



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 1/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

1. SUMÁRIO	
2. APRESENTAÇÃO	3
3. OBJETIVOS	3
4. PRECAUÇÕES POR TIPOS E INDICAÇÕES	3
4.1 Precaução Padrão	3
4.1.1 Higienização das Mãos	4
4.1.2 Máscara Cirúrgica, Óculos, Protetor Facial	8
4.1.3 Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes.....	8
4.2 Precauções de Contato	8
4.3 Precauções Respiratórias	10
4.3.1. Gotículas	10
4.3.2. Aerossóis	11
4.4 Precauções Ambiente protetor	12
4.5 Indicações de Precauções Respiratórias e de Contato	13
4.7 Isolamento de Bactérias Multiresistentes	18
4.7.1 Critérios para o encurtamento do isolamento	20
4.8 CULTURAS DE VIGILÂNCIA	20
4.9 SITUAÇÕES EM QUE AS MEDIDAS PREVENTIVAS DEVEM SER UTILIZADAS	21
5. VÍRUS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇAS	23
6. TUBERCULOSE PULMONAR	24
9. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	30
10. VACINAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	34
11. ACIDENTES OCUPACIONAIS COM MATERIAL BIOLÓGICO	35
11.1 RISCO DE TRANSMISSÃO	35
11.2 MATERIAIS CLÍNICOS DE RISCO	35
11.3 VACINAÇÃO PARA HBV	39
12. INFECÇÕES RELACIONADOS A PROCEDIMENTOS	40
12.1 PREVENÇÃO E TRATAMENTO	40
13. PREPARO DA PELE DO PACIENTE PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	41
14. CATETER VENOSO CENTRAL – INSERÇÃO E CUIDADOS	42
14.1 COLETA DE PONTA PARA CULTURA	44



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 2/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022	Próxima revisão: 27/10/2024
		Versão: 01	

16. ROTINA DE TROCA E PROCESSAMENTO DE PRODUTOS HOSPITALARES.....	48
17. ORIENTAÇÕES SOBRE A TROCA DE DISPOSITIVOS	52
18. ROTINA DE TROCA DE ACESSÓRIOS DE VENTILAÇÃO	55



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 3/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

2. APRESENTAÇÃO

Este manual tem o objetivo de orientar, de forma clara e objetiva, sobre as medidas básicas de prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins - HDT-UFT.

Os temas foram selecionados a partir da vivência prática e questionamentos realizados pela equipe assistencial, Chefes de Unidades, Divisões Médica e de Enfermagem ao Serviço de Controle de Infecção do HDT-UFT nos últimos anos.

São medidas essenciais para garantir a segurança dos pacientes e profissionais de saúde, diminuindo os riscos de infecção hospitalar, disseminação de bactérias multirresistentes e otimizando os recursos humanos e financeiros.

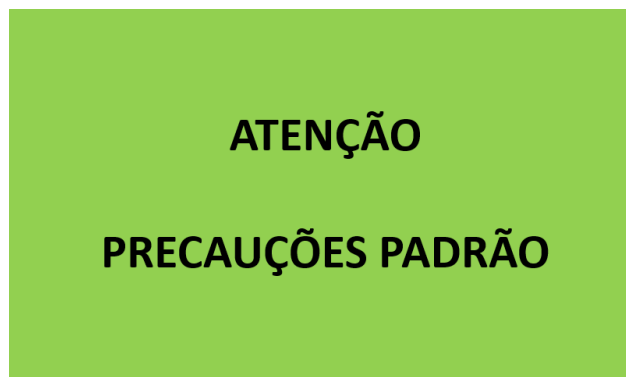
3. OBJETIVOS

- Servir como ferramenta de orientação para as ações que visam prevenir a incidência e gravidade de infecções no âmbito do HDT-UFT;
- Uniformizar e padronizar as ações de prevenção e controle de IRAS, possibilitando seu acompanhamento através de indicadores;
- Garantir uma assistência de qualidade com redução dos riscos para pacientes e profissionais.

4. PRECAUÇÕES POR TIPOS E INDICAÇÕES

4.1 Precaução Padrão

Aplicar em **todos** as situações de atendimento a pacientes. Previnem a transmissão de micro-organismos, inclusive quando ainda não ocorreu suspeita de doença transmissível. Protegem o profissional e evitam a transmissão cruzada entre pacientes. A seguir descrevemos as ações a serem realizadas neste tipo de precaução.



PRECAUÇÕES PADRÃO

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	AO CONTATO COM SANGUE E SECREÇÕES	RISCO DE RESPIGOS	DESCARTE ADEQUADO

Precaução padrão: higienizar as mãos obedecendo aos cinco momentos preconizados.
Recomendado para **TODOS** os pacientes.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 4/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

4.1.1 Higienização das Mãos

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, definidas a seguir, e a antisepsia cirúrgica das mãos, que não será abordada neste protocolo.

A higienização das mãos deve ser feita com água e antisséptico degermante ou preparação alcoólica. Higienizar após contato com fluidos corpóreos, manipular materiais e equipamentos contaminados, retirar luvas ou avental, antes e após contato com qualquer paciente

- **Higiene simples das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida;
- **Higiene antisséptica das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico;
- **Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:** aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos;
- **Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma líquida:** preparação contendo álcool, na concentração final entre 60% a 80% destinadas à aplicação nas mãos para reduzir o número de micro-organismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele;
- **Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras:** preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes de laboratório in vitro (teste de suspensão) ou in vivo, destinadas a reduzir o número de micro-organismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

Finalidade

Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

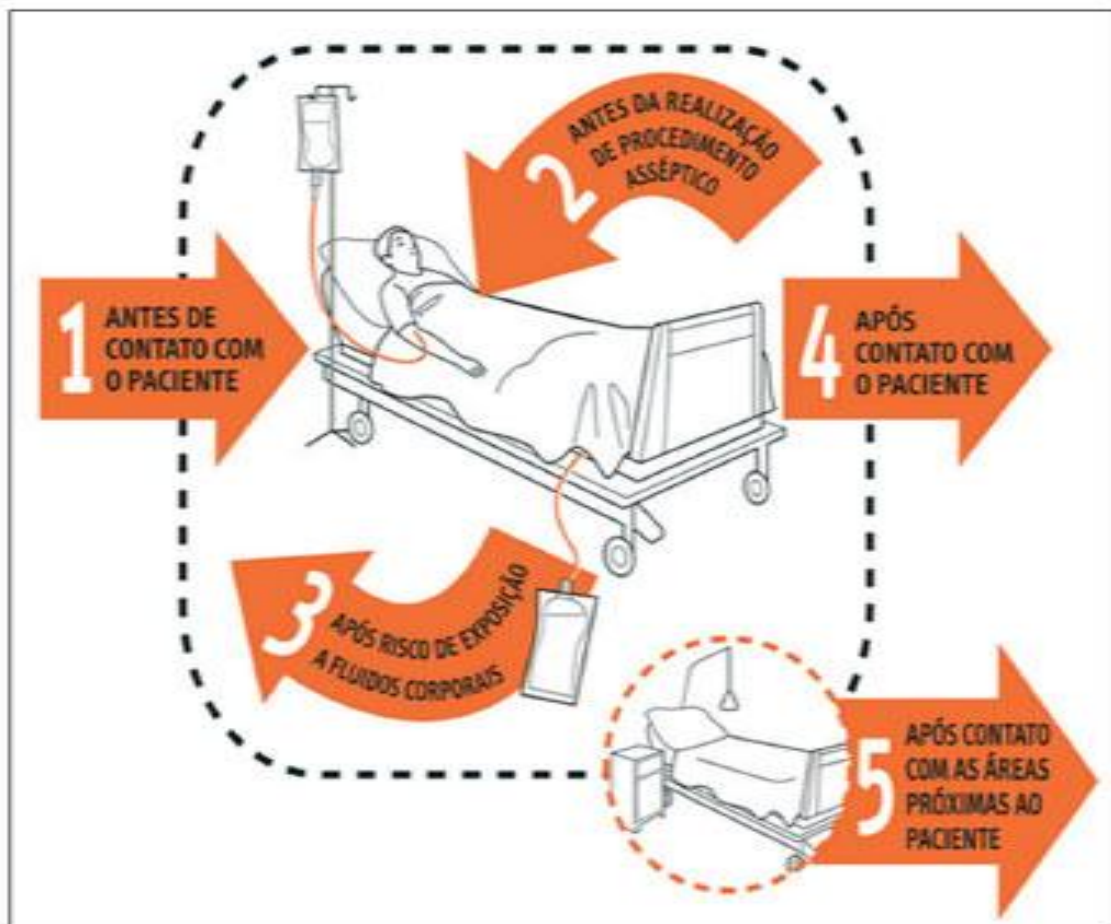
De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e a antisepsia cirúrgica das mãos.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 5/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

OS CINCO MOMENTOS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

1. Antes de tocar o paciente.
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico.
3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções (após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo), ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
4. Após tocar o paciente (antes e depois do contato com o paciente e após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas).
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente (após contato com superfícies e objetos inanimados incluindo equipamentos para a saúde nas proximidades do paciente).





Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 6/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

Indicações

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos.

As mãos devem ser lavadas quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro.

Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica.

Duração do procedimento

A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

*Técnica do procedimento:

1. Molhe as mãos com água;
2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
3. Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si;
4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
5. Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;
7. Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
8. Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
9. Enxágue bem as mãos com água;
10. Seque as mãos com papel toalha descartável;
11. No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 7/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização Simples das Mãos



Para a técnica de Higienização Anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonete líquido comum por um associado a anti-séptico.

Luvax

As luvas são obrigatórias sempre que houver risco de contato com qualquer flúido corpóreo. Calçar as luvas após a higienização das mãos. Trocar as luvas mesmo entre procedimentos no mesmo paciente, caso ocorra contato com secreções contaminantes. Calçar luvas limpas antes de manipular mucosas ou pele não íntegra do paciente. Não tocar superfícies com as luvas (ex: telefone, teclado, maçaneta). Retirar as luvas imediatamente após o uso, e higienizar as mãos em seguida.

Avental

Usar avental de manga longa sempre que houver risco de respingo ou contato da pele ou roupas do profissional com fluidos, secreções e excreções do paciente (ex: dar banho, aspirar secreção, realizar procedimentos invasivos). Vestir avental limpo antes do procedimento. Dispensar



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 8/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

no *hamper* imediatamente após o uso, e higienizar as mãos. Não usar o mesmo avental para cuidar de pacientes diferentes.

4.1.2 Máscara Cirúrgica, Óculos, Protetor Facial

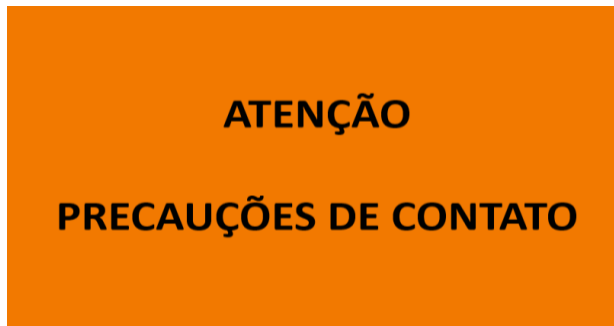
Usar sempre que houver possibilidade de exposição da face do profissional a respingos de sangue, saliva, ou outros fluidos e secreções de pacientes.

O profissional que apresentar infecção das vias aéreas (ex: resfriado) deve utilizar máscara cirúrgica até a remissão dos sintomas.

4.1.3 Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes

Não reencapar a agulha. Não desconectar a agulha da seringa antes do descarte. Disponibilizar caixas de descarte em locais de fácil acesso.

4.2 Precauções de Contato



PRECAUÇÕES DE CONTATO



HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



AO CONTATO COM PACIENTE



USO INDIVIDUAL



QUARTO PRIVATIVO

Precaução padrão: higienizar as mãos obedecendo aos cinco momentos preconizados.
Mantenha a porta do quarto **SEMPRE** fechada.
Durante transporte de paciente, conter as secreções (trocar curativos e fraldas, proteger drenos, etc).



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 9/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

Indicação

Infecção ou colonização por microrganismo multiresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas, impetigo, herpes zoster disseminado ou me imunossuprimido.

Medidas destinadas às doenças de transmissão que envolve o contato de pele a pele, através de fômites ou objetos de uso comum; bem como são recomendadas a pacientes com feridas apresentando drenagem excessiva de difícil contenção devido ao risco de contaminação ambiental. Recomenda adotar os seguintes itens:

Quarto Privativo

Área isolada ou coorte com pacientes infectados. Quando não houver disponibilidade de quarto Privativo a distância entre leitos tem que ser um metro.

Luvas

Utilizar ao contato com paciente ou material infectante, descartando-as em local adequado e lavar as mãos após sua utilização.

Avental de manga Longa

Usar sempre quando existir contato do profissional com o paciente, leito, mobiliário ou material infectante. Ele não pode ser reutilizado.

Transporte do paciente

O transporte deverá ser evitado, porém se necessário realizar ou providenciar troca de curativos para conter material infeccioso eliminado pelo paciente para evitar contaminação das superfícies. Se o paciente for encaminhado para realização de exames e procedimentos realizar a desinfecção da maca ou cadeira de rodas após o uso pelo mesmo. Sempre comunicar com antecedência a unidade para qual o paciente sendo direcionado, objetivando a recepção do mesmo.

Artigos e Equipamentos

Equipamentos como termômetros, esfignomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo de paciente e após alta do paciente devem ser desinfetados ou esterelizados.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 10/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

4.3 Precauções Respiratórias

4.3.1. Gotículas

ATENÇÃO

PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS POR GOTÍCULAS

PRECAUÇÕES PARA GOTÍCULAS




HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS




MÁSCARA CIRÚRGICA

USO PELO PROFISSIONAL



MÁSCARA CIRÚRGICA

USO PELO PACIENTE DURANTE TRANSPORTE



QUARTO PRIVATIVO

Precaução padrão: higienizar as mãos obedecendo aos cinco momentos preconizados. Mantenha a porta do quarto **SEMPRE** fechada e coloque a máscara antes de entrar.

SCIRAS Revisado em 15/01/2020

Medidas recomendadas para impedir a transmissão de microorganismo por gotículas (partículas maiores que 5 micra), são eliminadas durante a fala, respiração, tosse e aspiração de secreções. Essas partículas não permanecem em suspensão no ar, necessitando, portanto de um contato mais íntimo e próximo da fonte para ocorrer a transmissão.

Indicações : meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.

Recomenda-se :

Quarto Privativo

Quando não estiver disponível de quartos privativos, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo organismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.

Máscara

De máscara cirúrgica durante todo o período de transmissibilidade de cada doença, para todas as pessoas que entrarem no quarto. Desprezá-la a saída de cada quarto.

Transporte do paciente

O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá permanecer de máscara durante todo o seu percurso.

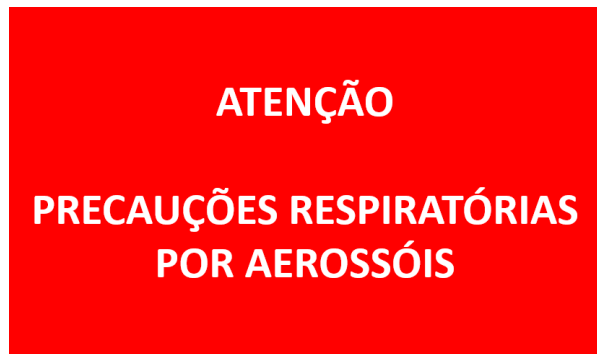


Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 11/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

4.3.2. Aerossóis

Medidas recomendadas para impedir a transmissão de microorganismos por pequenas partículas, com tamanhos inferior a 5 micra (aerossóis), que podem permanecer suspenso no ar por longos períodos de tempo, dispersando-se com maior facilidade a grande distância, podendo ser inaladas e causar infecções em indivíduo susceptível.

Indicações : tuberculose pulmonar ou laríngea, varicela, sarampo, herpes zoster.



PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS POR AEROSSÓIS

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	USO PELO PROFISSIONAL	USO PELO PACIENTE DURANTE TRANSPORTE	QUARTO PRIVATIVO

Precaução padrão: higienizar as mãos obedecendo aos cinco momentos preconizados. Mantenha a porta do quarto **SEMPRE** fechada e coloque a máscara antes de entrar.

SCIRAS Revisado em 15/01/2020

Quarto privativo

Manter a porta sempre fechada. Devem dispor de sistema de ventilação com pressão negativa e trocas de ar (6/6 horas) para o ambiente externo (longe de calçadas, janelas que podem ser abertas). Quando não estiver disponibilidade de quartos privativos, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microorganismo. Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes de tuberculose.

Máscara

Uso de máscara (PFF2 e N95) com capacidade de filtrar partículas menores do que 3 um, coloca – la antes da entrada do quarto e retira-la após a saída do mesmo.

Transporte do paciente

O transporte deve ser evitado, mas quando se fizer necessário o paciente deverá usar a **máscara cirúrgica** durante a sua permanência fora do quarto.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 12/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

4.4 Precauções Ambiente protetor

Considerando o perfil do HDT/UFT, seguir rigorosamente para este tipo de precauções:

Será instituído principalmente em pacientes imunodeprimidos e neutropênicos, a fim de garantir a proteção do paciente contra infecções.



AMBIENTE PROTETOR

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Luvas e máscara
AO CONTATO COM PACIENTE

Equipamento de proteção individual
USO INDIVIDUAL

QUARTO PRIVATIVO

Precaução padrão: higienizar as mãos obedecendo aos cinco momentos preconizados. Mantenha a porta do quarto **SEMPRE** fechada e coloque a máscara antes de entrar.

SCIRAS Revisado em 15/01/2020

Indicações:

- Doença imunossupressivas de uma maneira em geral(ex: leishmaniose visceral);
- Paciente recebendo terapia imunossupressiva (até o termino da terapia);
- Paciente com linfoma e leucemia;
- Queimaduras e dermatites eczematosas. Bolhas ou vesiculares não infectadas, extensas e graves (até a cura evidente da superfície da pele).

Quarto privativo

Manter porta fechada com filtro EPA de pressão positiva.

Limitar visitas e evitar contato com qualquer outra pessoa com quadro infeccioso (inclusive funcionários).

Luvas de Procedimentos

Utilizar no contato com o paciente ou material infectante, descartando- as após o uso e higienização das mãos.

Máscara cirúrgica

Obrigatório uso de máscara cirúrgica, até que os exames indiquem melhoras comprovada através de exames



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 13/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

4.5 Indicações de Precauções Respiratórias e de Contato

ATENÇÃO

PRECAUÇÕES POR AEROSSÓIS/CONTATO

PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS POR AEROSSÓIS/CONTATO

AO CONTATO COMO PACIENTE

USO PELO PROFISSIONAL

USO PELO PACIENTE DURANTE TRANSPORTE

USO INDIVIDUAL

QUARTO PRIVATIVO

Precaução padrão: higienizar as mãos obedecendo aos cinco momentos preconizados. Mantenha a porta do quarto **SEMPRE** fechada e coloque a máscara antes de entrar.

SCIRAS Revisado em 15/01/2020

ATENÇÃO

PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS

Precaução Específica

Higiene das mãos

Gorro

Máscara cirúrgica

Óculos

Avental

Luvas

Quarto privativo

- ◆ Higienize as mãos antes de acessar o quarto do paciente.

◆ Ainda fora do quarto, coloque os EPIs na seguinte ordem: gorro, máscara, óculos e avental.

◆ Após acessar o quarto do paciente, higienize novamente as mãos e coloque as luvas.

◆ Após assistir o paciente, retire os EPIs da seguinte forma e nessa ordem, ainda dentro do quarto: retire as luvas, higienize as mãos, retire o avental, e higienize as mãos.

◆ Retire as luvas. Higienize as mãos. Retire a máscara e o gorro. Higienize as mãos e o óculos com água e sabão.
- ◆ Quando realizar procedimentos que gerem aerossol (IOT, RCP, indução de escarro, aspiração, VNI, ventilação manual, coletas de amostras nasofaríngeas e broncoscópias), o uso da máscara PFF2 (N95) é recomendado para todos os profissionais durante o internamento.

◆ O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

◆ Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

◆ Os EPIs devem ser descartados como resíduos biológicos.

SCIRAS Revisado em 15/01/2020



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 14/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

A) SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE REQUEREM PRECAUÇÕES EMPÍRICAS

Precauções para:	Condição clínica	Possibilidade diagnóstica que justifica a precaução
Aerossois	Exantema Vesicular	Varicela, Herpes Zoster disseminado
	Exantema maculopapular com febre e coriza	Rubeola, Sarampo
	Tosse, Febre, Infiltrado Pulmonar em pacientes HIV+	Tuberculose
Gotículas	Menigite	D. Meningocócica
	Petéquias e febre	D. Meningocócica
	Tosse persistente e paroxística ou severa durante períodos de ocorrência de Coqueluche.	Coqueluche
Contato	Diarréia aguda infecciosa em paciente incontinente ou em uso de fralda	Bactérias ou vírus entéricos
	Diarréia em adulto com história de uso recente de antimicrobiano	<i>Cloristidium difficile</i>
	Exantema vesicular*.	Varicela, Herpes Zoster disseminado
	Bronquiolite em lactentes e crianças jovens.	VRS, Vírus Parainfluenza, Metapneumovírus
	História de colonização ou infecção por bactéria multi-R.	Bactéria multi – R
	Internação recente em outro hospital ou instituição de longa permanência.	Bactéria multi-R
	Abscessos ou feridas com drenagem de secreção não contida pelo curativo.	<i>Sthapylococcus</i> / <i>Streptococcus</i>

*Categoria que exige duas categorias de isolamento



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 15/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

b) Relação das doenças e agentes infecciosos, e precauções indicadas.

Doença ou agente infeccioso	Tipo de Precaução	Período
ACTINOMICOSE	Padrão	
ADENOVÍRUS		
▪ Conjuntivite	Contato	Durante a doença
▪ Infecção pulmonar em pediatria	Gotículas + Contato	
ASPERGILOSE	Padrão	
BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES (ver capítulo "Bactérias multirresistentes")	Contato	Até a alta hospitalar
BLASTOMICOSE SULAMERICANA (<i>P. brasiliensis</i>): pulmonar ou cutânea	Padrão	
BRONQUIOLITE (Lactente e pré-escolar)		
▪ Sem agente definido	Contato	
▪ VRS/Parainfluenza/Metapneumovírus/Bocavírus	Contato	Durante a doença
▪ Influenza	Gotículas	
▪ Adenovírus/Rinovírus	Contato + Gotículas	
CANDIDÍASE (todas as formas)	Padrão	
CAXUMBA	Gotículas	9 dias após tumefação
CITOMEGALOVÍRUS	Padrão	Evitar que gestantes prestem assistência direta ao portador de CMV
<i>Clostridium perfringens</i> Gangrena gasosa ou intoxicação alimentar	Padrão	
<i>Clamídia trachomatis</i> Conjuntivite, respiratória e genital (Cancro Mole)	Padrão	
CÓLERA	Contato	Durante a doença
COLITE PSEUDOMEMBRANOSA (<i>Clostridium difficile</i>)	Contato	Durante a internação
CONJUNTIVITE		
▪ Bacteriana (gonocócica, <i>C. trachomatis</i> , outras)	Padrão	
▪ Viral aguda (hemorrágica)	Contato	Durante a doença
COQUELUCHE	Gotículas	5 dias de terapia eficaz
CORONAVÍRUS	Aerossóis + Contato	Durante a doença
CREUTZFELDT-JACOB (Doença da Vaca Louca)	Padrão	
CRIPTOCOCOSE	Padrão	
DENGUE	Padrão	
DIFTERIA		
▪ Cutânea	Contato	Terapia eficaz e duas culturas negativas com intervalo de 24h
▪ Faríngea	Gotículas	
ENTEROCOLITE NECROTIZANTE	Padrão	
ENTEROVIROSE (Coxsackie ou Echovirus)		
▪ Adulto	Padrão	
▪ Lactente e pré-escolar	Contato	Durante a doença
EPIGLOTITE (<i>Haemophilus influenzae</i>)	Gotículas	24h de terapia eficaz
ERITEMA INFECCIOSO (ver Parvovírus B19)		
ESCABIOSE	Contato	24h de terapia eficaz
ESQUISTOSSOMOSE	Padrão	
EXANTEMA SÚBITO (Roséola)	Padrão	
FEBRE AMARELA	Padrão	
FEBRE TIFÓIDE		
▪ Paciente continente	Padrão	
▪ Paciente incontinente ou uso de fralda	Contato	Durante a doença
GASTROENTERITE		
▪ <i>Campylobacter</i> Cólera, <i>Clostridium difficile</i> , <i>Criptosporidium</i>	Contato	Durante a doença
▪ <i>Escherichia coli</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , Rotavírus		
- Paciente continente	Padrão	



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 16/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

▪ <i>Chlamydia</i> , <i>Legionella spp</i> , <i>S.aureus</i>	Padrão	
▪ <i>Haemophilus influenzae</i>		
- Adultos	Padrão	
- Pacientes pediátricos	Gotículas	24h de terapia eficaz
▪ <i>Mycoplasma</i>	Gotículas	Durante a doença
▪ <i>Pneumocystis carinii</i>	Padrão (5)	
▪ <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Padrão	
RAIVA	Padrão	
RIQUETSIOSE	Padrão	
RINOVÍRUS	Contato+Gotículas	Durante a doença
ROTAVÍRUS e outros vírus causadores de gastroenterite		
▪ Paciente continente	Padrão	
▪ Paciente incontinente ou em uso de fralda	Contato	Durante a doença
RUBÉOLA		
▪ Congênita	Contato (6)	Até 1 ano de idade
▪ Adquirida	Gotículas	7 dias após início do exantema
SALMONELOSE (inclusive Febre Tifóide)		
▪ Paciente continente	Padrão	
▪ Paciente incontinente ou uso de fralda	Contato	Durante a doença
SARAMPO	Aerossóis	Durante a doença
SHIGELOSE		
▪ Paciente continente	Padrão	
▪ Paciente incontinente ou uso de fralda	Contato	Durante a doença
SÍFILIS (qualquer forma)	Padrão	
<i>Staphylococcus aureus</i>		
▪ Pele, ferida e queimadura:		
- com secreção não contida	Contato	Durante a doença
- com secreção contida	Padrão	
▪ Furunculose		
- Lactentes e pré-escolares	Contato	Durante a doença
- Demais pacientes	Padrão	
▪ Enterocolite		
- Paciente continente	Padrão	
- Paciente incontinente ou uso de fralda	Contato	Durante a doença
▪ Síndrome da pele escaldada	Padrão	
▪ Síndrome do choque tóxico	Padrão	
<i>Streptococcus</i> Grupo A (<i>S. pyogenes</i>)		
▪ Faringite: lactante e pré-escolar		
▪ Escarlatina: lactante e pré-escolar	Gotículas	24h de terapia eficaz
▪ Pneumonia: lactante e pré-escolar		
▪ Endometrite (sepse puerperal)	Padrão	
▪ Pele, ferida e queimadura:		
- com secreção contida	Padrão	
- com secreção não contida	Contato + Gotículas	24h de terapia eficaz
<i>Streptococcus</i> Grupo B (<i>S. agalactiae</i>) ou Grupo não A não B	Padrão	
TÉTANO (<i>Clostridium tetanii</i>)	Padrão	
TIFO endêmico e epidêmico (não é Febre Tifóide)	Padrão	
TINEA	Padrão	
TOXOPLASMOSE	Padrão	
TRACOMA AGUDO	Padrão	
TRICOMONÍASE	Padrão	
TUBERCULOSE		
▪ Pulmonar ou laríngea (suspeita ou confirmada)	Aerossóis	3 pesquisas BAAR negativas após 15 dias de



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 17/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

- Incontinente ou em uso de fraldas	Contato	Durante a doença
GANGRENA GASOSA	Padrão	
GONORRÉIA	Padrão	
GUILLAIN-BARRÉ , Síndrome de	Padrão	
HANSENÍASE	Padrão	
HANTAVIROSE	Padrão	
HEPATITE VIRAL		
▪ Vírus B, vírus C e outros	Padrão	
▪ Vírus A	Padrão	
- Se uso de fraldas ou incontinente	Contato (1)	Durante a doença
HERPES SIMPLES		
▪ Encefalite	Padrão	
▪ Mucocutâneo recorrente	Padrão	
▪ Mucocutâneo disseminado ou primário grave	Contato	Até lesões virarem crostas
▪ Neonatal	Contato (2)	
HERPES ZOSTER		
▪ Localizado em imunocompetente	Padrão	
▪ Localizado em imunossuprimido, ou disseminado	Contato+Aerossóis	Até lesões virarem crostas
HIDATIDOSE	Padrão	
HISTOPLASMOSE	Padrão	
HIV	Padrão	
IMPETIGO	Contato	
INFLUENZA (A,B,C)	Gotículas	Durante a doença
INTOXICAÇÃO ALIMENTAR <i>C. botulium, C. perfringens, C. welchii, S. aureus</i>	Padrão	
KAWASAKI , Síndrome de	Padrão	
LEGIONELOSE	Padrão	
LEPTOSPIROSE	Padrão	
LISTERIOSE	Padrão	
LYME , Doença de	Padrão	
LINFOGRANULOMA VENÉREO	Padrão	
MALÁRIA	Padrão	
MENINGITE		
▪ <i>N. meningitidis</i> ou <i>H.influenzae</i> (suspeita ou confirmação)	Gotícula (3)	24h de terapia eficaz
▪ <i>M. tuberculosis</i> ,	Padrão (4)	
▪ fungos, vírus, <i>S. pneumoniae</i> , Enterobactérias, <i>Listeria</i> , outras bactérias	Padrão	
MENINGOCOCCEMIA	Gotículas (3)	24h de terapia eficaz
MICOBACTERIOSE ATÍPICA (não TB)	Padrão	
MOLUSCO CONTAGIOSO	Padrão	
MONONUCLEOSE INFECCIOSA	Padrão	
MUCORMICOSE	Padrão	
NOCARDIOSE	Padrão	
PARASITOSE INTESTINAL (amebíase, ascaridíase, estrogiloidíase, giardíase, oxiuríase, teníase, tricuriase)	Padrão	
PARVOVÍRUS B19		
▪ Doença crônica em imunossuprimido	Gotículas	Durante internação
▪ Crise aplástica transitória ou de células vermelhas	Gotículas	Durante 7 dias
PEDICULOSE	Contato	24h de terapia eficaz
PESTE		
▪ Bulbônica	Padrão	
▪ Pneumônica	Contato	3 dias de terapia eficaz
PNEUMONIA		
▪ Adenovírus	Contato + gotículas	Durante a doença
▪ Influenza	Gotículas	Durante a doença



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 18/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

		tratamento
▪ Extra-pulmonar e não laríngea	Padrão	
VARICELA	Aerossóis + Contato	Até lesões virarem crostas
VÍRUS PARAINFLUENZAE		
▪ Pacientes pediátricos	Contato	Durante a doença
VÍRUS SINICIAL RESPIRATÓRIO		
▪ Pacientes pediátricos	Contato	Durante a doença
ZIGOMICOSE	Padrão	

- (1) Duração das precauções de contato: durante toda a hospitalização para crianças < 3 anos; duas semanas após início dos sintomas para crianças de 3-14 anos; uma semana para >14 anos.
- (2) Para recém-nascido assintomático, porém exposto a infecção materna ativa, nascido por via vaginal ou cesariana, com ruptura de membranas por mais de 4-6 horas: manter precauções de contato até obter culturas virais de superfície negativas, colhidas após 24-36 horas do nascimento.
- (3) Não é necessário completar o esquema profilático do acompanhante de paciente pediátrico com meningite antes de suspender o isolamento.
- (4) Investigar tuberculose pulmonar ativa.
- (5) Evitar compartilhar quarto com paciente imunossuprimido.
- (6) Manter precauções até 1 ano de idade (a menos que cultura viral de urina e nasofaringe sejam negativas, após 3 meses de idade).

4.7 Isolamento de Bactérias Multiresistentes

A infecção hospitalar por bactéria multiresistente piora o prognóstico do paciente. Para prevenir a transmissão dessas bactérias são extremamente importantes:

- Precauções padrão ao atender qualquer paciente, com destaque para a higiene das mãos;
- Precauções de contato ao atender os portadores de bactérias multiresistentes.

Recomenda:

Manter Proteção de contato :

Os portadores de bactérias de acordo com os critérios microbiológicos de sensibilidade/resistência.

Padrão de Resistência de Microorganismo a serem mantidos em Precauções de Contato.

BACTÉRIA	PADRÃO
Pseudomonas aeruginosa	Ceftazidima/Cefepime R ou Imipenem/Meropenem R
Acinetobacter baumannii	Ceftazidima R ou imipenem/ Meropenem R



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 19/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

Enterobactérias(Klebsiella sp,Enterobacter sp, Serratia sp, Escherichia coli)	Cefalosporina de terceira e quarta geração R ou ESBL ou carbamapenase + ou cabapenêmicos R
Staphylococcus aureus	Oxacilina R ou Vancomicina R
Enterococcus spp	Vancomicina R

Medidas a serem adotadas em pacientes colonizados/infectados por Bactérias Multirresistentes:

- Manter em quarto privativo;
- Intensificar e estimular a higiene das mãos com lavagem das mãos e/ou preparações alcoólicas à 70%;
- Utilizar os equipamentos de proteção individual de acordo com as orientações da SCIRAS;
- Evitar o excesso de materiais de consumo como caixas de luvas, cateteres de aspiração, creme hidratante e shampoo ao lado do leito do paciente. Deve-se levar p quantitativo a ser utilizado na assistência naquele dia e individualizar uso de produtos de higiene e conforto;
- Higienização com álcool 70% monitores e bombas (equipamentos médico hospitalares ao final de cada turno de trabalho);
- Realizar rigorosamente limpeza e desinfecção concorrente no mínimo 2 vezes ao dia;
- Restringir circulação de pessoas(estudantes, estagiários, visitantes e acompanhantes);
- Realizar banho diário com clorexidina degermante 2-4% em todos os pacientes portadores de bactérias multiresistentes.

Transporte, Transferência e Remoção.

Os pacientes devem ser **RIGOROSAMENTE IDENTIFICADOS** caso sejam transportados, transferidos entre unidades de internação ou removidos para unidade hospitalar. Deverão ser informados: pessoal assistencial da ambulância ou veículo de transporte; Serviço de Controle de infecção Relacionada à Assistência à saúde – SCIRAS da unidade para onde o paciente será transferido; responsáveis pela central de regulação de leito; unidade para onde o paciente será transferido.

Orientações para alta hospitalar:

Se for para o domicílio o paciente deverá receber um documento (relatório/anotação no CARTÃO DE ALTA) que o identifique como portador de enterobactéria produtora de carbapenemase tipo KPC, que terá importância para seu correto manejo, caso o paciente venha precisar de novas internações.

Após a alta, realizar limpeza terminal rigorosa e minuciosa das superfícies fixas,



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 20/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

equipamentos, e saída de gases da unidade do paciente. Deve-se dar atenção especial à inspeção dos colchões, com substituição daqueles que apresentarem ruptura do cobrimento.

Descartar ou enviar para outra unidade no caso de transferência – os materiais de consumo diário que estavam no leito (esparadrapo, aze, fralda, seringas, sondas, etc) vale ressaltar a necessidade da limpeza das áreas e objetos adjuntos, posto de enfermagem, sala de prescrição, maçanetas, teclados de computadores, telefones e outros.

É importante esclarecer para o paciente e seus familiares que, fora de um ambiente hospitalar, essas bactérias representam risco mínimo na comunidade.

Tempo de isolamento

Até a alta do paciente;

Por que mesmo os pacientes que recebem antibióticos permanecem colonizados após a cura da infecção, podendo transmitir a bactéria para outros pacientes através das mãos profissionais.

O tempo de isolamento pode ser incurtado, em alguns casos, mas isso não deve ser uma regra. Se houver previsão de estadia muito prolongada do paciente o caso pode ser avaliado individualmente pela SCIRAS para verificar a possibilidade de suspender o isolamento antes da alta.

4.7.1 Critérios para o encurtamento do isolamento

Dois culturas negativas consecutivas, com intervalo de uma semana, preferencialmente em dois materiais, de acordo tabela abaixo:

BACTÉRIA	MATERIAL RECOMENDADO
<i>S. aureus</i>	Prega Cutânea, narinas
<i>P. aeruginosa</i>	Secreção traqueal
<i>A. baumannii</i>	Secreção traqueal, prega cutânea
<i>Klebsiella sp, Enterococcus sp.</i>	Swab retal
<i>Enterococcus sp.</i>	Swab retal

4.8 CULTURAS DE VIGILÂNCIA

Recomendações para Admissão de Pacientes Provenientes de Outras Instituições de Saúde na Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde.

A comissão de Controle de Infecção Hospitalar, instituída pela Portaria nº 006, de 13 de



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 21/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

junho de 2016, publicada no Boletim de Serviço nº 171, de 17 de junho de 2016, no uso de sua atribuição que lhe confere o inciso XI do art. 16 e inciso VII do Art. 19 do Regimento Interno aprovado pelos Membros presentes na primeira reunião ordinária e,

Considerando que a Infecção Relacionada à Assistência à Saúde- IRAS se apresenta como um dos principais problemas da assistência em serviços de saúde, ocasionando aumento da morbimortalidade, aumento da taxa de utilização de antimicrobianos, possibilidade de desencadeamento de surtos e aumento da permanência hospitalar, agregandi-se a isso, custos indiretos para as instituições e conseqüentemente aos usuários dos sistemas de - saúde (público e privado);

Considerando a necessidade de controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) por meio de medidas que visem interromper a cadeia de transmissão e, dentre essas infecções, destacamos as causadas por bactérias multirresistentes – bactérias que conferem resistências a duas ou mais drogas, de classes distintas, para as quais as bactérias são habitualmente sensíveis;

Considerando que neste HU recebe pacientes que vem de outras instituição deve ter instituída uma rotina que permita, na internação do paciente, evitar e ou controlar a disseminação de microorganismos multiresistentes entre os outros pacientes internados;

4.9 SITUAÇÕES EM QUE AS MEDIDAS PREVENTIVAS DEVEM SER UTILIZADAS

- Pacientes transferidos de outra instituição (hospitalar ou home care) ou que tnhá permanecido internado por no mínimo 48 horas e que tenha sido submetido a dispositivo invasivo como : sonda vesical, cateter venoso central, intubação orotraqueal, traqueostomia ou que tenha realizado procedimento cirurgico.
- Pacientes que tiveram passagem por UTI nos últimos 90 dias ou internação hospitalar prolongada.

Medidas recomendadas

1. Colocar o paciente sob precauções de contato, preferencialmente em quarto privativo;
2. Proceder à coleta das culturas de vigilância no momento da internação.

ATENÇÃO:

- a. **A solicitação de swab de vigilância deve ser realizada pelo médico (a) que admitir o paciente ou enfermeiro (a) do plantão na enfermaria;**
- b. Registrar na solicitação que se trata de cultura de vigilância;



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 22/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

3. Preconiza-se as coletas abaixo:

- ✓ **Urocultura** se o paciente esteve/está em uso de sonda vesical de demora (SVD) ou apresenta infecção do trato urinário (ITU);
 - ✓ **Swab nasal** (recomendado principalmente nas unidades de internação pediátrica)
 - ✓ **Swab retal** (o laboratório deve ser informado do objetivo do exame, principalmente para identificação do *Enterococcus* resistente à vancomicina (ERV), Bactérias Produtoras de Carbapenemase (KPC), *Pseudomonas* e *Acinetobacter* multirresistentes; importante solicitar simultaneamente Swab nasal e retal para o paciente adulto.
 - ✓ **Aspirado traqueal** se o paciente estiver intubado ou traqueostomizado;
 - ✓ **Cultura de secreção de Lesão por Pressão, de ferida cirúrgica e de outras lesões visíveis de pele;**
 - ✓ **Hemocultura** (se o paciente estiver séptico ou a critério médico);
4. A suspensão das precauções de contato deverá ser decidida após o resultado das culturas de vigilância, procedimento que deve ser decidido em acordo com o SCIRAS;
5. Após os resultados das culturas de vigilância, manter precauções de contato **até a alta se forem detectadas bactérias multirresistentes; e nas readmissões observar a ficha do prontuário onde consta informação com a data do resultado do exame;**
6. Seguir as recomendações específicas para pacientes com **RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS ENCAMINHADAS PELA CCIRAS N° 002/2017 SVSSP/SCIRAS, “Rotina de Atendimento e Contenção de Disseminação de *Enterobactérias* produtoras de *carbapenemases* e outras **bactérias multirresistentes (MR)”** e Troca de dispositivos de pacientes provenientes de outros serviços, bem como as orientações do protocolo de higienização das mãos.**



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 23/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

5. VÍRUS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇAS

NORMAS PARA A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO HOSPITALAR

Bronquiolite e pneumonia em lactentes e pré-escolares são freqüentemente causadas por vírus respiratórios altamente transmissíveis: Vírus Sincicial Respiratório (VRS), Parainfluenza, Adenovírus, Influenza, Metapneumovírus.

As seguintes medidas são preconizadas para prevenção da transmissão intra-hospitalar:

1. Para pacientes suspeitos e com indicação de internação, colher secreção de orofaringe já no pronto atendimento, para pesquisa de antígenos virais.
2. Ao internar, informar o diagnóstico de bronquiolite para adequado manejo de leitos de isolamento.
3. Todos os casos suspeitos devem ser mantidos em Precauções de Contato (em quarto privativo ou coorte).
4. Destinar profissionais exclusivos para atendimento a esses pacientes.
5. As atividades de recreação devem seguir os princípios das Precauções de Contato, com atividades recreativas no próprio leito, brinquedos exclusivos e desinfetados a cada 12 horas.
6. Orientar os acompanhantes a não manterem contato físico com as demais crianças internadas.
7. Uma vez identificada a etiologia, mudar o tipo de precaução conforme o agente (vide tabela abaixo). Casos suspeitos que permaneçam sem diagnóstico etiológico devem ser mantidos em Precauções de Contato.
8. As precauções devem ser mantidas até a alta hospitalar, ou até a remissão dos sintomas respiratórios caso o paciente permaneça internado por outros motivos.

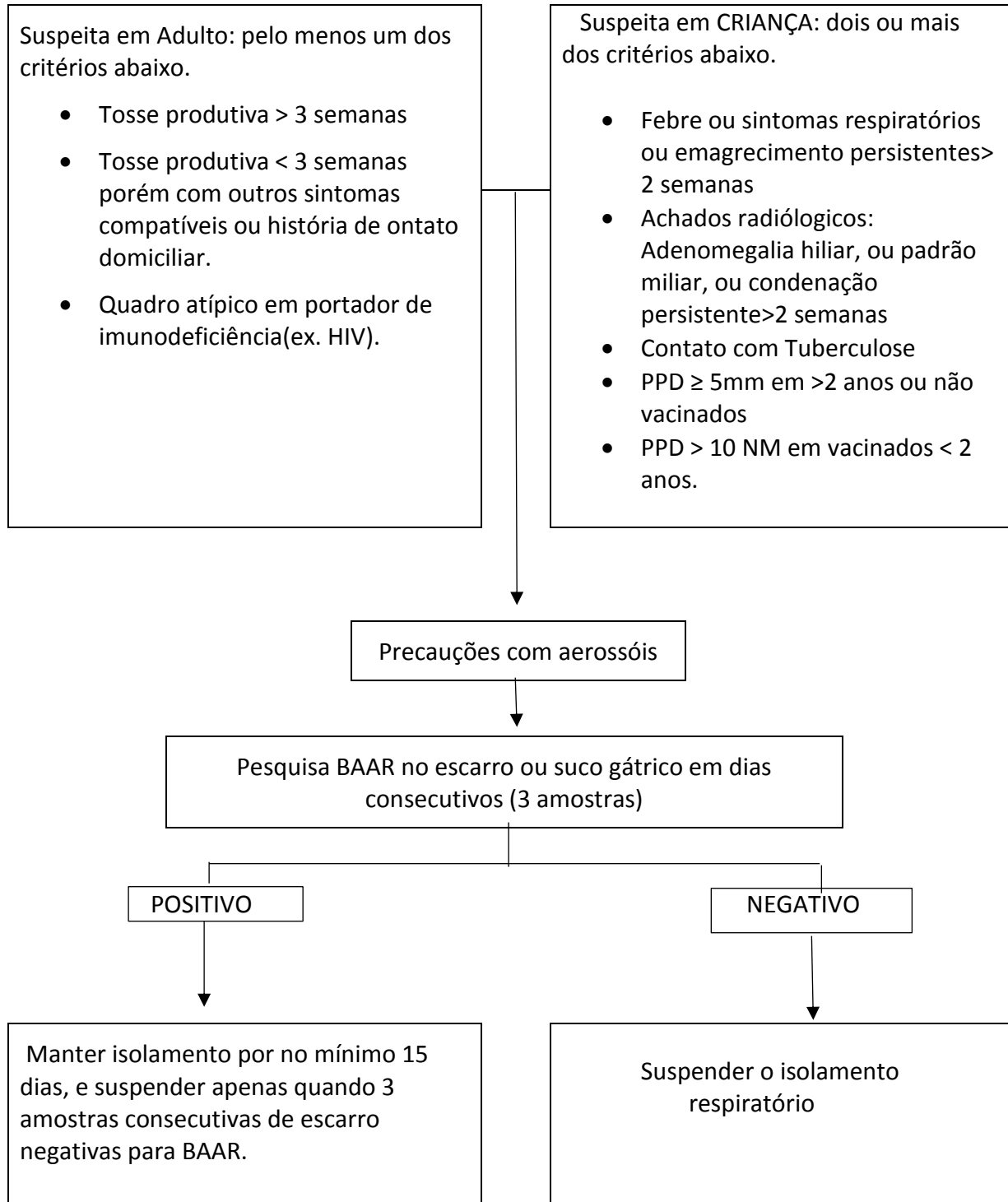
AGENTE	TIPO DE PRECAUÇÃO	PERÍODO
Bronquiolite sem agente definido	Contato	Durante a doença
VRS, Parainfluenza, Metapneumovírus	Contato	Durante a doença
Influenza	Contato	Durante a doença
Adenovírus	Contato	Durante a doença



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 24/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

6. TUBERCULOSE PULMONAR

NORMAS PARA ISOLAMENTO DE CRIANÇAS E ADULTOS INTERNADOS





Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 25/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

NOTAS IMPORTANTES:

A) ISOLAMENTO

O paciente deve usar máscara cirúrgica ao sair do quarto para exames. Funcionários e visitantes devem usar máscaras N95 para entrar no quarto do paciente em precauções para aerossóis. Na impossibilidade de isolamento em quarto privativo, é aceitável que casos bacilíferos compartilhem o mesmo quarto, desde que não haja suspeita de multirresistência. Não se permite compartilhamento do mesmo quarto entre paciente bacilífero e paciente apenas com suspeita de Tuberculose.

B) ACOMPANHANTES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Acompanhantes de pacientes pediátricos podem permanecer no quarto sem máscara (uma vez que já eram contactantes domiciliares) e podem circular pelo hospital, a não ser que também tenham diagnóstico de Tuberculose. Durante investigação de Tuberculose em paciente pediátrico, os adultos contactantes domiciliares devem realizar RX tórax. Independentemente do RX, se o responsável (em geral pai ou mãe) for tossidor, deve realizar 3 baciloscopias de escarro e ser orientado a não permanecer como acompanhante até resultado final das baciloscopias. Na impossibilidade de trocar o acompanhante que é tossidor, este deverá permanecer sob precauções respiratórias junto com a criança, recebendo refeições no quarto, até o resultado das baciloscopias de escarro.

C) GERAIS

A internação só é indicada quando a situação clínica do paciente não permitir investigação e tratamento ambulatoriais. A alta hospitalar independe da negatificação da baciloscopia. Não se recomendam precauções respiratórias quando em ambiente domiciliar. A notificação do caso de Tuberculose é obrigatória, e os contactantes domiciliares devem ser investigados. Quando ocorre em profissionais de saúde, a Tuberculose pode ser considerada doença ocupacional (Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991).

7. VARICELA

A) PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO NO PRONTO-SOCORRO

- 1- O paciente com suspeita de Varicela deve permanecer o menor tempo possível na sala de espera, tendo seu atendimento priorizado e permanecendo com máscara cirúrgica nesse período.
- 2- Se necessitar de hospitalização, o paciente deve ficar em quarto privativo, em precauções de Contato e Aerossóis.
- 3- Os acompanhantes com história prévia de Varicela ou vacina podem ficar sem máscar dentro e fora do quarto de isolamento.
- 4- Acompanhantes que não tenham história prévia de Varicela ou vacina devem ser considerados possíveis portadores e transmissores (uma vez que tiveram contato domiciliar anteriormente), portanto devem seguir as mesmas recomendações dadas aos pacientes: permanência no quarto



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 26/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

de isolamento (sem máscara) junto com o paciente, utilizando máscara cirúrgica se for necessário circular nas demais áreas internas do hospital.

5- todos os funcionários e visitantes deverão utilizar a máscara tipo respirador (N95) ao entrar no isolamento, independente da situação imunológica.

6- É contraindicada a permanência do paciente com Varicela na sala de medicação. Pacientes com Varicela que necessitam de inalação no PS deverão ser deslocados para quarto privativo para sua realização. Outras formas de medicação podem ser fornecidas na sala de medicação, desde que seja priorizado o atendimento ao portador de Varicela, reduzindo seu tempo de permanência, e este esteja com máscara cirúrgica.

B) EXPOSIÇÃO INTRA ÚTERO

Deve receber profilaxia com imunoglobulina (VZIG) todo recém nascido cuja mãe iniciou o quadro de Varicela nos últimos 5 dias antes ou até 48 horas após o parto. Administrar VZIG o mais breve possível. Caso permaneça internado, o RN deve ser mantido em isolamento respiratório até 28 dias de vida.

C) VARICELA QUE SE MANIFESTA EM PACIENTE JÁ INTERNADO

O período de maior transmissibilidade do vírus da Varicela inicia-se dois dias antes do aparecimento das vesículas. Portanto na ocorrência de um caso de Varicela diagnosticado durante a internação do paciente, são necessárias as seguintes medidas para evitar a disseminação na unidade:

COM RELAÇÃO AO CASO-ÍNDICE

Realizar precauções de Contato e para Aerossóis até que todas as lesões se transformem em crostas. Em geral, esse período vai até 6 dias após o início das lesões, sendo mais prolongado quando há imunossupressão associada.

COM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS

Identificar se algum profissional suscetível (não vacinado e sem antecedentes de Varicela) esteve com o caso índice por mais de 1 hora em ambiente fechado. Administrar para esse profissional vacina ou imunoglobulina, segundo critérios abaixo. Se não for possível afastar esse profissional do atendimento direto a pacientes, ele deverá utilizar máscara cirúrgica de 8º ao 21º dia após o contato. Caso apresente erupção, deve ser imediatamente afastado. Vale lembrar que é indicada a vacinação rotineira dos profissionais de saúde que não tenham antecedente de Varicela, evitando a situação acima descrita.

COM RELAÇÃO AOS OUTROS PACIENTES DA UNIDADE

1. Identificar os pacientes e acompanhantes que tenham apresentado contato prolongado (> 1 hora)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 27/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

em ambiente fechado com o caso índice e que sejam suscetíveis (não vacinados e sem história de Varicela prévia). Pacientes em ventilação mecânica também devem seguir esses mesmos critérios.

2. Entre os comunicantes suscetíveis, identificar os que apresentem imunossupressão por doenças (neoplasia, Aids, outras) ou medicamentosa (corticóide, quimioterapia, transplantados).

3. Proceder vacinação ou administração de imunoglobulina para os comunicantes suscetíveis, conforme critérios abaixo.

4. Os comunicantes que receberam vacina pós-exposição devem permanecer em precauções para Aerossóis entre o 8º e 21º dias após o contato com o caso índice. Já os comunicantes que receberam imunoglobulina (VZIG) devem ficar em precauções para Aerossóis entre 8º e 28º dias após o contato, pois podem apresentar os sintomas mais tardiamente.

5. Os comunicantes podem compartilhar o mesmo quarto. Se posteriormente algum comunicante apresentar vesículas, deverá ser transferido para o quarto privativo.

e. Os comunicantes podem compartilhar o mesmo quarto. Se posteriormente algum comunicante apresentar vesículas, deverá ser transferido para quarto privativo.

MEDIDAS PÓS-EXPOSIÇÃO

- VACINAÇÃO

Indicação de Vacinação

Para todos os comunicantes suscetíveis imunocompetentes e maiores de 9 meses.

Contra-indicações à vacinação Menores de 9 meses; Gestantes; Imunodeficiência congênita ou adquirida; altas doses de corticóide (equivalente a prednisona 2 mg/Kg/dia para crianças, ou 20 mg/dia para adultos, por mais de 2 semanas); Outros tratamentos imunossupressores; Neoplasia maligna.

Sobre a vacina

Deve ser administrada até 120 horas após o contato para bloqueio de surto. É produto de vírus vivos atenuados. Cada dose corresponde a 0,5mL e a administração é subcutânea. A eficácia é de 90% contra a infecção e de 95% contra as formas graves. Cerca de 25% dos vacinados podem apresentar reação local. Menos de 5% têm erupção cutânea (até 1 mês após a aplicação) com 2 a 5 vesículas que permanecem por 1 a 2 dias.

Número de doses depende da origem da vacina: VIVAX^a (Msd) crianças de 12 meses a 12 anos: dose única, a partir de 13 anos: duas doses com intervalo de 4 a 8 semanas Varilix^a (GlaxoSmithKline); Crianças de 9 meses a 12 anos dose única; a partir de 13 anos: duas doses com intervalo de 4 a 8 semanas Varicela Biken^a (Aventis Pasteur); dose única a partir dos 12 meses de idade.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 28/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

Número de doses, depende da origem da vacina:

- Varivax® (Msd) - Crianças de 12 meses a 12 anos: dose única. A partir de 13 anos: duas doses com intervalo de 4 a 8 semanas.
- Varilrix® (GlaxoSmithKline) - Crianças de 9 meses a 12 anos: dose única ; A partir de 13 anos: duas doses com intervalo de 4 a 8 semanas.
- Varicela Biken® (Aventis Pasteur) - Dose única, a partir dos 12 meses de idade.

Precauções:

Evitar o uso de salicilatos em crianças até 6 semanas após a vacinação, devido a associação com Síndrome de Reye. Em relação às vacinas para a febre amarela e tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), administrar no mesmo dia ou aguardar no mínimo um mês para sua administração.

IMUNOGLOBULINA ESPECÍFICA CONTRA VARICELA-ZOSTER (VZIG)

Indicações de imunoglobulina:

- Imunocomprometidos;
- Gestantes suscetíveis, em qualquer idade gestacional;
- Recém-nascidos com exposição intra-útero, com manifestação clínica materna entre 5 dias e antes e 48 horas após o parto.
- RN prematuro (> 28 semanas de gestação) com exposição após o nascimento: só administrar VZIG se a mãe não tiver antecedente de Varicela.
- RN prematuro externo (<28 semanas) com exposição após o nascimento: administrar mesmo que a mãe tenha antecedente de Varicela.

SOBRE A IMUNOGLOBULINA

É preparada com soro de pacientes que apresentaram zoster (sendo um hemoderivado) e contém elevado título de anticorpos específicos. É administrada por via intramuscular, até 96 horas após o contato, na dose de 125UI para cada 10 kg de peso (mínimo 125 UI; máximo 625UI). A duração da proteção não é bem estabelecida. Portanto se ocorrer nova exposição após 3 semanas da administração de VZIG, nova dose deve ser aplicada.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 29/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

8. TETANO: PROFILAXIA APÓS FERIMENTOS

Realizar limpeza com água e sabão. Remover corpos estranhos e tecidos revitalizados, com desbridamento profundo o mais rápido possível, se necessário.

História prévia de vacinação	Ferimento limpo e superficial		Outros ferimentos	
	Vacina	Imunização passiva	Vacina	Imunização passiva
Incerta ou <3 doses	Sim	Não	Sim	Sim (Aplicar em local diferente da vacina)
3 doses ou mais, a última há menos de 5 anos	Não	Não	Não	Não
3 doses ou mais, a última entre de 5 a 10 anos	Não	Não	Sim	Não
3 doses ou mais, a última há mais de 10 anos	Sim	Não	Sim	Não

Vacinas disponíveis

- Para menores de 7 anos: Tríplice (DTP), ou dupla infantil (DT) se houver contra-indicação do componente pertussis;
- A partir de 7 anos: dupla tipo adulto (dT);
- Gestantes e profissionais de saúde: observar oportunidade de dTpa.

Imunidade passiva

- Preferencial: imunoglobulina humana antitetânica 250UI intramuscular.
- Alternativa: soro antitetânico 5000 intramuscular.

Não há indicação de antibiótico para profilaxia anti-tetânica, portanto não deve ser administrada penicilina benzatina para essa finalidade.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 30/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

9. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

É obrigatório por lei comunicar as autoridades de vigilância sanitária a ocorrência de determinadas doenças (Lei 6.259/75 e 78.231/76). A lista nacional de Doenças de Notificação Compulsórias (DNC) é a seguinte:

- Acidente de trabalho com exposição a material biológico
- Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes.
- Acidente por animal peçonhento
- Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva
- Botulismo
- Cólera
- Coqueluche
- Dengue
- Difteria
- Doença de Chagas
- Doença de Creutzfeldt-Jacob
- Doença Meningocócica
- Doença com suspeita de disseminação intencional: a Antraz pneumônico b. Tularemia c. Varíola
- Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a- Arenavírus b- Ebola c- Marburg d-Lassae. Febre purpúrica brasileira.
- Doença aguda pelo Zíka
- Esquitossomose
- Evento de Saúde Pública(ESP) que constitui a saúde pública
- Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação
- Febre Amarela
- Febre Chikungunya
- Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses
- Febre Maculosa e outras Riquetisioses
- Febre Tifoide
- Hanseaníase



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 31/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

- Hantavirose
- Hepatite virais
- HIV/AIDS – Infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana Ou Síndrome da Imunodeficiência
- Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical pelo HIV.
- Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).
- Influenza humana produzida por novo subtipo viral.
- Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)
- Leishmaniose Tegumentar Americana
- Leishmaniose Visceral
- Leptospirose
- Malária
- Óbito: a. Infantil, b. Materno
- Poliomielite por poliovírus selvagem
- Peste
- Raiva Humana
- Síndrome da Rubéola
- Doença Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola
- Sífilis: a. Adquirida, b. Congênita, c. Em gestante.
- Síndrome da Paralisia Flácida Aguda
- Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus. a. SARS-CoV b. MERS-CoV
- Tétano: a- Neonatal b- Acidental
- Toxoplasmose gestacional e congênita
- Tuberculose
- Varicela
- Violência doméstica e/ou outras violências
- Violência sexual e tentativa de suicídio.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 32/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022	Próxima revisão: 27/10/2024
		Versão: 01	

A partir das notificações, os órgãos municipais e estaduais de vigilância epidemiológica acionam as medidas de intervenção, cuja função principal é interromper a cadeia de transmissão (ex. Quimioprofilaxia para contactantes de Doença Meningocócica).

A notificação deve ser realizada no ato do atendimento ao paciente, quando as informações necessárias estão disponíveis.

As fichas de notificação são encaminhadas ao NVEH, que repassa imediatamente à unidade municipal de vigilância epidemiológica (SUVIS).



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 33/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UVS.002 – Página 3/4	
Título do Documento	NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS COMPULSÓRIOS	Emissão: 15/08/2019 Versão: 01	Próxima revisão: 15/08/2021

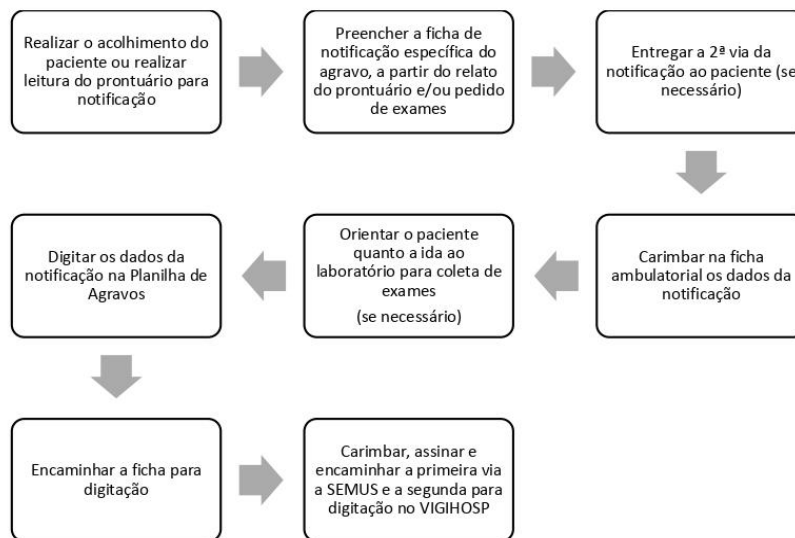


Figura 1 – Fluxograma da Vigilância Epidemiológica Hospitalar para realização da notificação compulsória a partir do contato direto ou indireto com o paciente.

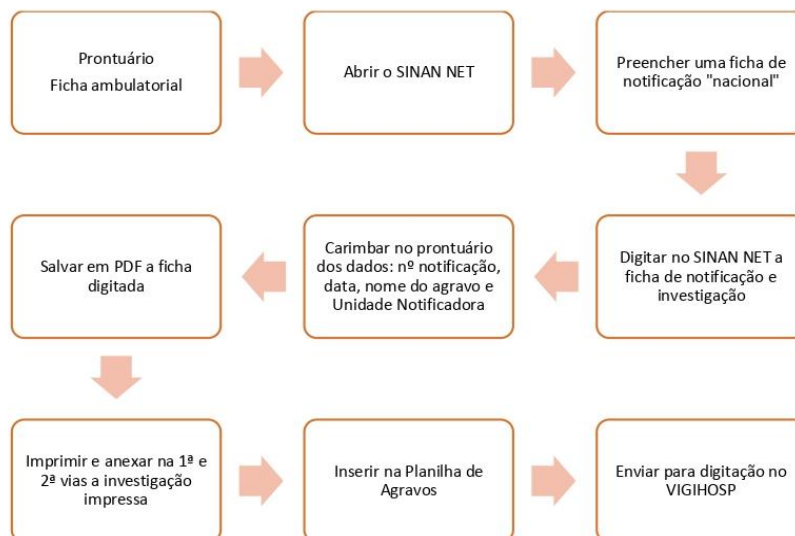


Figura 2 – Fluxograma da Vigilância Epidemiológica Hospitalar para realização da notificação compulsória a partir do prontuário, para os agravos de AARH e Acidente por animais peçonhentos.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 34/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

10. VACINAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A Vacinação protege o próprio profissional e também previne a disseminação de doenças no ambiente hospitalar, protegendo também os pacientes.

Todos os profissionais e estagiários do hospital devem ter sua carteira vacinal atualizada periodicamente, conforme tabela.

VACINAS	DOSES	INDICAÇÕES	OBSERVAÇÕES
SCR(Sarampo, Caxumba e Rubéola)	2 doses	Todos os profissionais que circulam no hospital(independente de sua função).	Contra indicada para a gestantes e imunodeprimidos.
dTpa(difteria, Tétano e Pertusis acelular)	1 dose + reforço a cada 10 anos	Pediatra, Neonatologista, Obstetra, Anestesista, Enfermeiro, tecnico de enfermagem e demais profissionais que atendam recém-nascidos ou prestam assistência ao parto.	Se tiver esquema básico incompleto, administrar uma dose de dTpa e completar a dose com dT de forma a totalizar três doses dos componentes diftérico e tetânico.
dT(difteria e tétano)	3 doses+ reforço a cada 10 anos	Todos os profissonais do hospital que não atuem no setor de pediatria e neonatologia.	Não é necessário reiniciar o esquema para pessoas que comprovem 1 ou 2 doses. Deve-se apenas completar o esquema.
Varicela	2 doses	Todos os profissionais que circulam pelo hospital (independente de sua função) e que não tenham história prévia de Varicela.	Contraindicada para gestantes e imunodeprimidos.
Influenza	1 dose	Todos os profissionais que circulam pelo hospital(independente de sua função)	-----



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 35/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

Hepatite	3 doses	Todos os profissionais do hospital.	Realizar mais de 3 doses para profissionais que não apresentarem níveis de antiHBs
Meningocócica	1 dose	Microbiologista	-----

11. ACIDENTES OCUPACIONAIS COM MATERIAL BIOLÓGICO

11.1 RISCO DE TRANSMISSÃO

AGENTE	MATERIAL	EXPOSIÇÃO	RISCO ESTIMADO
HIV	SANGUE	Percutânea	0,3%
HIV	SANGUE	Mucosa	0,09%
HBV	SANGUE(fonte AgHBe +)	Perçuânea	37 a 62%
HBV	SANGUE(fonte AgHBe- e AgHBe +)	Percutânea	23 a 37%
HCV	Sangue	Percutânea	Zero a 7%

11.2 MATERIAIS CLÍNICOS DE RISCO

Sangue ou qualquer outro fluido contendo sangue são os materiais de maior risco para a transmissão de HIV, VHB e VHC em acidentes ocupacionais.

Também são considerados potencialmente infectantes: secreção vaginal, sêmen, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido pericárdico, líquido amniótico, líquido, líquido articular, leite materno.

Tipo de exposição

São considerados exposições com risco de transmissão:

- Percutânea – (lesão causada por agulha ou outros instrumentos perfurantes ou cortantes);



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 36/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

- Contato com mucosas(exemplo: respingos em olhos nariz e boca);
- Cutânea envolvendo pelenão íntegra (exemplo: presença de ferida aberta).

Cuidados imediatos com o ferimento

- Lavar com água e sabão o ferimento ou pele exposta.
- Lava as mucosas com água em abundância.

Atendimento no Hospital Dia

1. Caracterizar se o tipo de acidente e o material biológico envolvido representam risco de transmissão
2. Estabelecer conduta profilática para HIV.

A profilaxia com antirretrovirais está indicada apenas se forem preenchidos TODOS os seguintes critérios:

O acidente envolveu material biológico com risco de transmissão do HIV.

O tipo de exposição ocorrido representa risco de transmissão do HIV.

O atendimento ocorreu até no máximo 72 horas após a exposição

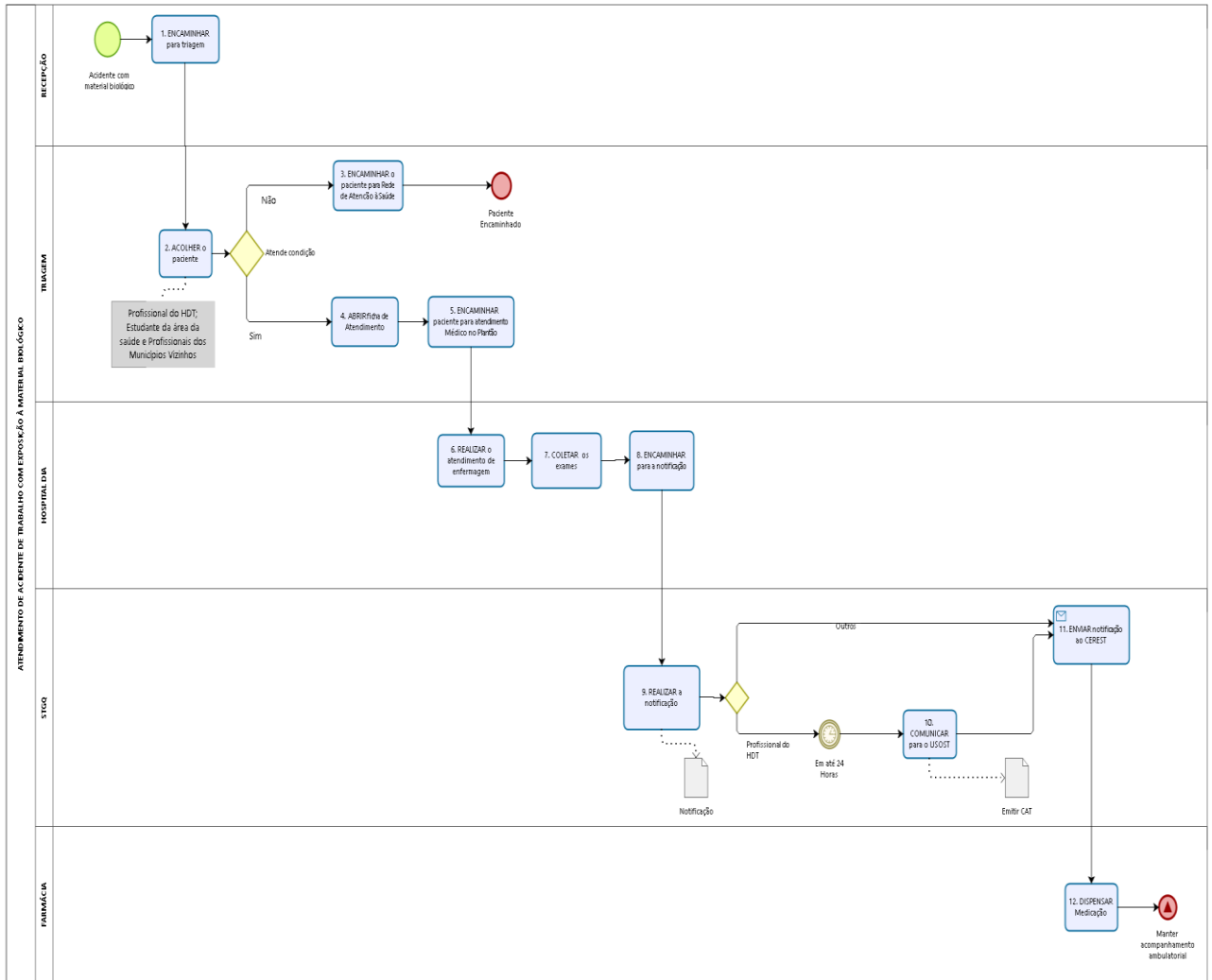
A pessoa exposta apresentar sorologia negativa para HIV.

A pessoa-fonte apresenta sorologia para HIV positiva ou desconhecida.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 37/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

Fluxograma para Acidentes do Trabalho Com Exposição a material Biológico





Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 38/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

Quando não for possível realizar teste rápido para HIV para a pessoa-fonte, como por exemplo quando não se sabe em que paciente foi utilizado o objeto perfuro-cortante, é recomendado avaliar caso a caso o grau de risco, antes de indicar a profilaxia pós-exposição (PEP). Devem ser considerados o grau de exposição (tipo de lesão e material envolvido) e a probabilidade epidemiológica de presença de HIV naquela exposição.

Quando indicado, a profilaxia pós-exposição (PEP) deve ser iniciada o quanto antes, de preferência nas primeiras 2 horas após a exposição, até no máximo 72 horas após.

O esquema preferencial:

- Tenofovir (TFD) 300mg/Lamivudina (3TC) 300mg + Dolutegravir (DTG) 50 g
- Tomar uma vez ao dia durante 28 dias.
- Além do receituário, deve ser preenchido o Formulário de Solicitação de medicamento antirretrovirais para PEP, do Ministério da Saúde, disponível em https://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php.
- Tenofovir (TDF) e Lamivudina (3TC) devem ser prescritos na apresentação combinada (TDF 300mg/3TC 300 mg). Se indisponível substituir por apresentações individualizadas (TDF 300mg + 3TC 150 mg).

Situações especiais:

Paciente - fonte com evidência de falha terapêutica: iniciar o esquema PEP preferencial, mas encaminhar precocemente para reavaliação do esquema com especialista.

Acidentado portador de HBV: iniciar o esquema PEP preferencial, mas encaminhar precocemente para o especialista.

Para profissional acidentado portador de insuficiência renal ou em uso de anticonvulsivante: consultar um especialista para escolher o melhor esquema do PEP, ou verificar Protocolo Clínico no Ministério da Saúde.

Estabelecer a conduta profilática para HBV conforme o quadro abaixo:

Profissional Exposto	Fonte AgHBs +(ou alto risco não testado)	Fonte AgHBs desconhecido ou não testado ou baixo risco	Fonte AgHBs negativa
Não vacinado	IGHAHB e iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar Vacinação
Com vacinação incompleta	IGHAHB e completar a vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Vacinado e anti-HBs >10 UI/mL	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 39/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

Vacinado(3 doses) e antiHBs	IGHAHB e reiniciar a vacinação (mais de 3 doses)	Reiniciar vacinação (mais de 3 doses)	Reiniciar vacinação(mais de 3 doses)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 dose)	Duas doses IGHAB, com intervalo de um mês entre as doses	Duas doses de IGHAB, com intervalo de um mês entre as doses	Nenhuma medida
Vacinado com resposta sorológica desconhecida	Testar antiHBS para definir a conduta	Testar antiHBs para definir conduta	Testar antiHBs para definir conduta

- Fonte de alto risco: pacientes politransfundidos, cirróticos, em hemodiálise, HIV positivos, usuários de drogas injetáveis, contatos domiciliares e sexuais de VHB, com história de DST, provenientes de regiões ou instituições de alta endemicidade para VHB.

11.3 VACINAÇÃO PARA HBV

Se possível, a primeira em dose da vacina deve se administrada no momento do atendimento inicial.encaminhar para à UBS para completar a vacinação. O esquema atual inclui as 3 doses.

IMUNOGLOBULINA HUMANA Anti-hepatite B (IGHAB)

A IGHAB deve ser adminstrado por via intramuscular em dose única de 0,6mL/Kg, em local diferente do local onde recebeu a vacina para HBV. Se a dose ultrapassar 5 mL dividir em duas aplicações em locais diferentes. Aplicar nas primeiras 48 horas após a exposição, ou no máximo até sete dias.Está disponível no Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Profilaxia para VHC: não há vacina ou quimioprofilaxia disponíveis. A conduta diante de acidente com fonte positiva para HCV é o seguimento ambulatorial, com realização de anti-HCV e carga viral HCV do acidentado para acidentado para identificação precoce de hepatite C aguda, que apresenta elevados índices de cura quando realizado tratamento.

Encaminhamento ambulatorial: o acompanhamento da pessoa exposta está indicado para verificar:

- Toxicidade dos antiretrovirais:
- Testagem para HIV, HBV e HCV em 30, 90 e 120 dias após a exposição, conforme indicado caso;
- Manutenção de medidas de prevenção da transmissão sexual desses vírus, conforme indicado caso a caso.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 40/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

12. INFECÇÕES RELACIONADOS A PROCEDIMENTOS

12.1 PREVENÇÃO E TRATAMENTO

ANTISSEPSIA DAS MÃOS PARA O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Realizar antes de qualquer procedimento cirúrgico, independente do grau de contaminação cirúrgica.

Manter as unhas aparadas e sem esmalte colorido, retirar anéis, alianças, pulseiras e relógio.

Técnica para antissepsia com produto a base de álcool (BPA)

- Se as mãos estiverem visivelmente sujas, lavar previamente com água e sabão, e remover sujidades sob as unhas. Secar as mãos.
- Colocar 5 ml (três doses) de BPA na palma da mão esquerda, usando o outro cotovelo para acionar o dispensador.
- Friccionar as pontas dos dedos e unhas da mão direita no produto por 5 segundos.
- Espalhar o produto por toda a superfície do antebraço direito até o cotovelo.
- Friccionar o antebraço em movimentos circulares por 10 a 15 segundos, até a evaporação completa.
- Repetir todo o procedimento anterior para o antebraço esquerdo e pontas dos dedos da mão esquerda.
- Colocar 5 mL(3 doses) do PBA na palma da mão esquerda e esfregar uma mão na outra por 20 a 30 segundos, atingindo todas as superfícies a seguir.
- Palmas das mãos.
- Entre os dedos, pela frente, friccionando as palmas.
- Entre os dedos, pelo dorso, friccionando dorso de uma mão na palma da outra.
- Dorso das extremidades distais dos dedos, friccionando na palma da outra mão, polegares e punhos
- A sequência de movimentos dura no total cerca de 60 segundos, e deve ser repetida 2 ou 3 vezes até alcançar a duração total da higienização recomendada pelo fabricante do produto a base de álcool (PBA).

Técnicas com Água e Antisséptico Degermante

- Utilizar clorexidina degermante 2% ou PVPI degermante 10%
- A utilização de escova é opcional.
- Acionar a torneira e molhar as mãos, antebraços e cotovelos.
- Recolher o antisséptico com as mãos em concha e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressionar a parte da esponja contra a pele e espalhar.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 41/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

- Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas.
- Friccionar as mãos, observando inclusive espaços interdigitais e antebraço, por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima do cotovelo.
- Enxaguar em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto.
- Caso a torneira não possua foto-sensor nem acionamento por pedal, fechar a torneira usando o cotovelo.
- Secar as mãos e antebraços com compressa estéril.

13. PREPARO DA PELE DO PACIENTE PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

A maior parte das infecções do sítio cirúrgico ocorre por microrganismos do próprio paciente. Os cuidados pré-operatórios são fundamentais para evitar possíveis complicações. A antibiótico profilaxia é uma das estratégias fundamentais para a prevenção das infecções cirúrgicas ela não substitui o cuidado com a pele na prevenção de infecções.

O tamanho da extensão da área da pele a ser preparada deve prever possíveis extensões da incisão, e instalação de drenos.

TRICOTOMIA

A remoção de pelos deve ser evitada. Caso seja absolutamente necessária, utilizar tricotomizador elétrico, pois a tricotomia com lâmina aumenta o risco de infecção.

BANHO PRÉ-OPERATÓRIO

Realizar banho de corpo inteiro com água e sabão duas horas antes, ou a noite que antecede a cirurgia. Para cirurgias de urgência em que o banho de corpo inteiro não é possível, realizar limpeza ampla com água e sabão apenas na área a ser abordada.

DESCOLONIZAÇÃO COM MUPIROCINA E CLOREXIDINA

A Organização Mundial de Saúde recomenda o uso de mupirocina nasal e o banho pré-operatório com clorexidina para pacientes colonizados por *S. aureus* e que vão submeter a cirurgias cardiotorácicas ou ortopédicas. A preparação das mãos para a cirurgia é essencial: recomenda-se sabonete antimicrobiano apropriado e água ou lavagem com escova adequada à base de álcool antes de colocar as luvas estéreis.

ANTISSEPSIA DA PELE DO PACIENTE

Usar solução de clorexidina alcoólica 0,5% para antissepsia da pele no momento da cirurgia. Pode ser substituída por solução alcoólica de iodo.

Friccionar a pele com movimentos circulares, em sentido centrífugo (do centro para a periferia).



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 42/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

Não remover o antisséptico alcoólico. Deixar secar espontaneamente antes de realizar a incisão.

Para antisepsia de mucosas, usar clorexidina aquosa 2%.

14. CATETER VENOSO CENTRAL – INSERÇÃO E CUIDADOS

O acesso venoso central é obtido pela inserção de um dispositivo intravascular de veias profundas (subclávia, jugular e femoral) com finalidade terapêutica. A maioria das infecções associadas a esses tipos de cateter ocorrem por progressões de agentes da pele pelo túnel de inserção, com formação de biofilme.

A infecção da corrente sanguínea associada a cateter também pode ocorrer por penetração de microrganismos no lúmen do cateter durante a manipulação.

Seguem as orientações para prevenção dessas duas formas de contaminação. Cuidados destinadas especificamente a cateteres de longa permanência (implantados cirurgicamente) não serão abordados neste capítulo.

Indicação

O uso de cateteres centrais deve se evitado, sendo preferível o acesso venoso periférico. Utilizar cateter central apenas se o acesso periférico não for possível, ou se for insuficiente.

Utilizar cateteres de múltiplos lúmens apenas quando for necessário dispor de mais de uma via.

Material:

- Máscara, gorro, avental de manga longa estéril, par de luvas cirúrgicas estéreis em número suficiente para os profissionais em campo (um ou dois);
- 4 campos cirúrgicos estéreis;
- 1 kit de cateter central;
- Clorexidina degermante 2%;
- Solução anti-septica: clorexitina alcoólica 0,5% ou álcool;
- 5 pacotes de gaze;
- 1 seringa 20ml;
- 1 seringa 5ml;
- 1 agulha 30x8;
- 1 agulha 30x7;
- Lidocaína 2%;
- 2 ampolas de soro fisiológico;
- 1 fio mononylon 4.0 agulhado;
- 1 porta-agulhas;



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 43/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

- 1 pinça Cheron;
- 1 pacote de curativo(contendo tesoura, pinça dente de rato e kocher);
- 1 soro fisiológico 250 ml montado com equipo macrogotas;
- Fita adesiva.

Descrição das atividades

1. Uso de ultrassonografia para guiar a passagem do cateter é facultativo;
2. Seguir a seguinte ordem de preferência para escolha do local: subclávia ou jugular (evitar jugular quando há traqueostomia), femoral, umbilical (para RN), flebotomia em membros superiores.
3. Limpar a sujeira mais grosseira do local de inserção do cateter no paciente com clorexidina degermante 2%, removendo o excesso com gaze embebida em SF. Essa medida é considerada obrigatória apenas quando há sujidade visível;
4. Lavar todas as superfícies das mãos com clorexidina degermante 2%. Escovação não é necessária. Vestir a paramentação completa (gorro, máscara, avental longo estéril e luvas estéreis). Caso o procedimento seja realizado por estagiário de graduação, o médico orientador também deve se paramentar.
5. Fazer antisepsia cutânea ampla com movimentos circulares centrífugos na região de inserção. Utilizar pinça Cheron e gaze umedecida com clorexidina alcoólica 0,5% ou álcool 70%. Deixar secar espontaneamente.
6. Cobrir toda a superfície corpórea do paciente com campos estéreis grandes, mantendo exposto apenas o local de inserção.
7. Realizar todo o procedimento com técnica asséptica até a fixação do cateter.
8. Após o procedimento, ocluir o local de inserção com curativo simples de gaze estéril. Curativo transparente poroso pode ser colocado após 24 horas da inserção, se não houver extravasamento de sangue.

OBS: Para trocar de cateter com fio guia, seguir as mesmas recomendações de antisepsia e paramentação descritas acima.

Manutenção

1. Não molhar o curativo no banho.
2. Trocar de curativo; sempre que estiver úmido, sujo ou solto. Recomendamos a troca programada a cada 24 horas (após o banho) para os curativos com gaze, e a cada 7 dias para os curativos transparentes presença de saturação trocar logo.
3. Para pacientes pediátricos com alto risco de deslocamento do cateter, o intervalo entre os curativos é flexível, sendo, entretanto, recomendável trocar o curativo a cada 7 dias, se possível.
4. Lavar as mãos antes de trocar o curativo.
5. Utilizar pacote de curativo, com pinças, ou então usar luvas estéreis, para garantir técnica asséptica.
6. Realizar inspeção e antisepsia com clorexidina alcoólica 0,5% do local de inserção a cada



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 44/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

troca de curativo.

7. Fazer antisepsia do dispositivo de conexão com álcool 70% antes de qualquer manipulação (ex. administrar de medicamento).
8. Trocar equipos conforme prazos recomendados no capítulo “rotina de troca de equipamento utilizado em procedimentos invasivos”.
9. Administrar NPP por cateter de lúmen único, exclusivo para esse fim. Se utilizado cateter de múltiplos lúmens, reservar para a NPP a via mais longa (distal).
10. Sacar o cateter se apresentar secreção ou sinais inflamatórios no local de inserção e mandar ponta para cultura. Na suspeita de infecção sem sinais inflamatórios e sem instabilidade hemodinâmica, é possível preservar o cateter colhendo hemoculturas pareadas (periféricas e do cateter, no mesmo momento). Se instabilidade hemodinâmica, ou se confirmada pelas hemoculturas infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter, sacar o cateter e obter novo acesso, em outro local.

14.1 COLETA DE PONTA PARA CULTURA

Indicações:

Presença de secreção ou sinais inflamatórios no local de inserção. Sacar o cateter, encaminhar para cultura e obter acesso em outro local.

Instabilidade hemodinâmica e suspeita de bacteremia associada a cateter. Sacar o cateter, encaminhar para cultura e obter acesso em outro local. Colher hemoculturas.

Técnicas de Coleta

- Desinfetar a pele do local de inserção do cateter com álcool 70 ou clorexidina alcoólica 0,5%.
- Aguardar 30 a 60 segundos para secagem.
- Remover o cateter.
- Com tesoura estéril, cortar 5cm da extremidade do cateter que estava inserida no paciente, colocando em tubo seco estéril.
- Enviar imediatamente ao laboratório (prazo máximo de uma hora).
- Coleta de hemocultura através do cateter pode ser realizada, porém só tem valor para diagnóstico se for colhida pareada com hemocultura periférica. Identificar nas amostras o local de coleta. A interpretação dos resultados dependerá do tempo de positividade de ambas as amostras.
- Somente encaminhar a ponta para cultura quando o cateter for sacado por suspeita de infecção. Não enviar ponta para cultura como rotina para qualquer cateter retirado. A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 45/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022	Próxima revisão: 27/10/2024
		Versão: 01	

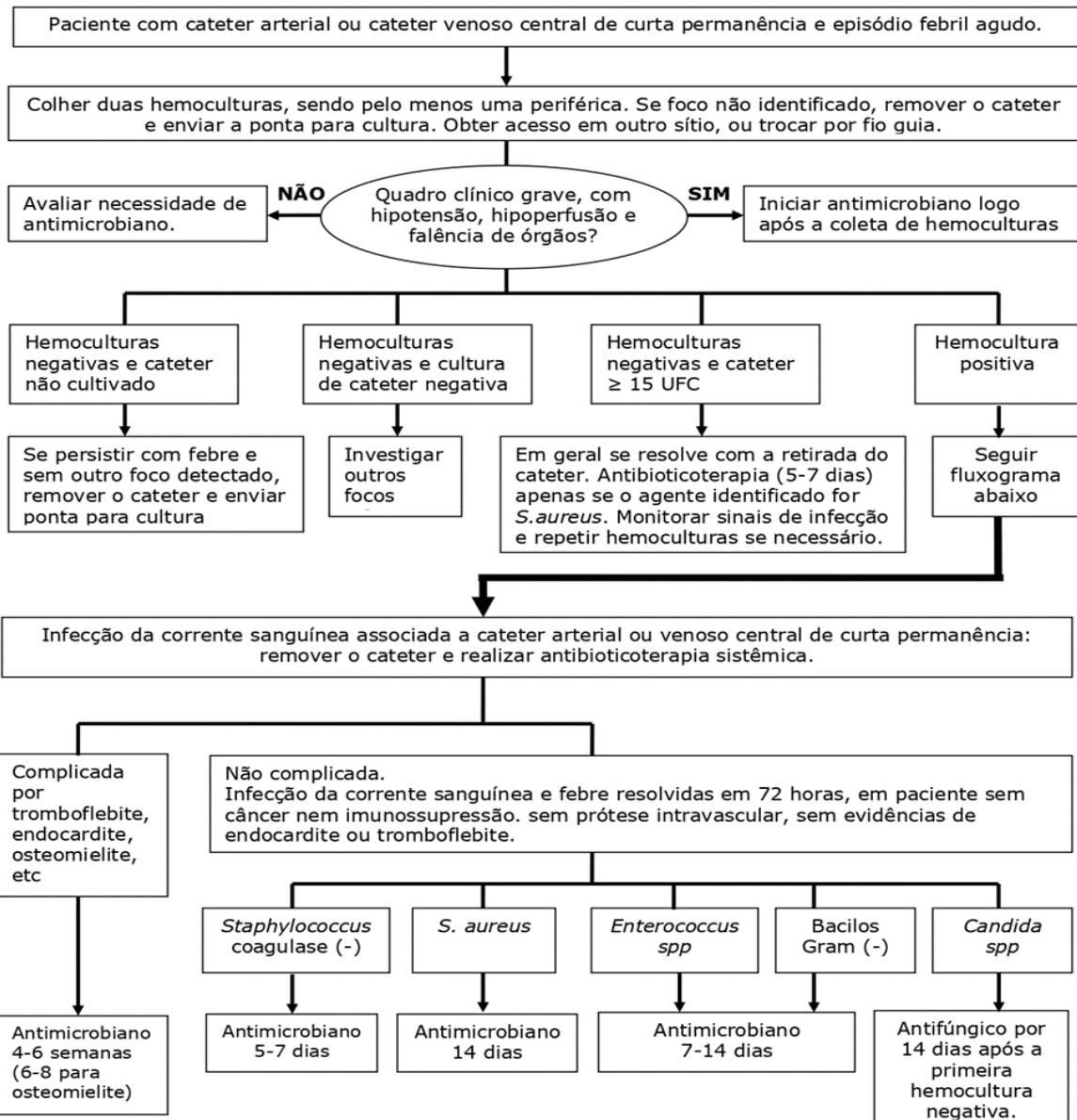
especificidade do exame na ausência de quadro clínico é muito baixa, induzindo a falsas interpretações.

- A troca de cateter com fio guia só recomendada quando houver complicações mecânicas, como obstrução. Não é recomendada na suspeita de infecção associada a cateter.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 46/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE INFECÇÃO RELACIONADA A CATETER CENTRAL DE CURTA PERMANÊNCIA





Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 47/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

15. BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA X INFECÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A SONDA VESICAL

Infecção do trato urinário (ITU) é a infecção hospitalar relacionada a procedimentos invasivos mais comum, compreendendo mais de 40% de todas as infecções adquiridas em instituições. Cerca de 70% a 88% dos casos de ITU ocorrem em pacientes submetidos a cateterismo vesical e 5% a 10% em pacientes após citoscópias ou procedimentos cirúrgicos com manipulação do trato urinário.

A evolução dessa colonização para quadros clinicamente relevantes é rara. Portanto, a coleta de urocultura de pacientes sondados só deve ser realizada na suspeita de infecção urinária.

É contraindicado colher urocultura na rotina pré-operatória de cirurgias não urológicas. Se eventualmente for detectada bacteriúria ou candidúria assintomática nessa situação, não se devem introduzir antimicrobianos, pois não há benefício, e aumentam o risco de complicações para o paciente, como colite pseudomembranosa e resistência antimicrobiana.

Nos casos de infecção urinária sintomática, o tratamento antimicrobiano pode ser iniciado empiricamente segundo epidemiologia local, e corrigido para o antimicrobiano de menor espectro após resultado da urocultura e antibiograma. A sonda vesical deve ser removida ou substituída se houver infecção urinária com piúria macroscópica ou infecção urinária fúngica e quando se fizer desnecessária, o cateter deverá ser retirado o mais precocemente possível.

É importante ressaltar equinocandinas e anfotericinas lipídicas não servem para tratamento de infecção urinária, pois não atingem concentração adequada na urina. Para espécies sensíveis de *Candida*, utilizar fluconazol 200mg (1º dia) seguido de 100mg por 7-14 dias, conforme a clínica. Para espécies resistentes (especialmente *C.glabrata* e *C. Krusei*) existem as seguintes opções:

1. anfotericina B 0,3mg/Kg/d EV por 1-7 dias.
2. anfotericina B irrigação vesical por 1-2 dias (anfotericina B deoxicolato 50 mg diluído em 1 l de água destilada estéril, correr 42 ml/h em sonda de tripla via).



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 48/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

16. ROTINA DE TROCA E PROCESSAMENTO DE PRODUTOS HOSPITALARES

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Instituída pela Portaria nº 006, de 13 de junho de 2016, publicada no Boletim de Serviço nº 171, de 17 de Junho de 2016, no uso de sua atribuição que lhe confere o inciso XI do art. 16 e inciso VII do art. 19 do Regimento Interno aprovado pelos Membros presentes na primeira reunião ordinária e,

Considerando a necessidade de controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) por meios de medidas que visem interromper a cadeia de transmissão

Recomenda:

Artigo/solução	Recomendação
1. Cateter Venoso Central	Sem rotina de troca estabelecida, retirar em caso de hiperemia local, secreção no sítio de inserção do cateter, febre sem foco definido ou exteriorização. Observar diariamente presença de sinais flogísticos;
2. Cateter Venoso Periférico Pediatria e neonatal não há rotina de troca preestabelecida ir um cateter de menor calibre. A mesma recomendação poderá ser aplicada a um paciente adulto com difícil acesso venoso periférico;	Recomenda-se a troca do cateter periférico na suspeita de contaminação ou mau funcionamento. Não se recomenda a troca em períodos inferiores a 96 horas quando confeccionado em poliuretano. Nas situações em que o acesso periférico é limitado, a decisão de manter o cateter além das 96 horas depende do serviço garantir as boas práticas da avaliação do cateter, integridade da pele, duração e do tipo da terapia prescrita e deve ser documentada nos registros do paciente. Acompanhar a punção conforme orientação em anexo, diariamente e trocar na presença de sinais flogísticos.
3. Equipo de infusão venosa Evitar desconexões do sistema	Trocar a cada 96 horas de poliuretano, em caso de infusão contínua. Para as infusões intermitentes trocar a cada 24 horas. Anotar no equipo a sua validade; Trocar sempre que houver necessidade de nova punção. Quando usar infusão de propofol trocar o equipo e sistema complementar entre 6 a 12 horas.
4. Equipo de microgotas-bureta	Trocar a cada 24 horas;
5. Equipo de infusão de NPT	Trocar a cada etapa da infusão; Infusões lipídicas trocar a cada 12 horas.



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 49/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

6. Equipo para transfusão de hemoderivados	Trocar a cada etapa. O tempo de infusão não poderá exceder a 4 horas;
7. Equipo de Nutrição enteral	Trocar a cada 24 horas, ou antes, em caso de intercorrência;
8. Extensor Valvulado 2 Vias	Deve ser confeccionado de material transparente flexível e possuir protetores nas extremidades. Realizar troca junto com sistema de infusão
09. Cateter de gastrostomia	Não há rotina de troca estabelecida. Avaliar troca em caso de vazamento ou obstrução;
10. Sonda nasogastrica/ nasoentérica	Sem rotina de troca estabelecida. Trocar em caso de obstrução ou deslocamento distal e avaliar o aspecto da sonda;
11. Tubo orotraqueal (TOT)	Sem rotina de troca estabelecida. Trocar em caso de obstrução, laceração do cuff ou saída acidental. A reintubação está associada ao risco de PAV;
12. Cânula de traqueostomia	Sem rotina de troca estabelecida. Trocar em caso de obstrução;
13. Fixação de tubo orotraqueal ou traqueostomia	Trocar a cada 24 horas ou sempre que apresentar sujidade ou má aderência. Observar integridade da pele e mucosas;
14. Cânula de Guedel	Trocar em caso de sujidade;
15. Circuito de ventilação mecânica	Não existe período de troca preestabelecido. Trocar em caso de sujidade no circuito, mau funcionamento e entre pacientes; Obs: Não há recomendação específica em relação ao tempo que o circuito pode ficar montado aguardando internação de paciente; o ideal é que seja o menor tempo possível .
16. Sistema fechado de aspiração	Trocar a cada 72 horas, quando houver sujidade ou mau funcionamento do mesmo;
17. Frasco de aspiração Não aspirar diretamente com o frasco conectado à rede	Uso individual, esvaziar e lavar a cada 06 horas ou quando atingir 2/3 de sua capacidade, durante o turno de trabalho. Encaminhar para desinfecção de alto nível ou esterilização entre um paciente e outro;
18. Borracha de aspiração	Trocar a cada 24 horas ou em período inferior



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 50/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

	caso haja presença de sujidade;
19. Bolsa válvula máscara (Ambu)	Uso individual. Enviar para CME para processamento entre um paciente e outro e no mesmo paciente em caso de sujidade;
20. Mascara de Hudson/Venturi	Uso individual, trocar na presença de sujidade visível ou em mau funcionamento. Enviar para a CME para processamento entre um paciente e outro;
21. Macronebulizador	Trocar na presença de sujidade ou mau funcionamento do mesmo;
22. Micronebulizador	Trocar a cada até 24horas. Colocar data de início de uso. Após cada nebulização acondicionar o dispositivo em recipiente fechado;
23. Dreno de tórax	Não existe período de troca preestabelecido;
24. Frasco de drenagem torácica	Trocar o selo d'água a cada 12 horas ou em período inferior caso atinja 2/3 de sua capacidade ou haja outra indicação; Técnica asséptica.
25. Cateter vesical de demora (a inserção deve ser realizada por profissional capacitado e treinado) Respeitar as indicações apropriadas. Pacientes provenientes de outro serviço realizar a troca do sistema.	Sem rotina estabelecida. Trocar em caso de dano no circuito de drenagem, obstrução da sonda, presença de grumos, quebra de técnica asséptica, desconexão ou vazamento; Não irrigar o cateter.
26. Sistema coletor fechado de drenagem urinária	Trocar somente com todo o sistema (cateter vesical de demora); Manter o sistema fechado e estéril; manter o fluxo de urina desobstruído e o sistema coletor abaixo do nível da bexiga.
27. Sistema coletor para colostomia (preferencialmente sistema transparente)	Trocar em caso de má aderência ou ruptura da bolsa ou a cada 05 dias.
28. Capote de isolamento	Preferencialmente descartável. Caso seja de tecido, trocar a cada 6 horas diurnas e a cada 12 horas noturnas, ou antes, caso esteja sujo ou molhado;



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 51/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

29. Almotolia	Realizar desinfecção e trocar solução a cada 7 dias. Identificar a almotolia com o nome da solução, data do envase e a data da troca;
30. Frasco antisséptico	Rotular o frasco com a data de abertura. Validade 30 dias após aberto;
31. Frasco de insulina	Datar da abertura do frasco. Validade de 30 dias após abertura;
32. Colírios e pomadas oftálmicas para tratamento de infecção.	Uso individual. Não realizar diluições para outros frascos ou manipulações. Datar por ocasião da abertura;
33. Xilocaína gel	Cateterismo vesical: utilizar sempre um tubo de xilocaína novo. Para sonda nasogastrica/nasoenterica: poderá ser utilizada uma xilocaína já aberta;
34. Filtro umidificador	Recomenda-se a Troca dos umidificadores passivos a partir de 48 horas podendo ser utilizado no máximo até sete (07) dias. Substituir o sistema de umidificação ativo quando em mau funcionamento ou visivelmente contaminado.
35. Bacias	Uso individual, encaminhar ao CME após cada uso;
36. Frasco para infusão	Preferencialmente utilizar bolsa colabável e transparente. A troca do frasco deve respeitar o tempo de infusão e estabilidade da solução. É contraindicada a perfuração da bolsa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 52/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

17. ORIENTAÇÕES SOBRE A TROCA DE DISPOSITIVOS

NOTA TÉCNICA SCRIAS/CCIRAS/STGQ Nº03/2017

Orientação sobre processos de trabalho troca de dispositivos de acessos periféricos e sondas dos pacientes admitidos no HDT/UFT provenientes de outros serviços.

Com o objetivo de prevenir danos aos usuários dos serviços de saúde e prejuízos associados aos cuidados decorrentes de processos ou estruturas da assistência é cada vez maior e, portanto, são necessárias recomendações específicas e medidas de prevenção para a redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - IRAS no âmbito do HDT-UFT.

As IRAS são consideradas eventos adversos - EA e estão presentes nos serviços de saúde, por isso essa nota técnica é uma ferramenta para auxiliar as ações e contribuir para Segurança do paciente e qualidade dos serviços.

Considerando que a realização de cateterismo vesical (CV), sondagens nasogástricas (SNG), Orogástricas (SOG), nasoenteral (SNE) e acessos periféricos dos pacientes na internação ficam sob a responsabilidade da equipe de enfermagem e que nos casos específicos de CV e SNG/SOG/SNE é necessário a prescrição médica para realizar tal procedimento; que por se tratar de procedimento invasivo com risco de infecção são necessárias condutas que garantam segurança para os pacientes e profissionais que executam o cuidado.

Recomendamos que na admissão dos pacientes que estejam com acessos periféricos, sondas OG/NG/NE e cateterismo vesical, provenientes de outros serviços de saúde, sejam realizadas as devidas trocas desses dispositivos, prevenindo possíveis infecções decorrentes do uso e condições dos mesmos. Deverão ser observadas algumas condições especiais por parte dos pacientes que poderão indicar a permanência dos dispositivos instalados em outras unidades de saúde, a saber:

1. ACESSOS PERIFÉRICOS

AVALIAR:

Avalie o estado geral do paciente, as condições para punção de um novo acesso, a necessidade de medicações de urgência, antibióticos endovenosos etc.

DECIDIR:

- O estado geral do paciente é grave?
- Está hemodinamicamente instável?
- E possível realizar um novo acesso?
- Existe presença de hematomas, alterações na pele que sugerem múltiplas punções?
- O acesso está pérvio sem sinais ou queixas de desconforto?



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 53/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

F. A cobertura do acesso está em boas condições?

G. Está registrada a data, número do dispositivo, e nome de quem executou a punção?

AGIR:

- Realize uma nova punção e só depois retire a anterior;
- Para os pacientes com dificuldades de acessos, instáveis hemodinamicamente, deverá ser registrado no prontuário o porquê da não realização de um novo acesso;
- Nestes casos trocar a cobertura por uma de filme transparente, observando condições do local da punção, ausência de sinais flogísticos, ou queixa de desconforto.

ESCORES PARA AÇÃO:

ITENS	TIPOS DE RESPOSTAS	AÇÃO
A,B,D,E	SIM	Adiar a nova punção
C, F, G	NÃO	Manter o acesso até possibilidade de troca; Trocar a cobertura do acesso por uma de filme transparente.

OBS: No caso específico de crianças considere também o nível de estresse (da mãe, da Criança) e se possível adie a nova punção.

2. CATETERISMO VESICAL E OROGÁSTRICAS, NASOENTERAIS. SONDAGENS NASOGÁSTRICAS.

AVALIAR:

Observe as características das drenagens (volume, cor, odor, etc), se existe registro de data, número dos cateteres e nome do profissional responsável pela execução;

DECIDIR:

Existe registro de dificuldades na realização dos procedimentos pelo serviço de origem do paciente? Foi relatado pelo paciente ou acompanhante alguma dificuldade durante a realização do procedimento específico?

AGIR:

Nos casos onde existem registros ou relatos de dificuldades na realização dos procedimentos deverá ser discutido com o médico plantonista sobre a manutenção ou adiamento da troca das respectivas sondas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 54/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022	Próxima revisão: 27/10/2024
		Versão: 01	

Diante do exposto, considerando a maior racionalidade, eficiência e efetividade do tema ora apresentado, recomenda-se sua imediata adoção e seu encaminhamento como subsídio aos profissionais para atualização de seus conhecimentos e práticas.

Validado pela Subcomissão da CCIRAS composta por: Divisão de Enfermagem, Divisão de Gestão do Cuidado e Divisão Médica e Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - SCIRAS.

Nota Técnica validada em 04/09/20217



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 55/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

18. ROTINA DE TROCA DE ACESSÓRIOS DE VENTILAÇÃO

MATERIAL	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÃO
Circuito ventilador	Entre pacientes e sempre que sujos	
Condensador higroscópico (HME-heat and moisture exchanger)	Entre pacientes. E a cada 48 horas no mesmo paciente	
Sistema fechado de aspiração (trach care)	Entre pacientes. E a cada 72 horas no mesmo paciente.	
Espaçador de puff conectado ao ventilador mecânico	A cada uso	
Coletor de aspiração descartável	Entre pacientes. No mesmo paciente, quando atingir 2/3 do volume do total.	
Inspirômetro de incentivo	Entre pacientes e sempre que sujo	
Ambu	Entre pacientes	
Cateter nasal	Entre pacientes e sempre que sujos	
Máscara de oxigênio	Entre pacientes e sempre que sujas	
Espaçador de Puff	Entre pacientes. No mesmo paciente, uma vez por semana e sempre sujo.	
Inalador/Nebulizador e acessórios	Entre pacientes. A cada 24 horas no mesmo paciente.	
Umidificador de parede e acessórios	Entre pacientes e sempre que sujo. No mesmo paciente uma vez por semana.	Descartar o resíduo antes de trocar a água.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 56/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022	Próxima revisão: 27/10/2024
		Versão: 01	

REFERÊNCIAS:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Medidas de prevenção de infecção relacionada a assistência à saúde. Série: Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, Anvisa, 2017

Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica no. 1/2013. Medidas de prevenção e controle de infecções por enterobactérias multiresistentes. Brasília (DF); 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Higienização das mãos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 57/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022 Versão: 01	Próxima revisão: 27/10/2024

- Anderson D.J. et al. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014; 35(6): 605–627
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil]*, Brasília, 20 mar. 2002.
- Centro de Controle de Doenças. Coordenação de Vigilância à Saúde. Secretaria Municipal da Saúde. Informe Técnico sobre Varicela, 2013 (atualizado em 2016). www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/doc_ccd_varicela_10052016_1462890370.pdf
- Centro de Vigilância Epidemiológica. Secretária de Estado da Saúde de São Paulo. Informe Técnico: Imunoprofilaxia para Varicela, 2010. ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/resp/if10_varicela.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Immunization of Health-Care Personnel: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Recommendations and Reports. 2011/60(RR07);1-45
- Centro de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Norma Técnica do programa de Imunização, 2016. In: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/2016_norma_imunizacao.pdf
- Centro de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Informe Técnico: Imunoprofilaxia para Varicela, 2010. ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/resp/if10_varicela.pdf
- Ministério da Saúde – Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, 3a. ed. Brasília, 2006. In: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_cries_3ed.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. 2017 Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/59183/pcdt_pep_270917_1.pdf?file=1&type=node&id=59183&force=1
- Najjar P.A., Smink D.S. Prophylactic Antibiotics and Prevention of Surgical Site Infections. *Surg Clin N Am.* 2015;95:269–283
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Recomendações para profilaxia de Hepatite B após exposição ocupacional a material biológico, 2008. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/hepa08_profhepaB.pdf
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Acompanhamento sorológico pós-exposição ocupacional a material biológico – Hepatite B. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/hepab_fluxoacom.pdf
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância (CVE). Norma Técnica do Programa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 58/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022	Próxima revisão: 27/10/2024
		Versão: 01	

de Imunização, 2016.

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary. World Health Organization 2009

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	15/10/2022	-Elaboração do Manual (junção de todas as recomendações da SCIRAS em um só documento).



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	MANUAL	MA.STGQ.001 - Página 59/59	
Título do Documento	RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Emissão: 27/10/2022	Próxima revisão: 27/10/2024
		Versão: 01	

<p>Elaboração</p> <p>Marceli Diana Helfenstein Albeirice da Rocha - Enfermeira Raimunda Maria Ferreira de Almeida- Enfermeira Alexsandra Rossi- Médica Ana Paula Pereira Mineto – Enfermeira Luis Fernando Beserra Magalhães – Enfermeiro Diego da Silva Trovão – Enfermeiro Residente Thalita Costa Ribeiro - Enfermeira</p>	Data: 15/10/2022
<p>Validação</p> <p>Setor Gestão da Qualidade</p>	Data:26/10/2022
<p>Aprovação</p> <p>Antônio Oliveira dos Santos Junior Superintendência - HDT</p>	Data:27/10/2022