



HOSPITAL MÃE DE DEUS
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

MANUAL DE MEDIDAS DE BLOQUEIO EPIDEMIOLÓGICO

Versão 2009



GLOSSÁRIO

INTRODUÇÃO	04
FUNDAMENTO DAS PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO	06
MEDIDAS DE BLOQUEIO EPIDEMIOLÓGICO	12
PRECAUÇÕES PADRÃO	13
PRECAUÇÕES BASEADAS NA TRANSMISSÃO	17
PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO AÉREA	17
PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS	18
PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO POR CONTATO	20
PRECAUÇÕES PARA PACIENTE IMUNOSSUPRESSO	22
SÍNDROMES CLÍNICAS OU CONDIÇÕES QUE REQUEREM PRECAUÇÕES EMPÍRICAS	24
SÍNDROMES INFECCIOSAS E DURAÇÃO DAS MEDIDAS DE BLOQUEIO EPIDEMIOLÓGICO	25
MANEJO DE PACIENTES COM MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES - MR	36
PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE <i>Staphylococcus aureus</i> RESISTENTE À OXACILINA	41
CONDUTA PARA PACIENTES PORTADORES DE GERMES MULTIRRESISTENTES EM SETORES ESPECÍFICOS	44
BLOCO CIRÚRGICO, ENDOSCOPIA, HEMODINÂMICA	44
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, NEUROLAB E PREVENCOR	45
HEMODIÁLISE	48
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	49
SALA DE RECUPERAÇÃO	50
CONDUTA PARA PACIENTES TRANSFERIDOS DE OUTRAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E GERIÁTRICAS	52



PREVENÇÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES DURANTE OS ATENDIMENTOS FISIOTERÊUTICOS

54



INTRODUÇÃO

A transmissão de infecção dentro dos hospitais requer três elementos:

1. Uma fonte de microrganismos infectantes
2. Um hospedeiro suscetível, e
3. Formas de transmissão para os microrganismos.

FORTE

Fontes humanas para microrganismos infectantes em hospitais podem ser pacientes, equipe, ou, em algumas ocasiões, visitantes e podem incluir pessoas com doença aguda, pessoas no período de incubação de uma doença, pessoas que são colonizadas por agente infeccioso, mas que não tem doença aparente, ou pessoas que são portadores crônicos de um agente infeccioso. Outras fontes de microrganismos infectantes podem ser a flora endógena dos próprios pacientes, a qual pode ser difícil de controlar, e objetos do ambiente inanimado que tenham sido contaminados, incluindo equipamentos e medicamentos.

HOSPEDEIRO

A resistência entre as pessoas aos microrganismos patogênicos, varia grandemente.

Algumas pessoas podem ser imunes à infecção ou serem capazes de resistir à colonização por agentes infecciosos; outros expostos ao mesmo agente podem estabelecer uma relação comensal com o agente infectante e tornarem-se portadores livres de sintomas; outros ainda podem desenvolver a doença clínica. Fatores do hospedeiro, como idade, doença de base, certos tratamentos com antimicrobianos, corticóides ou outros agentes supressores, irradiação e quebras nos mecanismos primários de defesa causados por fatores como cirurgias, anestesia e procedimentos invasivos podem tornar os pacientes mais suscetíveis à infecção.

TRANSMISSÃO

Os microrganismos são transmitidos nos hospitais por algumas rotas, e um mesmo microrganismo pode ser transmitido por mais do que uma rota. Existem cinco principais rotas de transmissão: Contato, Gotículas, Aérea, Veículo Comum e Vetor. Para o propósito destas diretrizes, transmissão por veículo e vetor serão apenas brevemente discutidas já que não têm papel importante nas típicas infecções hospitalares.

1. **Transmissão por Contato:** O mais importante e freqüente modo de transmissão das infecções hospitalares é dividido em dois sub-grupos: (a) transmissão por *contato direto* e, (b) transmissão por *contato indireto*.
 - a. A transmissão por *contato direto* envolve um contato direto de superfícies corporais e transferência física de microrganismos entre um hospedeiro suscetível e uma pessoa infectada ou colonizada; como a que ocorre quando uma pessoa muda um paciente de decúbito, dá um banho de leito ou executa outras atividades de cuidados com pacientes que requeiram contato pessoal direto. Transmissão por contato direto pode também ocorrer entre dois pacientes com um servindo de fonte do agente infeccioso e o outro como hospedeiro suscetível.



- b. A transmissão por *contato indireto* envolve o contato de um hospedeiro suscetível com um objeto inanimado contaminado, como instrumentos contaminados, agulhas, ou coberturas de curativos, ou mãos contaminadas que não foram higienizadas e luvas que não foram trocadas entre pacientes.

2. *Transmissão por Gotículas*, teoricamente é uma forma de transmissão por contato. Entretanto, o mecanismo de transmissão do patógeno para o hospedeiro é um tanto distinto das outras formas de transmissão por contato. Desta forma, a transmissão por gotículas será considerada uma rota separada de transmissão nestas diretrizes. Gotículas são geradas, a partir de uma pessoa fonte, primariamente durante tosse, espirro e fala, e durante a execução de certos procedimentos como aspiração e broncoscopia. A transmissão ocorre quando gotículas contendo microrganismos, gerados a partir da pessoa infectada, são lançadas à *curta distância* através do ar e depositadas na conjuntiva, mucosa nasal, ou boca do hospedeiro. Já que as gotículas não se mantêm suspensas, no ar manejo especial do ar ou ventilação não são necessários para prevenir a transmissão por gotículas; isto é, transmissão por gotículas não deve ser confundida com transmissão aérea.

3. *Transmissão Aérea*, ocorre pela disseminação aérea de partículas residuais (5 µm ou menor) de gotículas evaporadas contendo microrganismos, que permanecem suspensos no ar por longos períodos de tempo, ou partículas de poeira contendo agentes infectantes. Microrganismos carregados desta forma podem ser largamente dispersados pelas correntes de ar e podem ser inalados por um hospedeiro suscetível dentro de uma mesma sala ou a longa distância do paciente fonte dependendo de fatores ambientais; assim, manejo adequado de ar e ventilação é necessário para prevenir a transmissão aérea. Microrganismos transmitidos por transmissão aérea incluem *Mycobacterium tuberculosis* e os vírus do sarampo e da varicela.

4. *Transmissão por Veículo Comum*, aplica-se a microrganismos transmitidos por itens contaminados como alimento, água, medicamentos, artigos, e equipamentos.

5. *Transmissão por Vetores*, ocorre quando vetores como mosquitos, moscas, ratos e outros animais transmitem microrganismos; essa rota de transmissão tem menor significância dentro dos hospitais.

Precauções de isolamento são designadas para prevenir a transmissão de microrganismos por estas rotas nos hospitais. Já que fatores relacionados aos agentes e aos hospedeiros são mais difíceis de controlar, a interrupção da transferência de microrganismos é dirigida primariamente para a transmissão. As recomendações apresentadas nestas diretrizes são baseadas neste conceito.

Colocar um paciente em *precauções de isolamento*, entretanto freqüentemente apresenta certas desvantagens para o hospital, pacientes, equipe e visitantes. Precauções de isolamento podem requerer equipamento especializado e modificações ambientais que acrescentam custos à hospitalização. Precauções de isolamento podem fazer com que visitas freqüentes por enfermeiros, médicos e outros membros da equipe tornem-se inconvenientes, e pode tornar mais difícil para equipe prestar o cuidado com a prontidão e a freqüência que muitas vezes é requerida. A instalação de isolamento em um quarto semi-privativo ou uma enfermaria usa um valioso espaço que de outra forma acomodaria outros pacientes. Além disso, o isolamento forçado priva o paciente de relações sociais normais e pode ser psicologicamente danoso especialmente para crianças. Estas desvantagens,



entretanto devem ser pesadas em relação a missão do hospital de prevenir a disseminação de microrganismos epidemiologicamente importantes.



FUNDAMENTOS DAS PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

Uma variedade de medidas de controle de infecção são usadas para diminuir o risco de transmissão de microrganismos nos hospitais. Essas medidas são os fundamentos das precauções de isolamento.

HIGIENE DAS MÃOS

Para entender os objetivos das diversas abordagens à higienização das mãos, o conhecimento da microbiota normal da pele é essencial. A pele é um órgão dinâmico, pois a sua formação e integridade estão sob controle homeostático, e qualquer alteração resulta em aumento da proliferação de suas células.

Devido à sua localização e extensa superfície, a pele é constantemente exposta a vários tipos de microrganismos do ambiente. Assim, a pele normal do ser humano é colonizada por bactérias e fungos, sendo que diferentes áreas do corpo têm concentração de bactérias variáveis por centímetro quadrado (cm²): Couro cabeludo: 10⁶ UFC/cm². Axila: 10⁵ UFC/cm². Abdome ou antebraço: 10⁴ UFC/cm². Mãos dos profissionais de saúde: 10⁴ a 10⁶

A microbiota da pele é dividida em residente e transitória. A microbiota transitória, que coloniza a camada superficial da pele, sobrevive por curto período de tempo e é passível de remoção pela higienização simples das mãos, com água e sabonete, por meio de fricção mecânica. É frequentemente adquirida por profissionais de saúde durante contato direto com o paciente (colonizados ou infectados), ambiente, superfícies próximas ao paciente, produtos e equipamentos contaminados. A microbiota residente, que está aderida às camadas mais profundas da pele, é mais resistente à remoção apenas por água e sabão. Sua população pode ser reduzida parcial e temporariamente, porém em algumas horas sua concentração retorna aos valores habituais. As bactérias que compõem esta microbiota (principalmente estafilococos coagulase negativos e bacilos difteroides) são agentes menos prováveis de infecções veiculadas por contato.

Sendo assim, as mãos são reservatórios de microorganismos que podem ser transmitidos por contato direto (pele a pele) ou indireto (por meio de objetos e equipamentos contaminados).

Deve ser lembrado ainda que fungos (por exemplo, *Candida* spp.) e vírus (por exemplo, vírus da hepatite A, B, C; vírus da imunodeficiência humana - HIV; vírus respiratórios; vírus de transmissão fecal-oral como rotavírus; grupo herpes como varicela, vírus Epstein-Barr e citomegalovírus) podem colonizar transitoriamente a pele, principalmente polpas digitais, após contato com pacientes ou superfícies inanimadas, podendo ser transmitidos ao hospedeiro susceptível.

Segundo a OMS, para que aumentar as taxas de adesão à higiene de mãos, esta deve ser focada nas situações que oferecem maior risco de transmissão de germes. Portanto, existem cinco momentos em que higienizar as mãos é imprescindível:

1. **Antes do contato com o paciente** (mesmo que o contato seja superficial, por exemplo, verificação de sinais vitais ou auxílio para mudança de decúbito);
2. **Antes de realizar procedimentos invasivos** (por exemplo, ante de punções, curativos, etc)
3. **Após exposição (ou risco) a sangue e fluidos corporais** (a higiene tem de ocorrer mesmo que luvas tenham sido utilizadas. As situações mais comuns são após punções, curativos, coletas de sangue, administrações de medicações, etc);



4. **Após contato com paciente** (mesmo que o contato tenha sido superficial)
5. **Após contato com superfícies próximas ao paciente**, como mesas, grades da cama, suportes de soro, etc.

USO DE LUVAS

Adicionalmente à higiene das mãos, as luvas têm um importante papel na redução dos riscos de transmissão de microrganismos.

As luvas são usadas por três importantes razões nos hospitais: (1) São usadas para prover uma barreira de proteção e prevenir contaminação grosseira das mãos quando em contato com sangue, fluídos corporais, secreções, excreções, membranas mucosas e pele não intacta; (2) Para reduzir a possibilidade de que microrganismos presentes nas mãos da equipe sejam transmitidos aos pacientes durante procedimentos invasivos ou outros cuidados dispensados aos pacientes que envolvam contato com as membranas mucosas ou pele não intacta; (3) Para reduzir a possibilidade de que as mãos da equipe, contaminadas com microrganismos de um paciente ou de um fômite, possam transmitir estes microrganismos a outro paciente; nessa situação as luvas devem ser trocadas entre contatos com diferentes pacientes e as mãos devem ser higienizadas após sua remoção.

O uso de luvas não exime a necessidade da higiene das mãos porque (1) as luvas podem ter pequenos e inaparentes defeitos ou rasgarem-se durante o uso, e (2) as mãos podem ser contaminadas durante a remoção das luvas. A falha na troca das luvas entre contatos com diferentes pacientes é um grande problema no controle das infecções.

As luvas devem ser retiradas imediatamente após o procedimento, evitando tocar nas superfícies próximas ao paciente, o que causaria contaminação das mesmas e possibilidade de transmissão cruzada.

MÁSCARAS, PROTETOR RESPIRATÓRIO E PROTETOR OCULAR

Vários tipos de máscaras e protetores de face são usados sozinhos ou em combinação para prover proteção de barreira. Uma máscara que cubra tanto a boca ou o nariz ou um protetor de face devem ser usados pela equipe hospitalar durante procedimentos e atividades de cuidados com pacientes que podem gerar respingos ou aerossóis de sangue, fluídos corporais, secreções ou excreções para prover proteção a membrana mucosa dos olhos, nariz e boca da transmissão por contato de patógenos. Uma máscara cirúrgica é geralmente usada pela equipe do hospital para proteção contra o espalhamento de gotículas grandes que são transmitidas por contato próximo e geralmente alcançam apenas curtas distâncias (até 1 metro) desde o paciente infectado que esteja tossindo ou espirrando.

AVENTAIS

Vários tipos de aventais e aparatos protetores são usados para fornecer uma barreira de proteção e reduzir as oportunidades para a transmissão de microrganismos nos hospitais. Aventais são usados para prevenir a contaminação das roupas e proteger a pele da equipe de exposição a sangue e ou fluídos corporais. Aventais impermeáveis a líquidos, protetores de pernas, botas ou propés propiciam maior proteção a pele quando respingos ou grandes quantidades de material infectante são antecipados.



Aventais também são usados pela equipe durante os cuidados com pacientes infectados com microrganismos epidemiologicamente importantes para reduzir a oportunidade de transmissão de patógenos a partir dos pacientes ou de itens em seu ambiente, a outros pacientes ou ambientes. As recomendações para utilização de aventais nestas situações está descrita no capítulo de Precaução para Contato.

EQUIPAMENTO E ARTIGOS PARA CUIDADOS COM PACIENTES

Os equipamentos e artigos utilizados nos hospitais são classificados de acordo com o risco potencial de transmissão de infecções ao paciente, pois isto implica a decisão correta na escolha do método utilizado para processá-los. Os artigos são classificados em artigos não-críticos, artigos semi-críticos e artigos críticos.

- Artigos não-críticos: são todos aqueles que entram em contato com a pele íntegra do paciente, ou que não entram em contato direto, por exemplo, termômetros axilares, estetoscópio, aparelhos de raio-x, etc. Devem sofrer processo de limpeza e desinfecção com álcool 70%.
- Artigos semi-críticos: são aqueles que entram em contato com a pele não íntegra ou com membrana mucosa íntegra, por exemplo: equipamentos de terapia ventilatória. Devem sofrer desinfecção de alto nível.
- Artigos críticos: são aqueles que entram em contato com tecidos estéreis ou penetram na corrente sanguínea. Devem ser esterilizados.

O tipo de reprocessamento é determinado pelo tipo de artigo, sua utilização, as recomendações do fabricante, as políticas do hospital e diretrizes ou regulamentações aplicáveis.

ALOCAÇÃO DE PACIENTES

Alocação adequada de pacientes é um componente significativo das precauções de isolamento. Um quarto privativo é importante para prevenir a transmissão por contato direto ou indireto quando o paciente fonte tem hábitos higiênicos precários e contamina o ambiente, ou não se pode esperar que ele colabore na manutenção de cuidados de controle de infecção que limitem a transmissão de microrganismos (isto é, bebês, crianças e pacientes com status mental alterado). Sempre que possível, um paciente com microrganismos epidemiologicamente importantes ou altamente transmissíveis deve ser colocado em um quarto privativo. Com condições adequadas de higiene das mãos que reduza as oportunidades da transmissão de microrganismos.

Quando um quarto privativo não é disponível, um paciente infectado pode ser colocado com um outro paciente escolhido apropriadamente. Pacientes infectados com o mesmo microrganismo podem usualmente dividir o mesmo quarto desde que (1) eles não estejam infectados com outros microrganismos potencialmente transmissíveis, e (2) a possibilidade de reinfecção com o mesmo microrganismo seja mínima. Este compartilhamento de quartos, também chamado de *coorte* é especialmente útil durante surtos ou quando a pouca disponibilidade de quartos privativos. Quando o quarto privativo não for disponível e a coorte não for possível ou recomendada, é muito importante considerar o padrão epidemiológico e o modo de transmissão do patógeno infectante e da população de pacientes na determinação da alocação do paciente. Sob estas circunstâncias, a consulta ao SCIH deve ser feita antes da definição de onde colocar o paciente. Sendo assim, quando um paciente infectado compartilha um quarto com um paciente não infectado também é importante que os pacientes, equipe, e



visitantes tomem precauções para prevenir a disseminação da infecção e que os colegas de quarto sejam cuidadosamente selecionados.

TRANSPORTE DE PACIENTES

O transporte deve ocorrer de forma a garantir que não haja transmissão de microorganismos de um paciente a outro. Todos os equipamentos utilizados durante o transporte e que entrem em contato com o paciente devem ser desinfetados após o uso com álcool 70%, por exemplo, macas, colchões e cadeiras de rodas. Estes dois últimos devem preferencialmente ser de material impermeável, que permita a desinfecção.

ROUPA E LAVANDERIA

Apesar de a roupa suja poder estar contaminada com microorganismos patogênicos o risco da transmissão de doenças é negligenciável se esta for manuseada, transportada e lavada de forma a evitar a transferência de microorganismos aos pacientes, equipe e ambiente. Mais do que regras rígidas e regulamentações, estocagem da roupa limpa e reprocessamento higiênico e de bom senso da roupa suja são recomendados. Os métodos para o manuseio, transporte e lavagem da roupa suja são determinados pelo Serviço de Governança do hospital, juntamente com a empresa terceirizada, o qual deve seguir as regulamentações sanitárias aplicáveis.

UTENSÍLIOS DE COZINHA

Nenhuma precaução especial é necessária para louças, copos e xícaras ou utensílios de cozinha. Tanto louças e utensílios descartáveis ou reutilizáveis podem ser usados por pacientes em precaução de isolamento. A combinação de água quente e detergentes e a desinfecção com álcool a 70% após a secagem é suficiente para descontaminar louças, copos e xícaras e utensílios de cozinha. A secagem deve ser realizada com toalhas de papel descartáveis ou em ar ambiente.

LIMPEZA AMBIENTAL DE ROTINA E TERMINAL

As superfícies fixas (pisos, paredes, tetos e portas) não apresentam um risco significativo de transmissão de infecções, mesmo em áreas críticas (bloco cirúrgico, UTIs, etc) e semi-críticas (unidades de internação). Portanto, em situações normais, o procedimento a ser realizado nestas superfícies dispensa o uso de desinfetante, bastando limpeza com água e sabão, porém com técnica rigorosa para garantir a retirada mecânica de poeira e sujeira. Para pacientes contaminados com microorganismos epidemiologicamente relevantes, cuidados complementares devem ser adotados.

Adicionalmente à limpeza cuidadosa, adequada desinfecção da unidade do paciente deve ser realizada, incluindo equipamentos e superfícies ambientais (isto é, grades do leito, mesas acessórias, pastas-Kardex, maçanetas), focando principalmente na eliminação de germes que podem sobreviver no ambiente inanimado por períodos prolongados de tempo, por exemplo Enterococo e Acinetobacter. Recomenda-se que esta desinfecção seja realizada pelo menos 1 vez ao dia para pacientes que não estão sob precaução para contato. Pacientes admitidos em quartos hospitalares previamente ocupados por pacientes infectados ou colonizados com estes patógenos estão em maior risco de infecção por superfícies ambientais e equipamentos contaminados se estes não tiverem sido adequadamente limpos e desinfetados. Os métodos, cuidados e frequência da limpeza e os tipos de produtos usados são determinados pelo Serviço de Governança do hospital.



TOALETE DA TOSSE

É indicado para todos os profissionais, pacientes e visitantes sem diagnóstico conhecido de doença respiratória e que apresente tosse, congestão, coriza ou aumento das secreções respiratórias. Deve ser aplicado desde o momento da entrada na instituição até a saída. As recomendações baseiam-se 1) na educação de todas as pessoas que circulam nos hospitais; 2) em sentido de cobrir boca e nariz com lenço de papel ao tossir ou espirrar e descartá-lo imediatamente; 3) em utilizar ou orientar o uso de máscaras cirúrgicas em pessoas com que apresentem tosse ou espirros; 4) higiene das mãos após contato com secreções e 5) separação de no mínimo 1 metro para pacientes com sintomas respiratórios.



MEDIDAS DE BLOQUEIO EPIDEMIOLÓGICO

Medidas de Bloqueio Epidemiológico (MBE) são ações que visam evitar a transferência de microorganismos de um paciente a outro ou a superfícies e equipamentos. Existem dois níveis de MBE: no primeiro, e mais importante estão aquelas precauções designadas para o cuidado de todos os pacientes nos hospitais, independente do seu status imunológico ou seu diagnóstico de infecção presumido ou confirmado. A implementação destas “Precauções Padrão” é a estratégia primeira para o sucesso do Controle de Infecção Hospitalar. No segundo nível estão as precauções designadas apenas para o cuidado de pacientes específicos. Essas “Precauções baseadas na transmissão” adicionais são para aqueles pacientes suspeitos ou sabidamente infectados por patógenos importantes epidemiologicamente e transmitidos por gotículas, por via aérea ou por contato com pele ou superfícies contaminadas.

As Precauções são delineadas para reduzir o risco de transmissão de patógenos por substâncias ou secreções; aplicam-se a todos os pacientes que recebem cuidados hospitalares, a despeito de seu diagnóstico ou “status” infeccioso.

PRECAUÇÕES PADRÃO (PP)

Deve ser aplicada sempre que houver possibilidade de contato com sangue, fluídos corporais, secreções e excreções, pele não intacta e membranas mucosas.

PRECAUÇÕES BASEADAS NA TRANSMISSÃO

São elas:

Delineadas para pacientes sabidamente ou sob suspeita de estar infectados ou colonizados por patógenos importantes epidemiologicamente ou altamente transmissíveis, para os quais cuidados adicionais, além dos cuidados padrão, são necessários para interromper a transmissão dentro dos hospitais.

Devem ser usadas sozinhas ou em combinação, para doenças que tenham múltiplas rotas de transmissão. Devem ser usadas sempre, além dos cuidados padrão.

PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO AÉREA (PA)

PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS (PG)

PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO POR CONTATO (PC)

PRECAUÇÕES COM PACIENTES IMUNOSSUPRESSO (PI)



APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE BLOQUEIO EPIDEMIOLÓGICO

PRECAUÇÕES PADRÃO (PP)

*Use **PRECAUÇÕES PADRÃO (PP)** para cuidados de todos os pacientes, desde a admissão até o momento da alta, independente do seu status infeccioso*

HIGIENE DE MÃOS

A prática de higienização das mãos é a mais relevante medida de precaução no combate a disseminação de agentes infecciosos desde a época do médico húngaro, Ignácio Semmelweis em 1846.

Sendo as mãos dos profissionais de saúde a maior via de transmissão de microorganismos durante a assistência, a higiene das mãos tornou-se a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções nosocomiais (ver anexo 1, norma de Higienização das Mãos)

Lavagem com água e sabão

A lavagem das mãos com água e sabão deve obedecer às seguintes indicações:

- Quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluídos corporais
- Após ir ao banheiro
- Antes e depois das refeições
- Ao iniciar turno de trabalho
- Antes do preparo de alimentos
- Antes do preparo e manipulação de medicamentos
- Nas situações descritas a seguir para solução alcoólica

Uso de solução alcoólica

Higienizar as mãos com anti-séptico alcoólico somente quando não estiverem visivelmente sujas.

Indicação:

- Antes e após contato com paciente



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

IMPORTANTE: O uso de anti-sépticos associados a detergentes se destinam à higienização anti-séptica das mãos e degermação da pele, sendo indicado nos casos de precaução de contato recomendado para pacientes portadores de microorganismos multirresistentes, se tratando deste manual, *Acinetobacter* sp carbapenêmico resistente.

USO DE LUVAS

- Use luvas (limpas, não é necessário que sejam estéreis) para contato com sangue, fluídos corporais, secreções, excreções e materiais contaminados;
- Use luvas limpas imediatamente antes de tocar membranas mucosas e pele não intacta. As luvas devem ser colocadas imediatamente antes do procedimento, evitando assim que se contaminem com o ambiente e transmitam germes deste ao paciente;
- Mude as luvas entre diferentes procedimentos no mesmo paciente após contato com material que possa conter uma alta concentração de microorganismos;
- Remova as luvas prontamente após o uso, antes de tocar materiais não contaminados ou superfícies ambientais e antes de atender outro paciente; higienize as mãos imediatamente após a retirada para evitar a transferência de microorganismos para outros pacientes ou ambiente.

USO DE MÁSCARAS, PROTETOR OCULAR, PROTETOR DE FACE

- Use uma máscara e protetor ocular ou de face para proteger as membranas mucosas dos olhos, nariz e boca durante procedimentos e atividades de cuidados com pacientes que possam gerar respingos ou aerossóis de sangue, fluídos corporais, secreções e excreções.
- A máscara deve cobrir a boca e nariz.



USO DE AVENTAIS

- Use um avental (limpo é adequado, não é necessário que seja estéril) para proteger a pele e prevenir umedecimento da roupa durante procedimentos e atividades de cuidados com pacientes que possam gerar respingos ou aerossóis de sangue, fluídos corporais, secreções ou excreções;
- Selecione um avental apropriado para a atividade e a quantidade de fluído que possa ser encontrado, atentando para a permeabilidade do mesmo;
- Remova o avental úmido assim que possível e higienize as mãos para evitar a transferência de microorganismos para outros pacientes ou ambiente.

MATERIAIS / EQUIPAMENTOS USADOS NO CUIDADO DO PACIENTE

- Manuseie materiais / equipamentos contaminados com sangue, fluídos corporais, secreções e excreções de forma a prevenir exposição das membranas mucosas e pele, contaminação de roupas e a transferência de microorganismos para outros pacientes ou ambiente;
- Assegure-se de que equipamentos reutilizáveis não sejam utilizados em outro paciente até que tenham sido adequadamente limpos e/ou reprocessados;
- Assegure-se de que equipamentos / materiais de uso único sejam descartados apropriadamente após o uso.

CONTROLE AMBIENTAL

- Assegure-se de que as rotinas estabelecidas para limpeza e/ou desinfecção de superfícies ambientais, unidade do paciente e outras superfícies frequentemente utilizadas no cuidado de pacientes estão sendo seguidas de forma apropriada.

ROUPAS

- Manuseie, transporte e processe a roupa suja com sangue, fluídos corporais, secreções e excreções de forma a prevenir a exposição da pele e/ou membranas mucosas e a contaminação de seu uniforme.
- É recomendada a utilização de saco plástico dentro do *hamper* de tecido ou de hamper descartável para acondicionar as roupas e evitar que as secreções, excreções e fluidos corporais contaminem o ambiente.



SAÚDE OCUPACIONAL E PATÓGENOS SANGÜÍNEOS

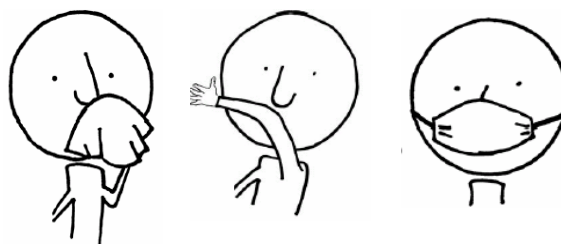
- Prevenir lesões ao manipular objetos pontiagudos e perfuro-cortante como agulhas, jelcos ou outros instrumentos, principalmente quando manuseando instrumentos cortantes após procedimentos; quando limpando instrumentos usados e quando descartando agulhas usadas.
- Nunca reencape agulhas usadas. Não entorte, quebre ou manipule agulhas usadas de seringas descartáveis com as mãos;
- Descarte perfuro-cortantes em recipientes de paredes rígidas.

ACOMODAÇÃO DO PACIENTE

- É recomendável que pacientes sem condições de manter higiene pessoal apropriada (ex. crianças, doentes mentais, pacientes com distúrbios de conduta) sejam alocados em quarto privativo.

TOATELE DA TOSSE

- Eduque e oriente profissionais, pacientes e visitantes sobre a toailete da tosse;
- Cubra a boca e nariz com lenço de papel ao tossir ou espirrar, e descarte-o imediatamente;
- Ao tossir ou espirrar, se não houver lenço de papel, proteja a boca e nariz com o antebraço, ao invés das mãos, pois estas têm maior contato com o ambiente e favorecem a contaminação;
- Use máscara cirúrgica quando apresentar sintomas respiratórios;
- Higienize as mãos após contato com secreção respiratória;
- Mantenha separação de pacientes com sintomas respiratórios de outros pacientes de no mínimo 1 metro.





PRECAUÇÕES BASEADAS NA TRANSMISSÃO

PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO AÉREA (PA)

Em adição aos cuidados padrão (PP), use cuidados aéreos (PA) para pacientes que, suspeita ou comprovadamente, tenham doenças graves transmitidas por partículas aéreas (< 5 micra):

- Sarampo
- Varicela (incluindo zoster disseminado)
- Tuberculose (pulmonar ativa - BAAR+)

Use precauções aéreas (PA), além das precauções padrão (PP), para pacientes sob suspeita ou sabidamente infectados com microorganismos transmitidos por gotículas ressecadas (< 5 micra de diâmetro) ou partículas de poeira em suspensão que contenham estes germes e que podem ser dispersas amplamente pelas correntes de ar em um quarto ou a longas distâncias.

ACOMODAÇÃO DO PACIENTE

- Coloque o paciente em quarto privativo ou coorte¹;
- Na porta do quarto, deverá ser fixada a placa de identificação apropriada (anexo 2);
- Mantenha a porta fechada e o paciente dentro do quarto;
- As janelas devem se manter abertas o maior tempo possível, para reduzir a concentração de partículas no ar.

PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA

- Tuberculose
 - Use protetores respiratórios (máscara N95) ao entrar no quarto de um paciente sob suspeita ou sabidamente portador de tuberculose pulmonar ativa (pesquisa para BAAR positivo)

¹ Coorte: Consiste em alocar no mesmo quarto pacientes com infecções / colonizações pelo mesmo microorganismo



- Todos os profissionais de saúde deverão usar o protetor respiratório. Os familiares próximos, isto é, que convivem na mesma casa com o paciente, não necessitam usar máscara. Familiares distantes devem ser desencorajados a realizar visitas durante o período infectante (aproximadamente até 15 dias após o início do tratamento); se não for possível, estes devem usar máscaras N95.
- As máscaras são de uso individual e devem ser trocadas sempre que se apresentarem úmidas.
- Evitar que o paciente saia do quarto. Se isso for inevitável, o paciente deve usar máscara cirúrgica durante o transporte.
- Orientar técnicas de toalete da tosse ao paciente (ver capítulo de Precaução Padrão).
- **Sarampo e Varicela**
 - Pessoas suscetíveis (isto é, não têm imunidade contra a doença) não devem entrar no quarto de pacientes sob suspeita ou sabidamente portadores de sarampo ou varicela, se outros funcionários, estiverem disponíveis;
 - Se pessoas suscetíveis precisarem entrar no quarto de pacientes com sarampo ou varicela, devem usar protetores respiratórios – máscara cirúrgica;
 - Pessoas imunes a sarampo ou varicela não necessitam usar protetor respiratório;
 - Orientar técnicas de toalete da tosse ao paciente (ver capítulo de Precaução Padrão).

TRANSPORTE DO PACIENTE

- Limite a movimentação / transporte do paciente fora do quarto apenas ao essencial;
- Se o transporte / movimentação for inevitável, minimize a dispersão de partículas infectantes colocando uma máscara cirúrgica no paciente.

PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS (PG)

Em adição aos cuidados padrão (PP), use cuidados com gotículas (PG) para pacientes que, suspeita ou comprovadamente, tenham doenças graves transmitidas por partículas aéreas grandes (gotículas > 5 micra):

- Doenças invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b, incluindo meningite, pneumonia, epiglotite e sepse



- Doenças invasivas por *Neisseria meningitidis* (*meningococo*), incluindo meningite, pneumonia e sepse
- Outras infecções respiratórias bacterianas graves:
 - Difteria (faringeana)
 - Pneumonia por *Mycoplasma*
 - Coqueluche
 - Pneumonia / Faringite estreptocócica ou escarlatina em bebês ou lactentes
- Infecções virais graves:
 - Adenovírus
 - Influenza
 - Parvovírus
 - Rubéola

Use precauções para gotículas (PG), além das precauções padrão (PP), para pacientes sob suspeita ou sabidamente infectados com microorganismos transmitidos por gotículas (> 5 micra de diâmetro) que podem ser geradas pelo paciente durante a tosse, espirro, fala ou durante procedimentos em via aérea superior.

ACOMODAÇÃO DO PACIENTE

- O paciente deve ser alocado em quarto privativo ou coorte;
- Na porta do quarto, deverá ser fixada a placa de identificação apropriada (anexo 3);
- Quando o quarto privativo ou coorte não forem exequíveis, mantenha uma separação espacial de ao menos 1 metro entre os leitos do quarto;
- A porta do quarto e as janelas devem ser mantidas preferencialmente abertas.

USO DE MÁSCARA

- Além das precauções padrão (PP), use máscara cirúrgica quando trabalhando a menos de 1 metro do paciente.

TRANSPORTE DO PACIENTE

- Limite a movimentação / transporte do paciente fora do quarto apenas ao essencial;



- Se o transporte / movimentação for inevitável minimize a dispersão de gotículas infectantes colocando uma máscara cirúrgica no paciente.

PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO POR CONTATO (PC)

Em adição aos cuidados padrão (PP), use precauções por contato (PC) quando contato direto com o paciente ou com itens do ambiente que o circunda, que suspeita ou comprovadamente seja portador de:

- Infecção ou colonização gastrointestinal, respiratória, de pele ou ferida por MO multirresistentes (determinados pelo SCIH)
- Infecções entéricas causadas por MO capazes de infectar com inóculos baixos ou que sobrevivem no ambiente por longos períodos:
 - *Clostridium difficile*
 - *Escherichia coli* entero-hemorrágica, *Shigella*, Vírus da hepatite A ou *Rotavírus* em crianças que usam fraldas ou pacientes incontinentes
 - Vírus sincicial respiratório
 - Doenças de pele que são altamente contagiosas ou que podem ocorrer em pele seca, incluindo:
 - ❖ Difteria (cutânea)
 - ❖ Herpes simplex (neonatal ou mucocutâneo)
 - ❖ Impetigo
 - ❖ Abscessos, celulites ou úlceras de decúbito
 - ❖ Pediculose
 - ❖ Escabiose
 - ❖ Furunculose
 - ❖ Zoster (disseminado ou em paciente imunossupresso)
 - ❖ Conjuntivites hemorrágicas virais (Ebola, Lassa ou Marburg).



Use precauções de contato (PC), além das precauções padrão (PP), para pacientes sob suspeita ou sabidamente infectados ou colonizados com MO epidemiologicamente importantes que podem ser transmitidos por contato direto com o paciente (mãos ou contato pele-a-pele que ocorre durante a execução de cuidados / procedimentos) ou contato indireto (tocar superfícies ambientais ou materiais / equipamentos usados no cuidado deste paciente) .

Ver recomendações específicas para pacientes com microorganismos multirresistentes em capítulo específico

ACOMODAÇÃO DO PACIENTE

- Coloque o paciente, preferencialmente, em um quarto privativo ou coorte;
- Na porta do quarto, deverá ser fixada a placa de identificação apropriada (anexo 4).

USO DE LUVAS

- As luvas de procedimento devem ser colocadas ao entrar no quarto;
- Durante a prestação de cuidados ao paciente, as luvas devem ser trocadas após contato com material infectante, pelas altas concentrações de microorganismos (material fecal, ou secreções);
- Remova as luvas antes de sair do quarto e higienize as mãos imediatamente após a retirada (com água e sabão ou solução alcoólica);
- Após a remoção das luvas e anti-sepsia das mãos, assegure-se de não tocar superfícies ambientais potencialmente contaminadas ou itens de uso do paciente, para evitar a re-contaminação das mãos.

USO DE AVENTAL

- Para pacientes em precaução para contato por microorganismos multirresistentes, o avental deve ser vestido ao entrar no quarto, mesmo que não haja previsão de contato com sangue / secreções;
- Para as demais doenças, além do uso de avental conforme recomendado nas precauções padrão (PP), use um avental (limpo, não estéril) quando entrar no quarto se puder ser antecipado que seu uniforme entrará em contato inevitável com o corpo do paciente ou o



paciente é incontinente, ou está com diarreia, tem uma ileostomia, uma colostomia ou uma drenagem de ferida que não possa ser contida pelo curativo (drenagem maior);

- Remova o avental imediatamente antes de deixar o quarto;
- Após a remoção do avental, assegure-se de que sua roupa não encoste em superfícies ambientais potencialmente contaminadas (cama) para evitar a transferência de microorganismos para outros pacientes ou ambiente.

TRANSPORTE DO PACIENTE

- Limite a movimentação / transporte do paciente fora do quarto apenas ao essencial;
- Se o paciente sair do quarto assegure-se de que cuidados sejam tomados para minimizar o contato com outras superfícies e/ou pacientes;
- Antes de transportar o paciente, assegure-se de que as lesões estejam cobertas e os curativos secos externamente;
- Realizar desinfecção com álcool 70% nos utensílios utilizados para o transporte, como macas e cadeiras de rodas;
- A unidade ou setor para onde o paciente está sendo transportado deverá ser avisado com antecedência da condição, para que possa providenciar a estrutura necessária para a Precaução para Contato.

MATERIAIS / EQUIPAMENTOS USADOS NO CUIDADO DO PACIENTE

- Sempre que possível restrinja o uso de materiais não críticos (ex.: comadres, estetoscópio, termômetro) a um único paciente, evitando ao máximo o compartilhamento.
- Se o uso comum for inevitável, providencie a adequada limpeza e/ou desinfecção com álcool 70% antes de reutilizar o material / equipamento em outro paciente.

PRECAUÇÕES COM PACIENTE IMUNOSSUPRESSO (PI)

Para prevenir infecções no paciente imunossupresso é necessário investir em 3 pontos básicos:

1- Protegê-lo da colonização por patógenos hospitalares (exógenos)

2- Bloquear invasão de microorganismos endógenos



3- Recuperar as defesas orgânicas, ou seja, superar efeitos da doença básica (leucemia, câncer, dermatite vesicular ou bolhosa, queimaduras extensas) ou do uso de medicações imunossupressoras ou irradiação corporal total.

Durante muitos anos buscou-se impedir a ação de patógenos hospitalares através da adoção de barreiras como máscaras, aventais, propés e luvas por todos que entravam em contato com estes pacientes alojados em quartos individuais dotados ou não de filtragem de ar. O bloqueio de flora endógena era buscado através do uso profilático de antibióticos sistêmicos e locais com o objetivo de descontaminar pele e/ou mucosas.

Maki e Nauseff, em 1981 demonstraram, através de estudo comparativo de modalidades de atendimento a imunossupressos, que o isolamento protetor não contribuiu para reduzir a incidência de infecções naqueles pacientes.

O “Centers for Disease Control” (CDC), através de estudos clínicos e experimentais, concluiu que isolamento protetor não reduz a incidência de infecções nos imunossupressos, assim como, não contribui significativamente para aumentar sua sobrevida (1983).

Em vista do exposto, o SCIH/HMD recomenda o que segue com relação ao manejo de imunodeprimidos:

- 1- Alojar o paciente em quarto individual;
- 2- Higienizar as mãos antes, durante, e após a assistência;
- 3- Evitar o convívio / contato com pessoas portadoras de doenças infecciosas transmissíveis.

Outras medidas de bloqueio epidemiológico poderão ser adotadas, se houver infecções secundárias transmissíveis (ex.: precaução aérea e de contato para herpes zoster).

Pacientes com indicação de ambiente protetor, devem seguir as recomendações específicas (anexo 5).



SÍNDROMES CLÍNICAS OU CONDIÇÕES QUE REQUEREM PRECAUÇÕES EMPÍRICAS

FONTE: CDC, HIPAC. *Guideline for isolation precaution: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007*

SÍNDROME CLÍNICA OU CONDIÇÃO	PATÓGENOS POTENCIAIS	PRECAUÇÕES EMP
<u>Diarréia</u> Diarréia aguda com uma provável causa infecciosa em um paciente incontinente ou que use fraldas	Patógenos entéricos	Precaução de Contato (PC)
<u>Meningite</u>	<i>Neisseria meningitidis</i>	Precaução por Gotículas nas primeiras 24 horas de terapia antimicrobiana; máscara e protetor de face para intubação
<u>Rash ou exantemas generalizados, causa desconhecida</u> Petéquias / equimoses com febre	<i>Neisseria meningitidis</i>	Precaução por Gotículas nas primeiras 24 horas de terapia antimicrobiana
Vesicular	Varicela-Zoster, Herpes simplex	Precaução Aérea + Precaução por Contato , com protetor de face / óculos,
Maculopapular com coriza e febre	Sarampo	Precaução Aérea
<u>Infecções respiratórias</u> Tosse/febre infiltrado pulmonar em lobo superior em paciente HIV (-) ou de baixo risco para infecção por HIV	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>S. pneumoniae</i> (pneumococo), <i>S. aureus</i> (MRSA ou MSSA)	Precaução Aérea + Precaução por Contato
Tosse/febre infiltrado pulmonar em qualquer localização em um paciente HIV (+) ou de alto risco para infecção por HIV	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Precaução Aérea + Precaução por Contato – usar protetor ocular / facial em procedimentos que possam gerar aerossóis
Tosse/febre infiltrado pulmonar em qualquer localização em paciente com viagem recente (10-21 dias) a países com surtos de SARS ou influenza aviária	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Vírus da Síndrome Respiratória Aguda Severa</i> (SARS), <i>influenza aviária</i>	Precaução Aérea + Precaução por Contato + Proteção ocular
Tosse paroxística ou severa persistente durante períodos de surto de coqueluche	<i>Coqueluche</i>	Precaução por Gotículas
Infecções respiratórias particularmente bronquiolite em bebês ou crianças pequenas	<i>Vírus Sincicial Respiratório</i> , <i>vírus parainfluenza</i> , <i>adenovírus</i> , <i>vírus influenza</i>	Precaução por Contato + Precaução por Gotículas – Precaução por Gotículas pode ser descontinuado se adenovírus ou influenza forem descartados.
<u>Risco de microrganismos multirresistentes (MO-MR)</u> História de infecção ou colonização prévia com MO-MR	MO-MR	Precaução de Contato
Infecção de pele, ferida, ou trato urinário em um paciente com internação recente em hospital ou clínica onde MO-MR são prevalentes		Precaução de Contato
<u>Infecção de pele ou ferida</u> Abscesso ou ferida drenante que não possa ser coberta	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus do grupo A</i>	Precaução de Contato (PC)



SÍNDROMES INFECCIOSAS E DURAÇÃO DAS MEDIDAS DE BLOQUEIO EPIDEMIOLÓGICO

<i>INFECÇÃO / CONDIÇÃO</i>	<i>TIPO</i>	<i>OBSERVAÇÃO</i>
ABCESSOS		
Drenagem maior	PC	<i>Obs: 1 Obs. 02</i>
Drenagem menor ou contida	PP	<i>Obs: 03</i>
HIV / AIDS	PP	
ADENOVÍRUS (Infecção em crianças e bebês)	PG / PC	<i>Obs: 1</i>
AMEBIASE	PP	
ASCARIDÍASE	PP	
ASPERGILOSE	PP	
BOTULISMO	PP	
BRONQUIOLITE (Ver infec. resp. em crianças e bebês)	PC	<i>Obs: 1</i>
BRUCELOSE	PP	
CANDIDÍASE (Todas as formas, inclusive muco-cutânea)	PP	
CAXUMBA (Parotidite infecciosa)	PG	<i>Obs:17</i>
CELULITE (Drenagem não contida)	PC	<i>Obs:1</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i>		
Conjuntivite	PP	
Genital	PP	
Respiratória	PP	
CONJUNTIVITE		
Bacteriana Aguda	PP	
Chlamydia	PP	
Gonocócica	PP	



Viral aguda hemorrágica	PC	<i>Obs: 1</i>
CRIPTOCOSE	PP	
CISTICERCOSE	PP	
CITOMEGALOVÍRUS (Infec. neonatal ou em imunossupresso)	PP	
COQUELUCHE	PG	<i>Obs:19</i>
DENGUE	PP	<i>Obs: 4</i>
DIFTERIA		
Cutânea	PC	<i>Obs: 8 / cult (-) ou term.ATB</i>
Faringeana	PG	<i>Obs: 8 / cult (-) ou term.ATB</i>
DOENÇA CREUTZFELD-JAKOB	PP	<i>Obs: 7</i>
DOENÇA RESPIRATÓRIA INFECCIOSA AGUDA		
Adultos	PP	
Crianças e bebês	PC	<i>Obs:1</i>
VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO, em crianças e bebês e adultos imucomprometidos	PC	<i>Obs:1</i>
DOENÇA ESTAFILOCÓCICA (<i>S aureus</i>)		
Pele, ferida, queimadura		
Drenagem maior	PC	<i>Obs: 1 / Obs: 2</i>
Drenagem menor ou contida	PP	<i>Obs: 3</i>
Enterocolite	PP	<i>Obs:10</i>
Pneumonia	PP	
Síndrome da pele escaldada	PP	
Síndrome do choque tóxico	PP	
DOENÇA ESTREPTOCÓCICA (Streptococcus do grupo A)		
Pele, ferida, queimadura		



Drenagem maior	PC	<i>Até 24 hs do início do ATB</i>
Drenagem menor ou contida	PP	<i>Obs: 3</i>
Endometrite (Sepse puerperal)	PP	
Faringite (crianças e bebês)	PG	<i>Até 24 hs do início do ATB</i>
Pneumonia (crianças e bebês)	PG	<i>Até 24 hs do início do ATB</i>
Escarlatina (crianças e bebês)	PG	<i>Até 24 hs do início do ATB</i>
DOENÇA ESTREPTOCÓCICA (Streptococcus do grupo B) Neonatal	PP	
ENTEROCOLITE (Por <i>Clostridium difficile</i>)	PC	<i>Obs:1</i>
ENTEROCOLITE NECROTIZANTE	PP	
EPIGLOTITE (Por <i>Haemophilus influenzae</i>)	PG	<i>Até 24hs do início do ATB</i>
HIDATIDOSE	PP	
FURUNCULOSE ESTAFILOCÓCICA		
Crianças e bebês	PC	<i>Obs:1</i>
GANGRENA GASOSA	PP	
GASTROENTERITES		
<i>Campylobacter</i>	PP	<i>Obs:10</i>
<i>Cólera</i>	PP	<i>Obs:10</i>
<i>Clostridium difficile</i>	PC	<i>Obs:1</i>
<i>Cryptosporidium</i>	PP	<i>Obs:10</i>
<i>Escherichia coli</i>		
<i>Enterohemorrágica</i>	PP	<i>Obs:10</i>
<i>Paciente incontinente</i>	PC	<i>Obs:1</i>
<i>Outras espécies</i>	PP	<i>Obs:10</i>
<i>Giardia lamblia</i>	PP	<i>Obs:10</i>
Rotavírus	PP	<i>Obs:10</i>



Paciente incontinente	PC	<i>Obs:1</i>
<i>Salmonella</i> (incluindo <i>S typhi</i>)	PP	<i>Obs:10</i>
<i>Shigella</i>	PP	<i>Obs:10</i>
Paciente incontinente	PC	<i>Obs:1</i>
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	PP	<i>Obs:10</i>
Viral	PP	<i>Obs:10</i>
<i>Yersinia enterocolítica</i>	PP	
GONORRÉIA	PP	
HEPATITE VIRAL		
Tipo A	PP	<i>Obs:11</i>
Tipo A (Paciente incontinente)	PC	
Tipo B (HBsAg positivo)	PP	
Tipo C e outras não especificadas (Tipo D)	PP	
Tipo E	PP	
<i>Herpes simplex (Herpesvirus homini)</i>		
Encefalite	PP	<i>Obs: 1 / Obs: 12</i> <i>Obs:1</i>
Neonatal (ver obs: 12 para exposição Neonatal)	PC	
Mucocutâneo, disseminado ou primário, severo	PC	
Mucocutâneo, recorrente (pele, oral, genital)	PP	
HERPES ZOSTER (varicella-zoste)		
Localizado em paciente imunocomprometido, ou disseminado	PA / PC	<i>Obs: 1 / Obs: 13</i>
Localizado em paciente imunocompetente	PP	<i>Obs: 13</i>
HISTOPLASMOSE	PP	
IMPETIGO	PC	<i>Até 24hs do início do ATB</i>
INFLUENZA	PG	<i>Obs:1 / Obs:14</i>



INFECÇÃO DE CAVIDADE FECHADA		
Drenagem contida ou menor	PP	
Sem drenagem	PP	
<i>Clostridium</i>	PP	
<i>C botulinum</i>	PP	
<i>C difficile</i>	PC	<i>Obs:1</i>
<i>C perfringens</i> (contaminação ou gangrena gasosa)	PP	
INFECÇÕES ENTEROVIRAIS		
Adultos	PP	
Crianças e bebês	PC	
INFECÇÕES DE FERIDA		
Drenagem maior	PC	<i>Obs: 1 / Obs:2</i>
Drenagem menor ou contida	PP	<i>Obs: 3</i>
INTOXICAÇÃO ALIMENTAR		
Botulismo	PP	
<i>Clostridium perfringens /welchii</i>	PP	
Estafilocócica	PP	
INFECÇÃO por vírus <i>Parainfluenza</i>, infecção respiratória em crianças e bebês	PC	<i>Obs: 1</i>
LEGIONELOSE	PP	
LEPRA	PP	
LEPTOSPIROSE	PP	
PEDICULOSE	PC	<i>Até 24hs do início da terapia efetiva</i>
LISTERIOSE	PP	
MALÁRIA	PP	<i>Obs:4</i>



MENINGITE		
Não bacteriana ou viral		
Fúngica	PP	
<i>Haemophilus influenzae</i> , suspeito ou confirmado	PG	Até 24hs do início do ATB
<i>Listeria monocytogenes</i>	PP	
<i>Neisseria meningitidis</i> (meningocócica) suspeita ou confirmada	PG	Até 24hs do início do ATB
Pneumocócica	PP	
Tuberculosa	PP	
Outras bacterianas	PP	
MENINGOCOCCEMIA (sepse meningocócica)	PG	Até 24hs do início do ATB
MICOBACTÉRIA (Não Tuberculosa – Atípica)		
Pulmonar	PP	
Ferida	PP	
MONONUCLEOSE INFECCIOSA (Por <i>Epstein-Barr</i> vírus)	PP	
MICROORGANISMO MULTIRESISTENTES, infecção ou colonização		Obs: 16
Gastrointestinal	PC	Até a cultura negativa
Respiratória	PC	Até a cultura negativa
Pneumocócica	PP	
Pele, ferida, queimadura	PC	Até a cultura negativa
<i>Molluscum contagiosum</i>	PP	
OFTALMITE GONOCÓCICA	PP	
PARVOVÍRUS	PG	Obs: 18
PESTE		
Bubônica	PP	



Pneumônica	PG	Até 72 hs do início do ATB
PNEUMONIA		
Adenovírus	PC / PG	Obs: 1
Bacteriana não citada em outro local (incluindo por bactérias gram-negativas)	PP	
Burkholderia cepacia em pac. c/ Fibrose cística (FC)- incluindo colonização do trato respiratório	PP	Obs: 20
<i>Chlamydia</i>	PP	
Fúngica	PP	
<i>Haemophilus influenzae</i>		
Adultos	PP	
Crianças e bebês	PG	Até 24 hs do início do ATB
<i>Legionella</i>	PP	
Meningocócica	PG	Até 24 hs do início do ATB
<i>Mycoplasma</i> (Pneumonia primária atípica)	PG	Obs: 1
<i>Pneumocystis carinii</i>	PP	Obs: 21
<i>Burkholderia cepacia</i>	PP	
<i>Staphylococcus aureus</i>	PP	
<i>Streptococcus</i> , grupo A		
Adultos	PP	
Crianças e bebês	PG	Até 24hs do início do ATB
VIRAL		
Adultos	PP	
Crianças e bebês (Ver DOENÇA RESPIRATÓRIA INFECÇÃO AGUDA)		
POLIOMELITE	PP	
RUBÉOLA (Congênita)	PC	Obs: 6



RUBÉOLA (Adquirida)	PG	Obs: 22
SALMONELOSE (Ver GASTROENTERITE)		
SARAMPO (Todas as apresentações)	PA	Obs: 1
SÍFILIS Pele e membrana mucosa, incluindo congênita, primária, secundária Latente (Terciária) e soropositividade sem lesões	PP PP	
SÍNDROME KAWASAKI	PP	
SÍNDROME DE GUILLIAN-BARRÉ	PP	
<i>Hantavírus</i> (Síndrome pulmonar)	PP	
<i>Helicobacter pylori</i>	PP	
TÉTANO	PP	
TINEA (Infecção fúngica- Dermatofitose, dermatomicose)	PP	
TOXOPLASMOSE	PP	
TRICOMONÍASE	PP	
TUBERCULOSE Extra pulmonar, lesões secretantes (incluindo escrófulo) Extra pulmonar, meningite Pulmonar (confirmada ou suspeita ou lesão laríngea) Mantoux positivo sem evidência de doença pulmonar ativa	PP PP PA PP	Obs: 15 Obs: 23
TIFO (endêmico e epidêmico)	PP	
ÚLCERA DE DECÚBITO INFECTADA Drenagem maior Drenagem menor ou contida	PC PP	Obs: 1/ Obs: 2 Obs: 3
VARICELA ZOSTER		



Localizada em paciente imunocomprometido, ou disseminado	PA / PC	Obs: 1 / Obs: 13
Localizada em paciente imunocompetente	PP	Obs: 3 / Obs: 5
ZOSTER (ver Varicela zoster)		

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO

Enfª Juliana Prates

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings – Siegel, JD; et al. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee – CDC (Centers for Disease Control and Prevention) - 2007



TABELA 3. OBSERVAÇÕES

Obs: 1 - Duração da doença.
Obs: 2 - Sem curativo, ou o curativo não contém a drenagem adequadamente .
Obs: 3 - O curativo cobre e contém a drenagem adequadamente.
Obs: 4 - Instalar telas nas janelas e portas em áreas endêmicas.
Obs: 5 - Manter as precauções até que as lesões estejam crostosas. O período de incubação médio para Varicela é de 10 dias; com uma variação de 10-21 dias; após exposição, usar imunoglobulina, quando apropriado e dar alta para pacientes suscetíveis assim que possível. Instalar Precaução aérea em pacientes suscetíveis expostos, até o 21º dia pós-exposição (28º se imunoglobulina tiver sido usada).
Obs: 6 - Colocar a criança em precaução durante qualquer admissão no 1º ano de vida, a não ser que culturas de urina ou de nasofaringe sejam negativas para o vírus, após 3º mês de vida.
Obs: 7 - Precauções especiais adicionais são necessárias para o manejo e descontaminação de sangue, fluídos corporais e tecidos, como também itens contaminados de pacientes com doença suspeita ou comprovada.
Obs: 8 - Até 2 culturas negativas com intervalos de 24 horas.
Obs: 10 - Usar precauções de contato para crianças com fraldas ou incontinentes abaixo de 6 anos de idade, pela duração da doença.
Obs: 11 - Manter precauções para crianças e bebês abaixo de 3 anos de idade pela duração da hospitalização; em crianças de 3 a 14 anos de idade, até 2 semanas após o início dos sintomas e outros, até 1 semana após o início dos sintomas
Obs: 12 - Para bebês nascidos via vaginal ou cesariana e se a mãe tem infecção ativa e as membranas foram rompidas há mais de 4 a 6 hs.
Obs: 13 - Pessoas suscetíveis à Varicela estão também em risco de desenvolver Varicela quando expostas a pacientes com lesões por Herpes Zoster; assim, os suscetíveis não devem entrar no quarto se



outros funcionários imunes estiverem disponíveis.
Obs: 14 - As “diretrizes para prevenção de BCP nosocomial” recomendam quarto privativo com pressão de ar negativa, sempre que possível para pacientes com diagnóstico suspeito ou comprovado de influenza. Se isto não for possível, considerar coorte de pacientes, ou em último caso, evitar alocar pacientes de alto risco no mesmo quarto.
Obs: 15 - O paciente deve ser examinado pela possibilidade de Tuberculose Pulmonar Ativa. Se evidência existir, cuidados adicionais serão necessários. (Ver Tuberculose)
Obs: 16 - Bactérias resistentes julgadas definidas como tal pelo SCIH, baseadas na situação epidemiológica vigente e nas recomendações disponíveis.
Obs: 17 - Por 9 dias após o início do edema.
Obs: 18 - Manter as precauções durante a hospitalização quando doença crônica em paciente imunossupresso. Para pacientes com crise aplástica transitória manter as precauções por 7 dias.
Obs: 19 - Manter as precauções por 5 dias desde o início da terapia efetiva.
Obs: 20 - Evitar coorte, ou uso do mesmo quarto com um paciente de FC o qual não esteja infectado ou colonizado com B cepacia. Pessoas com FC que façam visita ou dispensam cuidados e não estejam infectadas ou colonizadas com B cepacia podem querer usar uma máscara quando a menos de 1 metro de um paciente colonizado ou infectado . (FC = Fibrose Cística)
Obs: 21 - Evitar colocar o paciente no mesmo quarto de paciente imunocomprometido
Obs: 22 - Até o 7º dia após o início do “rash”
Obs: 23 - Descontinuar os cuidados apenas quando o paciente com TB estiver em terapia efetiva, melhorando clinicamente, e tiver três, exames de escarro negativos, coletados em dias diferentes ou a TB esteja resolvida.

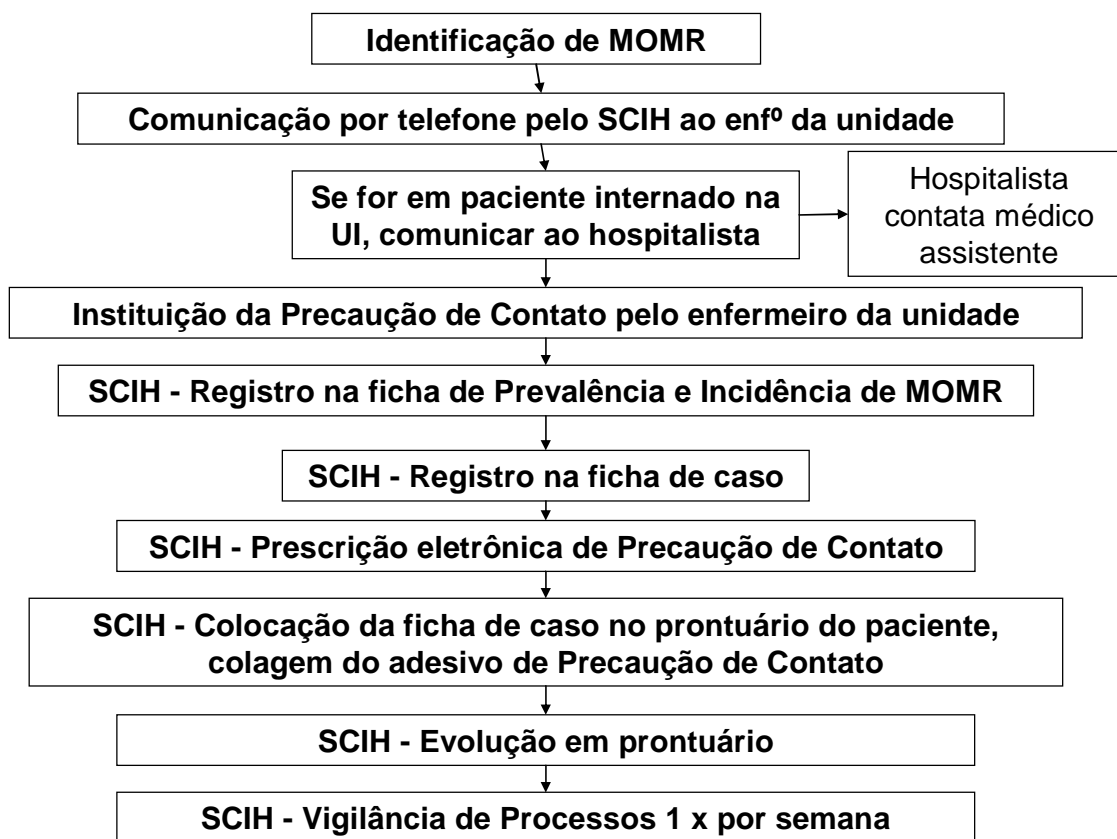


MANEJO DE PACIENTES COM MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES - MR

Acinetobacter sp Multirresistente
Pseudomonas – Multirresistente
Enterobacter sp Multirresistente
MRSA – *Staphylococcus aureus* resistente à Oxacilina
Escherichia coli produtora de ESBL²
Klebsiella sp produtora de ESBL
Proteus sp produtor de ESBL
Enterococcus resistente à Vancomicina

INSTITUIÇÃO DE MEDIDAS DE BLOQUEIO EPIDEMIOLÓGICO

FLUXO MANEJO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES



² ESBL – Beta lactamase de espectro extendido – mecanismo de resistência facilmente transmitido entre as bactérias.



Precaução para Contato - PC

1. Usar PC para pacientes com **infecções**, suspeitas ou comprovadas, ou **colonizados** com **MR**, conforme definição do SCIH;
2. Alocação dos pacientes:
 - a. Alocar os pacientes em quarto / box individual. Aplicar a seguinte hierarquia para alocação dos pacientes quando os quartos privativos não forem disponíveis:
 - i. Priorizar pacientes com condições que podem facilitar a transmissão – drenagens não contidas, incontinência fecal ou urinária, nos quartos individuais;
 - ii. Agrupar (coorte) pacientes infectados / colonizados com o mesmo patógeno e que possam ficar juntos – baixo risco de aquisição de infecção ou de desfecho adverso se a transmissão ocorrer;
 1. Nestes casos, assegurar separação espacial de ao menos 1m entre os leitos. Manter divisórias entre os leitos para minimizar o risco de contato direto.
 2. Trocar avental e higienizar as mãos entre o atendimento de pacientes diferentes que estejam ocupando o mesmo quarto.
 - iii. Evitar colocar pacientes em PC no mesmo quarto com pacientes em condições que aumentem o risco de desfechos adversos caso a infecção ocorra, ou que possam facilitar a transmissão – imunossupressos, com feridas abertas, com provável internação prolongada.
3. Alocação da Equipe Assistencial
 - a. Fazer coorte de funcionários até a erradicação / resolução dos casos, em todos os turnos, ou seja, designar o mesmo funcionário por turno para assistir o paciente;



- b. Reforçar com a equipe médica, plantonistas e assistentes, a importância de observar as orientações quanto ao uso de equipamentos compartilhados, aventais, luvas e higiene das mãos.
- 4. Higiene das Mãos: Observar a **higiene das mãos** de acordo com as orientações das Precauções Padrão e sempre que tocar na pele do paciente ou nas superfícies e artigos próximos a ele – equipamentos e grades do leito. Não esquecer de higienizar as mãos após a retirada de luvas e avental;
- 5. Luvras e Aventais
 - a. Considera-se que todas as superfícies próximas ao paciente estão contaminadas com o MR. Portanto, **as luvas e avental** devem ser vestidos sempre **ao entrar no quarto** de paciente em precaução para contato, e não somente durante os procedimentos. **Remover o avental e as luvas e higienizar as mãos somente imediatamente antes de sair do quarto / box.**
 - b. Após a remoção do avental e luvas, assegurar que o uniforme ou a pele não toquem superfícies ambientais potencialmente contaminadas para evitar a transmissão de microorganismos multirresistentes para outros pacientes ou superfícies ambientais.
- 6. Transporte do paciente
 - a. Limitar a movimentação dos pacientes para fora do quarto / box ao mínimo necessário. Quando a saída for inevitável observar que lesões estejam cobertas e os curativos secos externamente.
 - b. Usar luvas e avental limpos até a área de destino e assegurar contato mínimo com o ambiente.
 - c. Informar a área de destino sobre a condição do paciente; orientar a higienização / desinfecção dos colchonetes e troca de lençóis após o transporte;



- d. O paciente não deve ser transportado no elevador junto com outros pacientes, visitantes ou demais profissionais de saúde, somente com quem o acompanha.

7. Material de uso do paciente

- a. Manejar material / equipamento conforme descrito nas Precauções Padrão.
- b. Usar material descartável sempre que possível, ou usar material não-crítico individual, evitando o compartilhamento. Se o uso compartilhado for inevitável, limpar e desinfetar com álcool 70°, antes de usar em outro paciente.

8. Medidas ambientais

- a. Assegurar que a higienização dos quartos / boxes de pacientes em PC seja realizado por último, com foco na limpeza freqüente e desinfecção de superfícies muito “tocadas” – grades de leito, mobiliário, torneiras, maçanetas, cardex, ou equipamentos no ambiente circundante – bombas de infusão, monitores, etc.
- b. Recomenda-se que as superfícies e equipamentos próximos ao paciente, como monitores, bombas de infusão, suportes de soro, grades da cama e mesas auxiliares sejam desinfetados no mínimo 1 vez por turno, a fim de reduzir a carga microbiana.

9. Suspensão das medidas de bloqueio

- a. Para as seguintes bactérias: Klebsiella produtora de ESBL, Escherichia coli produtora de ESBL, Pseudomonas Multi / Pan-Resistente, Staphylococcus aureus resistente à Oxacilina (em culturas clínicas que não swab vestíbulo nasal):
 - i. Se não utilizou antibiótico ou se utilizou antibiótico não-efetivo contra o MR
 - 1. Uma cultura negativa do mesmo sítio em que foi isolado o MR, desde que não haja evidência de infecção (ex. secreção



traqueal, secreção em FO), coletada com intervalo de uma semana após a primeira.

ii. Se utilizou antibiótico efetivo contra o MR

1. Uma cultura negativa do mesmo sítio em que foi isolado o MR, coletada após 72 horas do término do antibiótico desde que não haja evidência de infecção.

b. Para *Staphylococcus aureus* resistente à Oxacilina em pesquisa de vigilância – swab nasal

i. Em unidade de internação

1. Um swab nasal negativo, coletado 72 horas após término da descolonização (banho com clorexidina e Bactroban®).

ii. Em CTI ou UICRE

1. Um swab nasal negativo, coletado após o término da descolonização, durante as pesquisas de vigilância.

c. *Acinetobacter* sp Resistente a Carbapenêmico

- i. Manter Precaução de Contato permanentemente (mesmo em casos de reinternações)
- ii. Se reinternação em período superior a 6 a 12 meses, e o paciente permanecendo sem fatores de risco para colonização e sem internação em instituição de saúde, deve-se realizar culturas de vigilância³ para verificar status de colonizado. Se negativo, considerar paciente descolonizado e suspender as medidas.

3 Swab de pele, perianal, faringe, sítio de inserção do cateter vascular central e ferida operatória ou úlcera de pressão (se houver) e urocultura.



PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE *Staphylococcus aureus* RESISTENTE À OXACILINA

O *Staphylococcus aureus* é um coco gram-positivo de grande importância pela sua alta virulência e patogenicidade.

Coloniza frequentemente a pele e o vestíbulo nasal e é capaz de produzir toxinas, aumentando a sua capacidade de invadir os tecidos. Relaciona-se intimamente com infecções causadas por razões intrínsecas ao paciente.

A resistência do *Staphylococcus aureus* à oxacilina (MRSA), antibiótico desenvolvido com o objetivo de substituir a penicilina no tratamento de infecções estafilocócicas, vem aumentando progressivamente em todo o mundo desde o final da década de 60.

Segundo o NNISS (National Nosocomial Infections Surveillance System, 1998), o MRSA é responsável por 40% das infecções hospitalares estafilocócicas em hospitais de grande porte.

A preocupação com este germe aumenta na medida em que surgiram, em 2002, as primeiras cepas de *Staphylococcus aureus* resistente à Vancomicina (VRSA), a partir de pacientes colonizados ou infectados com MRSA.

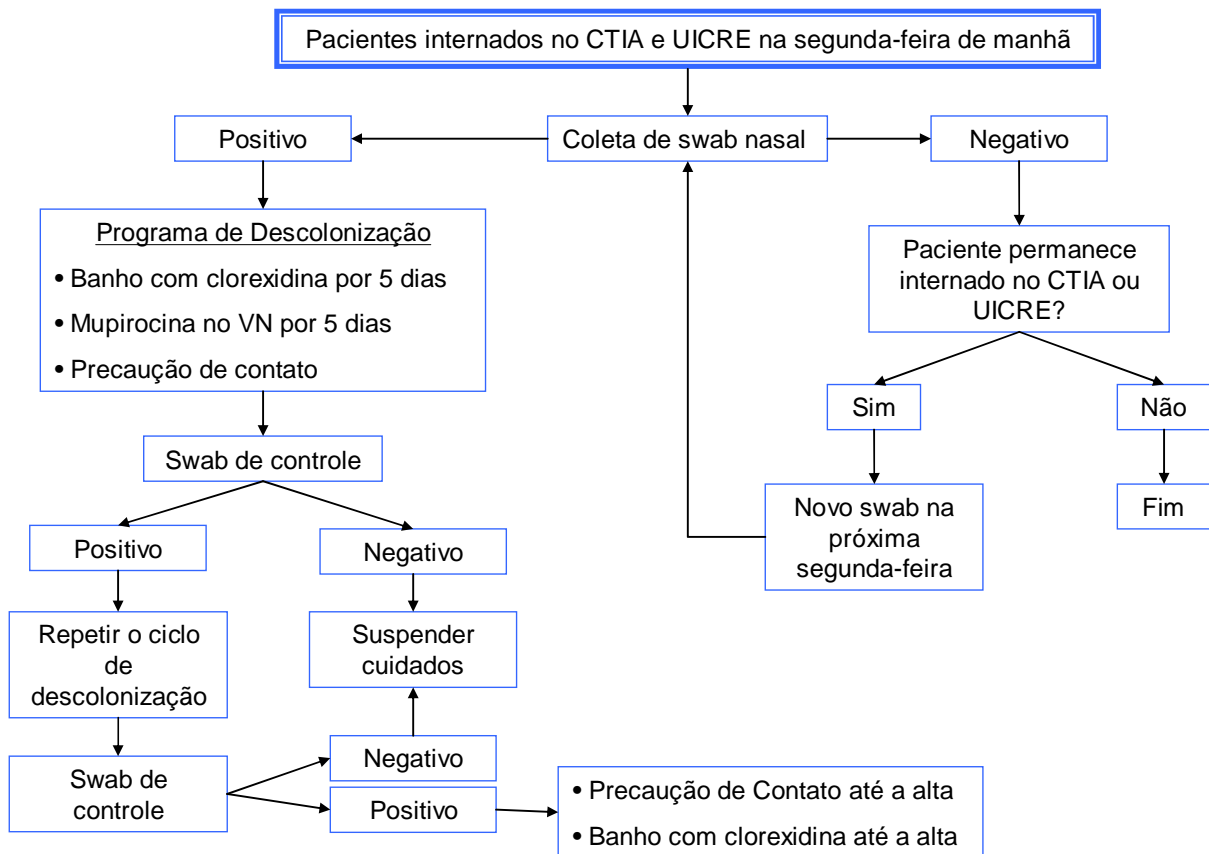
O Hospital Mãe de Deus mantém, desde 1997, um programa de controle e manejo de MRSA, visando à redução dos pacientes contaminados e conseqüentemente dos infectados por esta bactéria. O programa consiste em identificar e descolonizar pacientes com culturas positivas para MRSA internados em qualquer unidade do hospital. Nas áreas que concentram pacientes de maior risco para a aquisição deste germe - Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTI) e Unidade Intermediária de Cuidados Respiratórios Especiais (UICRE) – é realizada a vigilância semanal, isto é, coleta-se *swab* de vestíbulo nasal de todos os pacientes internados, a fim de identificá-los e descoloniza-los, diminuindo o risco da transmissão horizontal.



Passo	Quem	Descrição	Quando
1º	Enfº CTI adulto / UICRE	Coletar swab de vestíbulo nasal de todos os pacientes internados no CTI adulto/ UICRE independente do tempo de internação	Às segundas-feiras pela manhã
2º	SCIH / CTI adulto/ UICRE	Acompanhar os resultados dos culturais solicitados;	Quando recebidos do laboratório
3º	SCIH / CTI adulto / UICRE	Instituir PRECAUÇÃO DE CONTATO; Instituir rotina de descolonização: banho + mupirocina; Evoluir em prontuário; Preencher ficha de caso	Em caso de exame positivos para MRSA



PROGRAMA DE CONTROLE DE MRSA





CONDUTA PARA PACIENTES PORTADORES DE GERMES MULTIRRESISTENTES EM SETORES ESPECÍFICOS

BLOCO CIRÚRGICO, ENDOSCOPIA, HEMODINÂMICA

Antes do procedimento

O enfermeiro da unidade onde o paciente está internado deverá obrigatoriamente comunicar o enfermeiro dos setores acima conforme apropriado. De preferência, o procedimento deverá ser realizado em horário de menor fluxo, para que seja possível a limpeza adequada do ambiente.

Para a sala onde o procedimento será realizado, deverá ser encaminhada a menor quantidade possível de equipamentos, utensílios, materiais e medicações. No caso de o procedimento ocorrer no bloco cirúrgico, a bandeja de anestesia deverá ser otimizada, ou seja, levar para a sala somente os materiais que serão utilizados.

Durante o procedimento

Todos os profissionais que estiverem dentro da sala deverão utilizar aventais de manga longa e luvas, descartando-os imediatamente antes de sair. É proibido circular fora da sala com avental e luvas.

É recomendável que permaneça um circulante dentro da sala (utilizando avental e luvas) e que esta não saia. Quando for necessário providenciar algum material, outro circulante deverá fazê-lo, tendo o cuidado de não entrar na sala.

Após o procedimento

Imediatamente antes da saída da sala, os profissionais deverão retirar o avental e as luvas e lavar as mãos imediatamente, antes de tocar em outras superfícies.

Todos os artigos que permaneceram na sala, antes de retornarem à farmácia ou ao posto deverão sofrer desinfecção com álcool 70°. O que não puder ser desinfetado deverá ser desprezado.

Os resíduos considerados recicláveis devem ser destinados no lixo verde.

Higienização da sala



HOSPITAL MÃE DE DEUS
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Mesmo após a saída do paciente da sala, esta deverá ser considerada contaminada. O funcionário que for realizar a higienização da sala deverá estar paramentado (avental e luvas) e não circular fora da sala com a paramentação. Deverá ser realizada limpeza terminal da sala.

O serviço de governança é responsável pela limpeza da cama, bancadas, foco de luz, piso e paredes, e deve ser realizada com hipoclorito 1%. Já a desinfecção dos equipamentos e monitores é de responsabilidade do profissional de enfermagem e deve ser feita com álcool 70%. Todas as superfícies e equipamentos que tiverem permanecido na sala durante a cirurgia devem sofrer desinfecção, sem exceção. Atentar para os materiais utilizados na intubação e anestesia. As traquéias e os equipamentos para terapia ventilatória devem ser encaminhadas a Central de Material e Esterilização (CME) para esterilização, mesmo se o filtro tiver sido utilizado. Não é necessário nenhum cuidado adicional no reprocessamento dos materiais no CME.

Não é necessário que roupas e campos cirúrgicos sejam encaminhados separadamente à lavanderia, mas medidas devem ser tomadas para evitar a dispersão de microorganismos durante o trajeto da roupa: não arrastar o hamper no chão, fechá-lo dentro da sala, se as roupas estiverem molhadas envolver o hamper em saco plástico e encaminhá-lo imediatamente ao local de destino.

Transporte do paciente

O paciente não deve ser transportado no elevador junto com outros pacientes, visitantes ou demais profissionais de saúde, somente com quem o acompanha.

Os funcionários que realizam o transporte deverão utilizar luvas e avental, devendo ter o cuidado de não contaminar superfícies (ex. botões de elevador). A área de destino deverá obrigatoriamente ser informada de que se trata de paciente em precaução de contato, e deverá providenciar o material necessário para seguir o isolamento.

Após o transporte, deverá ser realizada limpeza da maca ou cama com água e sabão se houver sujidade visível e após desinfecção com álcool 70°.

O profissional que realiza o transporte do paciente, não deverá tocar em nenhuma superfície até que tenha retirado as luvas e o avental.

É proibido transportar sobre a cama do paciente artigos como prontuário, exames, bolsas ou pastas.



CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, NEUROLAB E PREVENCOR

Antes do procedimento

O enfermeiro da unidade onde o paciente está internado deverá obrigatoriamente comunicar o enfermeiro dos setores acima conforme apropriado. Sempre que possível, optar por realizar o exame do paciente sob Precaução para Contato no leito. Se não for possível, o exame deverá ser realizado em horários de menor fluxo, para que a limpeza da sala possa ser realizada adequadamente.

Para a sala onde o procedimento será realizado, deverá ser encaminhada a menor quantidade possível de equipamentos, utensílios, materiais e medicações, ou seja, levar para a sala somente os materiais que serão utilizados.

Durante o procedimento

Todos os profissionais que estiverem dentro da sala deverão utilizar aventais de manga longa e luvas, descartando-os imediatamente antes de sair. É proibido circular fora da sala com avental e luvas.

Após o procedimento

Mesmo após a saída do paciente da sala, esta deverá ser considerada contaminada. O funcionário que for realizar a higienização da sala deverá estar paramentado (avental e luvas) e não circular fora da sala com a paramentação. Deverá ser realizada limpeza terminal da sala.

Não é necessário que roupas e lençóis sejam encaminhados separadamente à lavanderia, mas medidas devem ser tomadas para evitar a dispersão de microorganismos durante o trajeto da roupa: não arrastar o hamper no chão, fechá-lo dentro da sala e encaminhá-lo imediatamente ao local de destino.

Procedimentos realizados no leito

Para procedimentos realizados no leito, é essencial que o profissional siga as recomendações de Precaução para Contato, isto é, utilize luvas e avental, e higienize as mãos com água e sabão ou álcool-gel antes e após o procedimento.



Além disso, após o exame deve-se realizar desinfecção com álcool 70° da chapa e do aparelho móvel. Atentar para todas as superfícies do aparelho, principalmente o local onde as chapas são colocadas, o painel, o controle e o local para apoio das mãos. Este procedimento deve ser feito imediatamente após a saída ou no próprio quarto, evitando retornar ao setor com o aparelho contaminado.



HEMODIÁLISE

Antes do procedimento

Antes da primeira sessão, o enfermeiro da hemodiálise deverá obrigatoriamente ser informado de que o paciente está em isolamento por germe multirresistente (MR).

Pacientes colonizados e/ou infectados com MR devem realizar a hemodiálise em sala separada dos demais. Sempre optar por realizar este procedimento em horário de menor fluxo de pacientes (ex. noite), para que a limpeza da sala e dos equipamentos possa ser realizada adequadamente.

Para a unidade do paciente (área ao redor deste) encaminhar a menor quantidade possível de equipamentos, utensílios, materiais e medicações, ou seja, somente os materiais que serão utilizados.

Durante o procedimento

Durante todo o procedimento, o profissional que assiste o paciente deverá seguir as precauções de contato, ou seja, utilizar luvas e avental para qualquer contato com o paciente ou os equipamentos ao seu redor. Não circular na sala ou tocar no resto do ambiente com as luvas e avental, pois assim, estará contaminando as superfícies.

Após o procedimento

Após a hemodiálise, realizar desinfecção em equipamentos e artigos utilizados nestes pacientes antes de reutilizá-los em outros. A desinfecção de superfícies, inclusive superfície externa da máquina, pinças de clampeamento das linhas e outros materiais de uso comum, deve ser realizada com álcool 70%. Deverá ser realizada limpeza terminal, pelo serviço de governança, na sala onde foi realizada a sessão.

Desprezar o capilar e linhas em lixeira que deverá estar próxima ao paciente.

A equipe deve orientar pacientes e familiares quanto às formas de transmissão e precaução.



SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA - SND

Pacientes portadores de germes multirresistentes são identificados por meio de sinalização na porta do quarto e do mapa de pacientes em isolamento, enviado semanalmente ao SND.

Nos casos de pacientes em Precaução de Contato por germes multirresistentes, o profissional de nutrição é o responsável pela entrega e recolhimento da dieta, devendo ter o cuidado de entregar e recolher a bandeja deste paciente por último.

Na entrega ou recolhimento, não é necessária a utilização de avental, porém as luvas devem ser utilizadas. O profissional deve ter o cuidado de não tocar nas superfícies ao redor do paciente.

No recolhimento, os utensílios devem ser colocados em saco branco leitoso (60 litros) dentro do quarto, e encaminhados diretamente à copa, preferencialmente sem contato com o carro. Após a retirada das luvas, a higienização das mãos é obrigatória, e pode ser feita com água e sabão ou álcool-gel. O saco que envolveu a bandeja deve ser descartado após o uso no lixo contaminado (saco branco), que deve ser disponibilizado na própria copa. Este mesmo procedimento aplica-se às refeições entregues pela cafeteria.

Não é necessário que os utensílios sejam descartáveis; podem ser lavados juntamente com os dos outros pacientes. A lavagem deve ser feita com água quente e sabão neutro, secagem em ar ambiente ou com toalhas descartáveis e posterior desinfecção com álcool 70°.



SALA DE RECUPERAÇÃO

Ao receber um paciente sob Precaução para Contato por microorganismos multirresistentes, o enfermeiro da sala de recuperação (SR) deve obrigatoriamente ser informado pelo enfermeiro do bloco cirúrgico, com tempo hábil para que possa providenciar os materiais e equipamentos necessários para proceder ao isolamento.

Tendo em vista que não é possível aloca-lo em quarto privativo na SR, o paciente deve permanecer em área o mais afastada possível dos demais, com menor trânsito de pessoas.

Se possível, prover um funcionário exclusivo para prestar os cuidados a este paciente.

Durante a assistência, sempre que o profissional tocar nas superfícies próximas (mesa de cabeceira, monitores, bombas de infusão, etc) ou mesmo no próprio paciente, utilizar luvas e avental de mangas longas.

Todos os equipamentos que entrarem em contato com o paciente deverão sofrer desinfecção com álcool 70° após o uso, incluindo termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, saturômetro, bombas de infusão, monitores, suportes de soro, aparelhos móveis de raio-x, ecografia, ECG, etc. Comadres e papagaios deverão ser de uso exclusivo para estes pacientes enquanto permanecerem na SR, ou então deverão ser lavados com água e sabão e posterior desinfecção com álcool 70° entre o uso em diferentes pacientes.

Durante a transferência intra-hospitalar, o enfermeiro da SR deve obrigatoriamente informar ao enfermeiro da área de destino de que se trata de paciente sob Precaução para Contato. Este não deve ser transportado no elevador junto com outros pacientes, visitantes ou demais profissionais de saúde, somente com quem o acompanha.

Os funcionários que realizam o transporte deverão utilizar luvas e avental, devendo ter o cuidado de não contaminar superfícies (ex. botões de elevador). A área de destino deverá obrigatoriamente ser informada de que se trata de paciente em precaução de contato, e deverá providenciar o material necessário para seguir o isolamento.



Após o transporte, deverá ser realizada limpeza da maca ou cama com água e sabão se houver sujidade visível e após desinfecção com álcool 70°.

Após a saída do paciente, a cama, colchão e grades devem ser desinfetados com álcool 70° (se houver sujidade visível proceder à limpeza com água e sabão previamente à desinfecção). A parede próxima ao paciente deve ser higienizada com água e sabão e posteriormente desinfetada com hipoclorito 1% pelo serviço de governança.



CONDUTA COM PACIENTES TRANSFERIDOS DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E GERIÁTRICAS

Com o crescente aumento do número de idosos e o processo de envelhecimento da população mundial, cria-se uma necessidade de atendimento especializado para estes pacientes. Com isso, cresce a oferta de clínicas geriátricas. Nestas instituições, concentram-se idosos que, na sua maioria, apresentam comorbidades típicas da velhice. O tempo de permanência varia, porém geralmente estende-se até o fim da vida. Nesse período, os idosos podem apresentar infecções e necessitar de utilizar algum agente antimicrobiano. É conhecido que sua utilização gera resistência microbiana. Portanto, frequentemente observa-se que estes idosos são reservatórios de microorganismos multirresistentes.

Instituições que têm dentro do seu programa de controle de infecção a vigilância e o controle da disseminação de germes multirresistentes devem destinar especial atenção a estes pacientes no momento da internação hospitalar.

Visto que a problemática da emergência de bactérias resistentes é um problema para todas as instituições hospitalares, pacientes transferidos de outros hospitais também devem ser pesquisados quanto à colonização / infecção por este tipo de agente.

Por isso, no hospital Mãe de Deus, pacientes transferidos de clínicas geriátricas ou instituições hospitalares, com período de internação de mais de 5 dias, deverão ser identificados, a fim de que sejam coletados os exames apropriados e instituída a Precaução de Contato quando necessária. Esta medida aplica-se a todas as unidades que receberem pacientes externos para internação.

Ao ingressar no hospital, o paciente deverá ser questionado pelo médico ou profissional de enfermagem se veio transferido de instituições hospitalares, onde tenha permanecido por mais de 5 dias internado, ou de instituições geriátricas. Se afirmativo, esta informação deverá ser registrada em prontuário.

A fim de identificar o status de colonizado / infectado por bactérias multirresistentes, deverá ser efetuada a solicitação (pelo médico) e a coleta dos seguintes exames:

- Pesquisa de MRSA – vestíbulo nasal – trata-se de um swab de vestíbulo nasal coletado de ambas as narinas;
- Pesquisa de multirresistente, urina – trata-se de uma coleta de amostra urinária;
- Pesquisa de multirresistente, lesão – se o paciente possui alguma lesão aberta, tal como úlcera de pressão ou ferida operatória, coletar um swab deste local;
- Pesquisa de multirresistente, aspirado traqueal – coletar uma amostra de material respiratório (aspirado traqueal ou escarro) se o paciente apresentar secreção.



No prontuário, deverá ser registrado a condição de transferido do paciente e os exames coletados.

O caso deverá ser comunicado obrigatoriamente ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH, para que o mesmo acompanhe os resultados e institua a Precaução de Contato quando necessário.



PREVENÇÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES DURANTE OS ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS

Recomendações Gerais

Os profissionais de fisioterapia devem seguir as recomendações para Precaução Padrão durante todos os seus contatos com pacientes (conforme manual de Medidas de Bloqueio Epidemiológico (MBE), em anexo)

Atendimento Fisioterápico a Pacientes em Precaução para Contato por Germes Multirresistentes

Durante todo o atendimento fisioterápico, os profissionais devem seguir as recomendações para Precaução para Contato (conforme manual de MBE).

Algumas recomendações específicas se fazem necessárias:

Saída Do Leito / Caminhada E Exercícios no Corredor

A princípio, pacientes sob Precaução Para Contato não devem sair do quarto pelo risco de transmitirem seus germes multirresistentes ao ambiente e a partir deste para os demais pacientes. A saída deverá ser precedida de uma avaliação de risco benefício.

De qualquer forma, toda a saída deve ser acompanhada por um profissional da equipe assistencial. O paciente deverá ser orientado de que, tendo em vista a sua condição, deverá ter o cuidado para não tocar nas superfícies (peitoril de janelas, balcão do posto de atendimento, poltronas).

O paciente deverá ser preparado para a saída do quarto, isto é, os curativos deverão estar limpos, secos e cobertos. A roupa / camisola também deverá estar livre de secreções ou sangue.

Paramentação

Não é necessário que o paciente utilize avental ou luvas, já o profissional que acompanha o paciente deverá estar paramentado (luvas e avental) durante todo o período. Deverá, também, não tocar e evitar que o paciente toque nas superfícies. Tudo o que for tocado pelo paciente deverá sofrer desinfecção com álcool 70%.

Equipamentos E Materiais Médico-Hospitalares

Todos os equipamentos utilizados na assistência ao paciente deverão sofrer desinfecção com álcool 70%, incluindo cadeiras, andadores, estetoscópios, etc.

Higiene de Mãos



A higiene de mãos deve ser realizada antes e após o atendimento. Pode ser higienizada por meio de lavagem com água e sabão antisséptico (clorexidina), ou solução alcoólica. Durante a assistência, se o profissional mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo (por exemplo, da ferida operatória para o trato respiratório), deverá higienizar as mãos da mesma forma.