito de sódio 0,025% Álcool 70%	Diariamente Na alta ou término de uso, desinfetar as partes acrílicas, borrachas e colchão. Fricção na parte metálica.
Bancadas	Álcool 70%	Fricção
Cânula de guedel	Hipoclorito de sódio 0,5%	30 minutos
Superfície externa dos respiradores	Álcool 70%	Fricção
Instrumental cirúrgico	Limpeza com água e sabão + autoclave	
Frasco de vidro de aspiração	Lavar com água e sabão + autoclave	
Válvula de aspiração	Limpeza com água e sabão + álcool	Fricção
Saboneteiras	Lavar com água e sabão	Ao esvaziar

PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS APÓS **ACIDENTE OCUPACIONAL COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL** **BIOLÓGICO**

Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados, **devem ser tratados como casos de emergência**, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite devem ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente (idealmente até 2 horas após), para a sua maior eficácia.

A- Conduta imediata após exposição:

1. Cuidados com a área exposta

- Lavagem do local exposto com água e sabonete líquido, nos casos de exposição percutânea ou cutânea.
- Nas exposições de mucosas, lavar exaustivamente com água ou solução fisiológica.
- Não faça expressão no local do acidente, anti-séptico pode ser utilizado.
- Não realizar procedimentos que possam aumentar a área exposta, tais como cortes e injeções locais. A utilização de soluções irritantes está contra-indicada.

2. Avaliação do acidente

- Estabelecer o material biológico envolvido: sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor e líquidos pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico) e fluidos orgânicos potencialmente não infectantes (urina, lagrima, suor, fezes e saliva), exceto se contaminados com sangue.
- Tipo de acidente: perfurocortante, contato com mucosa, contato com pele não íntegra.
- Conhecimento da fonte: comprovadamente infectada ou exposta à situação de risco, ou fonte com origem fora do ambiente de trabalho.
- Fonte desconhecida

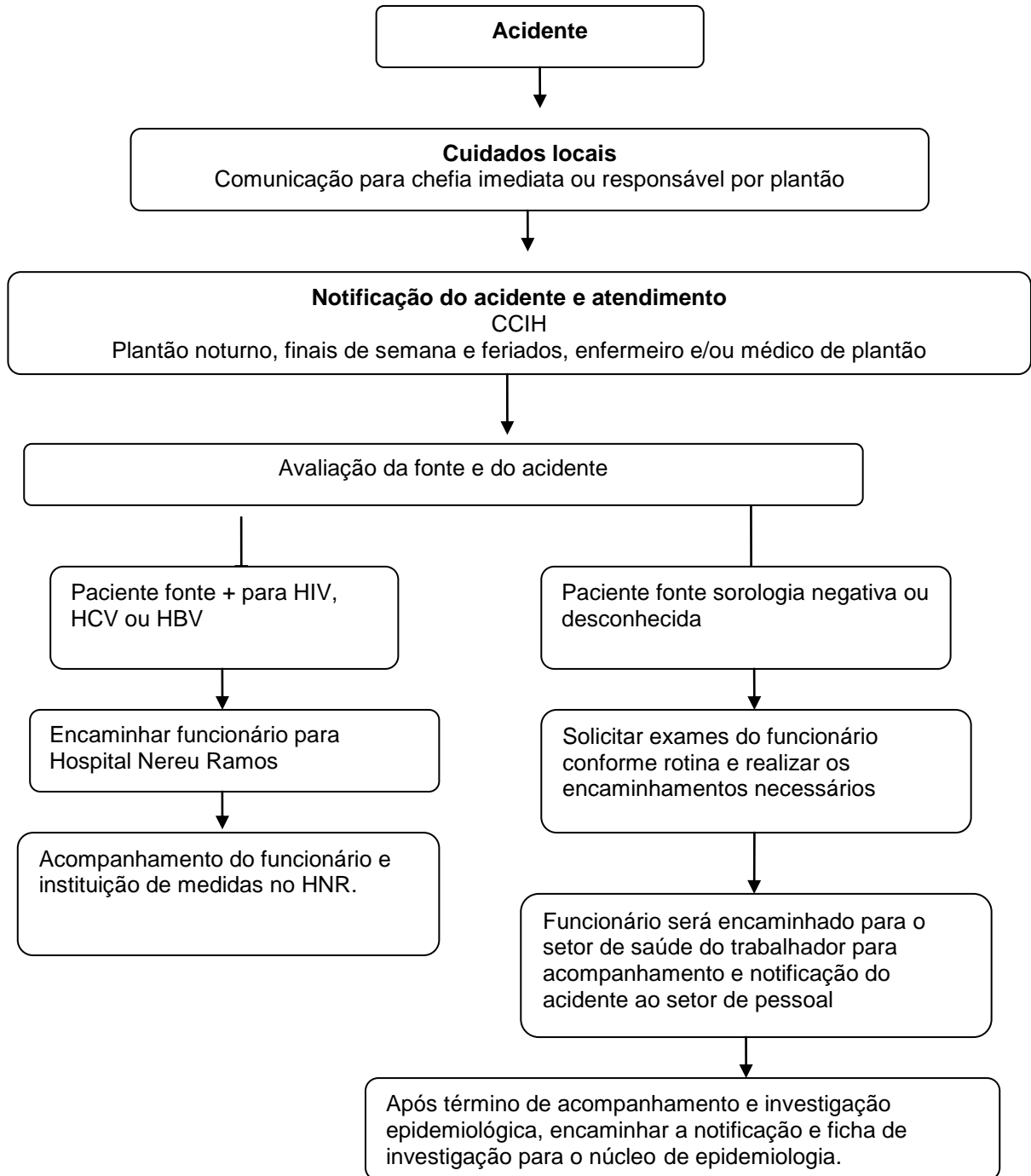
3. Orientações ao acidentado

- Com relação ao risco do acidente
- Uso de quimioprofilaxia
- Consentimento para realização de exames sorológicos seus e da fonte.
- Comprometimento para acompanhamento durante seis meses.
- Prevenção da transmissão secundária.
- Suporte emocional devido estresse pós-acidente.
- Orientar o acidentado a relatar de imediato, sintomas sugestivos de soroc conversão aguda tais como: linfadenopatia, rash, dor de garganta e sintomas de gripe.
- Reforçar a prática de biossegurança e precauções básicas no serviço.

4. Notificação do acidente

- Comunicar à chefia imediata e CCIH para que sejam tomadas as medidas cabíveis o mais precocemente possível;
- Final de semana, feriados e à noite, comunicar ao médico ou enfermeiro de plantão para avaliação do acidente e tomada de medidas o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras duas horas.
- A CCIH ou profissional que realiza o atendimento deve notificar o acidente no impresso "ficha de notificação de doenças - SINAN", e encaminhá-la ao núcleo de vigilância epidemiológica.
- Se o acidente ocorrer em horário de não atendimento pela CCIH, o acidentado deve procurar o serviço o mais breve possível para preenchimento da ficha de investigação e encaminhamentos necessários.
- O acidentado será encaminhado ao setor de pessoal e saúde ocupacional para documentar o acidente para efeitos legais.

Fluxograma 2 – Conduta após o acidente



Obs: Em caso de dúvidas no momento do acidente, ligar para enf. Rosana ou Dr. Marcos.

COMO PROCEDER APÓS ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

- Cuidados com a área exposta, lavagem imediata com água e sabão ou soro fisiológico, se mucosa.
- Verificar a procedência do material biológico e buscar junto ao prontuário do paciente fonte exames para HIV, marcadores de hepatite e sorologia para Lues. Caso não encontre, pedir ao médico do setor ou plantão que solicite os exames;
- Não esquecer de especificar nas requisições que é acidente com perfurocortante ou exposição a material biológico;
- Solicitar ao responsável pelo paciente autorização para realização do exame. Encaminhar a requisição ao Laboratório Ciência para coleta do material, este deverá fornecer o resultado o mais rápido possível;
- Caso paciente fonte seja HIV positivo, HBsAg ou HCV positivo, o funcionário deverá ser encaminhado de imediato ao ambulatório do Hospital Nereu Ramos para providências necessárias. A quimioprofilaxia para HIV deve ser iniciada preferencialmente, até 2 horas após o acidente.
- Independente da condição sorológica do paciente fonte, o funcionário deverá coletar no Laboratório Ciência no dia do acidente, exames para HBsAg, Anti-HBsAg, AntiHCV, HIV e sorologia para Lues e o material coletado deverá ser encaminhado para o Lacen;
- **Avaliar o risco do acidente no fluxograma de exposição ao HIV para verificar a necessidade de quimioprofilaxia, e vacina ou imunoglobulina para hepatite B.**
- **Notificar todo o acidente com exposição a material biológico, no impresso de notificação de doenças - SINAN em duas vias, com o CID Z 20.9**

**EXAMES QUE DEVEM SER COLETADOS IMEDIATAMENTE APÓS O
ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO**

Quanto ao funcionário:

3. Coletar amostra de sangue e entregar no laboratório Ciência para ser encaminhada ao Lacen, com o pedido dos seguintes exames:

- Anti-HIV
- HBsAg,
- Anti-HBsAg
- Anti-HCV
- VDRL

Obs: entregar 4 ml de sangue em tubo seco no laboratório Ciência ou coletar no local.

Quanto ao paciente-fonte:

- Buscar junto ao prontuário do paciente-fonte exames para HIV, Hepatite B e C. Caso não encontre os resultados, solicitar ao médico responsável a requisição e encaminhar ao Laboratório Ciência para coleta do material
- Teste rápido anti-HIV
- HBsAg
- Anti-HCV

Obs: coletar 12ml de sangue, divididos em 3 tubos secos com gel.

CCIH

Terapêutica profilática para HIV

1. Iniciar preferencialmente nas primeiras 2 horas após o acidente.
 2. Quimioprofilaxia básica = AZT + 3TC (BIOVIR) indicada em exposição com risco conhecido de transmissão pelo HIV.
 3. Quimioprofilaxia expandida = BIOVIR + KALETRA
Indicada em exposição com risco elevado de transmissão pelo HIV.
 - Prescrever: Biovir (AZT + 3TC)
1 comprimido de 12/12 horas
 - Kaletra (lopinavir + ritonavir)
2 comprimidos de 12/12 horas
- ◆ A terapia anti-retroviral deve ser feita durante 4 semanas (28 dias), com acompanhamento clínico no 15^o dia e exames: hemograma completo, provas de função renal e hepática.
- ◆ O uso da medicação (Quimioprofilaxia) depende da gravidade do acidente, que deve ser avaliada conforme o fluxograma constante no manual de prevenção de acidente em serviço, com exposição a material biológico, do estado de SC.

CCIH

Acompanhamento do funcionário acidentado
com relação ao HIV

- Fazer o acompanhamento do acidentado por um período de 6 meses, principalmente quando paciente fonte desconhecido.
- Paciente fonte com sorologia para HIV negativa, considerar a epidemiologia e história clínica para definir acompanhamento. Normalmente não necessário.
- Fazer avaliação sorológica no momento do acidente, 45, 90 e 180 dias após o acidente.
- Se for indicada a profilaxia, o funcionário deve ser monitorado clínica e laboratorialmente após 15 dias de uso de profilaxia com: hemograma completo e provas de função renal e hepática.
- O profissional deve ser orientado durante o período de acompanhamento para evitar contato sexual sem preservativo, doação de sangue, doação de órgãos, gravidez e aleitamento materno.

Acompanhamento do funcionário acidentado

→ 2- Conduta em relação ao HBV (hepatite B)

Paciente	Profissional	Conduta
HBsAg +	Não imune	Vacina, gamaglobulina preferencialmente nas primeiras 24 horas e acompanhamento sorológico.
HBsAg +	Imune	Acompanhamento sorológico
HBsAg -	Não imune	Vacina e acompanhamento sorológico
HBsAg -	Imune	Acompanhamento sorológico
HBsAg desconhecido		Considerar suspeito e levar em conta o estado imunológico do profissional.

OBS: Alguns autores consideram a eficácia da gamaglobulina mesmo quando administrada até 7 dias após o acidente.

Profilaxia

Terapia	Dose
Imunoglobulina hiperimune anti-HBV (HBIG)	0,06ml/Kg
Vacina	3 doses: 0, 1 e 6 meses

A dose máxima de HBIG é de 5 ml.

Acompanhamento do funcionário acidentado

Se Anti-HBsAg não reagente, observar as seguintes situações:

- ◆ Se HBsAg +, o funcionário deve ser acompanhado e orientado (portador de hepatite B).
- ◆ Se HBsAg negativo, fazer 3 doses da vacina e após 30 dias da última dose, pesquisar o anti-HBsAg.
- ◆ Se fonte positiva para HBsAg, acompanhar o funcionário durante 1 ano.

→ 3- Com relação ao HCV (hepatite C)

- Ao profissional exposto ao HCV recomenda-se controle bimestral de anti-HCV e transaminases, durante o período de 1 ano.

LIMPEZA DA CAIXA D'ÁGUA

Deve ser efetuada a cada **6 meses**.

Material:

- Mangueira
- Escova ou esponja
- Cloro

Técnica:

- Esgotar completamente a caixa d'água;
- Limpeza mecânica com cloro das paredes e fundo;
- Enxaguar com bastante água;
- Encher a caixa d'água completamente e tornar a esgotá-la totalmente;
- Encher a caixa d'água e usar normalmente;
- Colher amostra de água e mandar para análise.

RECOMENDAÇÕES PARA LIMPEZA DOS BRINQUEDOS

- Para limpeza adequada dos brinquedos, serão utilizadas as seguintes soluções:
 - 1 Detergente e água com fricção através da esponja ou escovinha;
 - 2 Enxágüe com água em jatos;
 - 3 Passar pano seco e limpo para secar;
 - 4 Para desinfecção, serão utilizados: álcool 70% para fricção com pano seco e limpo;
 - 5 Deixar secar naturalmente.

- Essa limpeza e desinfecção deverá ser feita, após cada uso e após cada contato que a criança tiver com o brinquedo;
- Cada família pode disponibilizar o brinquedo que a criança gosta, não deixando que outra criança entre em contato com o mesmo, fixando etiquetas com o nome da criança;
- Antes de qualquer manuseio com os brinquedos, o funcionário deve lavar a mão, obrigatoriamente;
- Materiais como computadores e videogames devem ser limpos todos os dias (principalmente os teclados) passando um pano limpo e seco com álcool;

RECOMENDAÇÕES QUANTO AO AMARZENAMENTO

DOS BRINQUEDOS

- Disponibilizar duas caixas (preferencialmente de plástico) para acomodação dos brinquedos “limpos” (os que já passaram pelo processo de higienização, mas ainda não foram utilizados) e outra para acomodação dos brinquedos “sujos” (brinquedos utilizados pelas crianças), sendo que somente os funcionários podem mexer nesta caixa;
- Recomendação e conscientização dos pais e acompanhantes sobre importância do uso exclusivo do brinquedo por cada criança;
- As crianças devem ser orientadas quanto à lavagem das mãos antes e depois do manuseio dos brinquedos;
- Brinquedos grandes devem ser limpos uma vez a cada semana, dentro do mesmo processo citado acima.

BRINQUEDOS NÃO RECOMENDADOS:

- Ursos de pelúcia (devido à difícil higienização);
- Brinquedos difíceis de serem lavados (brinquedos com muitas peças e pequenas);
- Brinquedos que se destruam facilmente com a limpeza recomendada;
- Brinquedos onde a água possa penetrar facilmente. Ex. brinquedos feitos com costura, brinquedos de hora do banho, brinquedos macios.

REFERÊNCIAS

1. Amaral, C.F.S, Pedroso, E.R.P, Fonseca, J.G.M, et al. **Infecção hospitalar**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 235p.
28. BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
2. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2007.
3. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Infecção de corrente sanguínea: orientações para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea**. Brasília: ANVISA, 2010.
4. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Infecções do trato respiratório: orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA, 2009.
5. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Investigação e controle de bactérias multirresistentes**. Brasília: ANVISA, 2007.
6. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica nº 1/2010: Medidas para identificação, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde por microorganismos multirresistentes**. Brasília: ANVISA, 2010.
7. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Processamento de roupas de serviços de saúde: Prevenção e controle de riscos**. Brasília: ANVISA, 2007.
8. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde. Limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: ANVISA, 2010.

9. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de procedimentos básicos em microbiologia clínica para o controle de infecção hospitalar**. Brasília: ANVISA, 2001.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pediatria prevenção e controle de infecção hospitalar**. Brasília: ANVISA, 2006.
11. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **RDC Nº 15, de 15 de março de 2012**. Disponível em: <Brasília>. Acesso em: 10 ago. 2012.
12. Carneiro, M, Prochnow, A G, Mazzorani, B.M. **Curativo: o que usar**. Santa Maria, [sнд].1998.
13. Couto, R.C et all. **Infecção hospitalar: epidemiologia e controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
14. **Curativos**. Disponível em <http://pt.wikipedia.org>, acesso em 08/11/2007 às 10:30.
15. DEALY, C. **Cuidando de Feridas**. São Paulo: Atheneu, 1996.
16. Edwal, R, Campo, A S, et all. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997.
17. Fernandes, A.T. **Infecção hospitalar e suas Interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000, v. 1 e 2.
18. Fernandes, A.T. **Prevenção de infecção hospitalar**. disponível em www.ccih.med.br, acessado em 09/10/2007.
19. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. **Protocolo de cuidado de feridas**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/>>. Acesso em: 13 ago. 2012.
20. Hinrichsen, S.L. **Biossegurança e controle de infecções: risco sanitário hospitalar**. Rio de Janeiro: Medsi, 2004.
21. Hoefel, H. et al. **Prevenção de infecções em sítio cirúrgico, respiratório e circulatório**, disponível em www.cih.com.br, acessado em 08/10/2007
22. Naomi P. O'Grady, et all. CDC. **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. 2011**. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
23. **Pele**. Disponível em <http://pt.wikipedia.org>, acesso em 08/11/2007, às 9:00.
24. Rodrigues, E. A. C, Richtmann, R. **IRAS: Infecção relacionada à assistência à saúde, orientações práticas**. São Paulo: sarvier, 2009.

25. SANTA CATARINA. Centro de Saúde do Servidor. **Manual de prevenção e controle de acidente em serviço decorrente de exposição a material biológico**. Florianópolis, 2008. 64 p.
26. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Rosiléa Maria Silvestre **Protocolo de feridas**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/pdf/> acessado em 13 ago. 2012.
27. Siegel JD et al. *CDC. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>
28. Silvana, T, Lisboa, T.C. **Limpeza e Higiene: lavanderia hospitalar**. São Paulo: CLR Baliero, 1999.
29. SOBECC. **Práticas: recomendadas da SOBECC**. São Paulo, SOBECC, 2001.
30. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL (SOBBEG) (BRASÍLIA). **Manual de limpeza e desinfecção de aparelhos endoscópios**. Revisado pela ANVISA. Disponível em: www.anvisa.gov.br/serviçosaúde/manuais/sobbeg_manual.pdf. Acesso em: 30jul.2012.
29. **Tratamento de Feridas**. Disponível em www.feridologo.com.br, acesso em 06/11/2007, às 10:45.