



Hospital Materno Infantil de B IB

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretária de Estado de Saúde
Coordenação Geral de Saúde da Asa sul
Hospital Materno Infantil de Brasília



MANUAL DE RECOMENDAÇÕES DO NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA

Brasília – DF

2013



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretária de Estado de Saúde
Coordenação Geral de Saúde da Asa sul
Hospital Materno Infantil de Brasília



MANUAL DE RECOMENDAÇÕES DO NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA

Brasília – DF

2013

GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL

Agnelo Santos Queiroz Filho

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Rafael de Aguiar Barbosa

COORDENADOR GERAL DE SAÚDE DA ASA SUL

Roselle Bugarin Steenhouwer

DIRETOR DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA

João Rocha Vilela

CHEFE DO NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Felipe Teixeira de Mello Freitas

ELABORAÇÃO

Enf. Ana Flávia de Oliveira Lima Araújo

Enf. Fabiana de Mattos Rodrigues Mendes

Dr. Felipe Teixeira de Mello Freitas

AGRADECIMENTOS

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Unidade de Ginecologia e Obstetrícia

Unidade de Cirurgia Pediátrica

Núcleo de Segurança Higiene e Medicina do Trabalho

Dra Carina Leão de Matos

Gileno de Jesus Santos

ÍNDICE

USO DE ANTIBIÓTICO EM NEONATOLOGIA E PEDIATRIA	4
Sepse neonatal precoce	5
Sepse neonatal tardia	7
Enterocolite necrotizante	7
Infecção fúngica neonatal	8
Infecção de cateter venoso central	9
Pneumonia associada à ventilação mecânica	11
Infecções virais respiratórias (influenza e vírus sincicial respiratório)	12
Antibiótico profilaxia cirúrgica	13
Doses de antimicrobianos para neonatologia	14
MANEJO DAS INFECÇÕES NA MATERNIDADE	16
HIV/Aids	17
Sífilis	20
Hepatite B	23
Varicela	24
Herpes simplex	26
Tuberculose	27
USO DE ANTIBIÓTICO NA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	28
Infecção de sítio cirúrgico pós-cesárea	29
Abortamento e infecção puerperal	30
Mastite	30
Ruptura prematura de membranas	31
Profilaxia para infecção neonatal por <i>Streptococcus</i> do grupo B	32
Doença Inflamatória pélvica	33
Infecção do trato urinário	34
Antibiótico profilaxia cirúrgica	36
PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE	38
Higiene das mãos	39
Prevenção de infecção de cateter venoso periférico e central	45
Prevenção de pneumonia associada à ventilação	49
Prevenção de infecção de trato urinário	53
Prevenção de infecção de sítio cirúrgico	55
Precauções para isolamento	60
Micro-organismos multirresistentes	72
Profilaxia para acidente perfuro cortante	74

PARTE I

USO DE ANTIBIÓTICO EM NEONATOLOGIA E PEDIATRIA

SEPSE NEONATAL PRECOCE

Recém nascido (RN) assintomático ou oligossintomático com ≤ 34 semanas de idade gestacional com fatores de risco materno para infecção

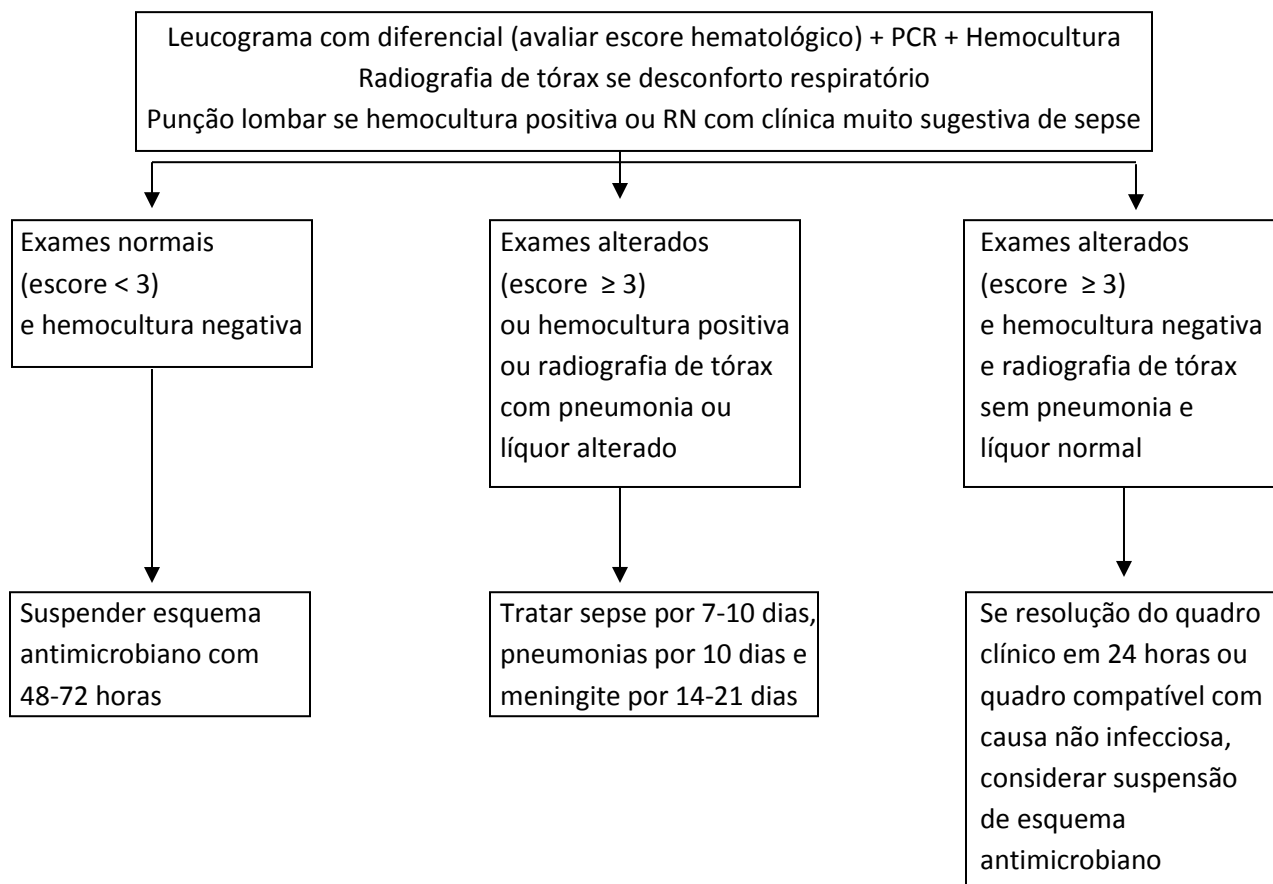
OU

Neonato sintomático (instabilidade térmica, bradicardia, apneia, intolerância alimentar, desconforto respiratório, intolerância à glicose, instabilidade hemodinâmica, hipoatividade/letargia) independente da idade gestacional.

Considerar **INFECÇÃO SUSPEITA**

Colher hemograma completo, proteína C reativa (PCR) e hemocultura nas primeiras 12-24 horas de nascimento, realizar radiografia de tórax se desconforto respiratório e iniciar ampicilina + gentamicina.

Após 48-72 horas de vida, coletar novo hemograma e PCR e checar resultado da cultura.



Fatores de risco materno

- Bolsa rota maior que 18 horas
- Cerclagem
- Trabalho de parto em gestação menor que 35 semanas
- Procedimentos de medicina fetal nas últimas 72 horas
- Infecção do trato urinário materna sem tratamento ou em tratamento nas últimas 72 horas
- Febre materna nas últimas 48 horas
- Corioamnionite
- Colonização por estreptococo B em gestante, sem quimioprofilaxia intraparto, quando indicada

Escore hematológico

- Leucocitose ou leucopenia (considerar leucocitose > 25.000 ao nascimento ou > 30.000 entre 12 e 24 horas ou > 21.000 acima de 48 horas de vida. Considerar leucopenia < 5.000)
- Neutrofilia ou neutropenia
- Elevação de neutrófilos imaturos
- Índice neutrofílico aumentado (razão dos neutrófilos imaturos sobre os segmentados)
- Alterações degenerativas nos neutrófilos como vacuolização e granulação tóxica
- Plaquetopenia < 150.000

Um escore ≥ 3 oferece sensibilidade de 96% e especificidade de 78% para sepse e um escore de 0, 1 ou 2 fornece um valor preditivo negativo de 99%.

Valores esperados para o leucograma

	Neutropenia		Neutrofilia		Neutrófilos Imaturos	Índice neutrofílico
	PN < 1,5kg	PN > 1,5kg	PN < 1,5kg	PN > 1,5kg		
Nascimento	< 500	< 1.800	> 6.300	> 5.400	> 1.100	> 0,16
12 horas	< 1.800	< 7.800	> 12.400	> 14.500	> 1.500	> 0,16
24 horas	< 2.200	< 7.000	> 14.000	> 12.600	> 1.280	> 0,16
36 horas	< 1.800	< 5.400	> 11.600	> 10.600	> 1.100	> 0,15
48 horas	< 1.100	< 3.600	> 9.000	> 8.500	> 850	> 0,13
60 horas	< 1.100	< 3.000	> 6.000	> 7.200	> 600	> 0,13
72 horas	< 1.100	< 1.800	> 6.000	> 7.000	> 550	> 0,13
120 horas	< 1.100	< 1.800	> 6.000	> 5.400	> 500	> 0,12
4º ao 28º dia	< 1.100	< 1.800	> 6.000	> 5.400	> 500	> 0,12

SEPSE NEONATAL TARDIA

Na suspeita de sepse tardia, iniciar:

Amicacina + Vancomicina

Realizar punção lombar, se líquido alterado ou não for possível realizar a punção lombar*, trocar para:

Cefepime + Vancomicina

* Se não for possível realizar punção lombar no primeiro momento, manter amicacina e fazer nova tentativa em 24 horas.

ENTEROCOLITE NECROTIZANTE

Se internado na UTI em menos de 48 horas, iniciar:

Ampicilina + gentamicina + metronidazol

Se internado na UTI por mais de 48 horas, iniciar:

Piperacilina - tazobactam

Sempre coletar hemocultura antes de iniciar ou trocar o antibiótico.

Sempre adequar o tratamento após o resultado do antibiograma das culturas colhidas.

Procurar sempre manter monoterapia e o utilizar o antibiótico de menor espectro bacteriano adequado para o tratamento do micro-organismo isolado em cultura.

Reservar o uso de carbapenêmico (meropenem ou imipenem) para bactérias resistentes aos esquemas usuais utilizados de forma empírica na unidade.

INFECÇÃO FÚNGICA NEONATAL

Tratamento empírico precoce

Na suspeita de sepse tardia, iniciar tratamento antifúngico empírico nos seguintes casos:

- Peso ao nascer < 1500g ou RN grave
- Neutropenia ou plaquetopenia
- Uso anterior de antibióticos de largo espectro (cefepime, vancomicina ou carbapenêmicos) por 7 dias ou mais
- Apresentar um dos fatores abaixo:
 - Nutrição parenteral
 - Ventilação mecânica
 - Uso de corticóide
 - Uso de bloqueadores H2
 - Candidíase mucocutânea

Iniciar Anfotericina B 1mg/kg/dia após a coleta de sangue para hemocultura e líquido

Se insuficiência renal ou intolerância à Anfotericina B, considerar:

- Anfotericina B lipossomal* 3-5mg/kg/dia
- Fluconazol** 12mg/kg/dia
- Micafungina 2-10mg/kg/dia

* Não utilizar anfotericina lipossomal no caso de infecção fúngica em trato urinário

** Não utilizar fluconazol nos casos de *Candida krusei* e *Candida glabrata* devido à resistência intrínseca

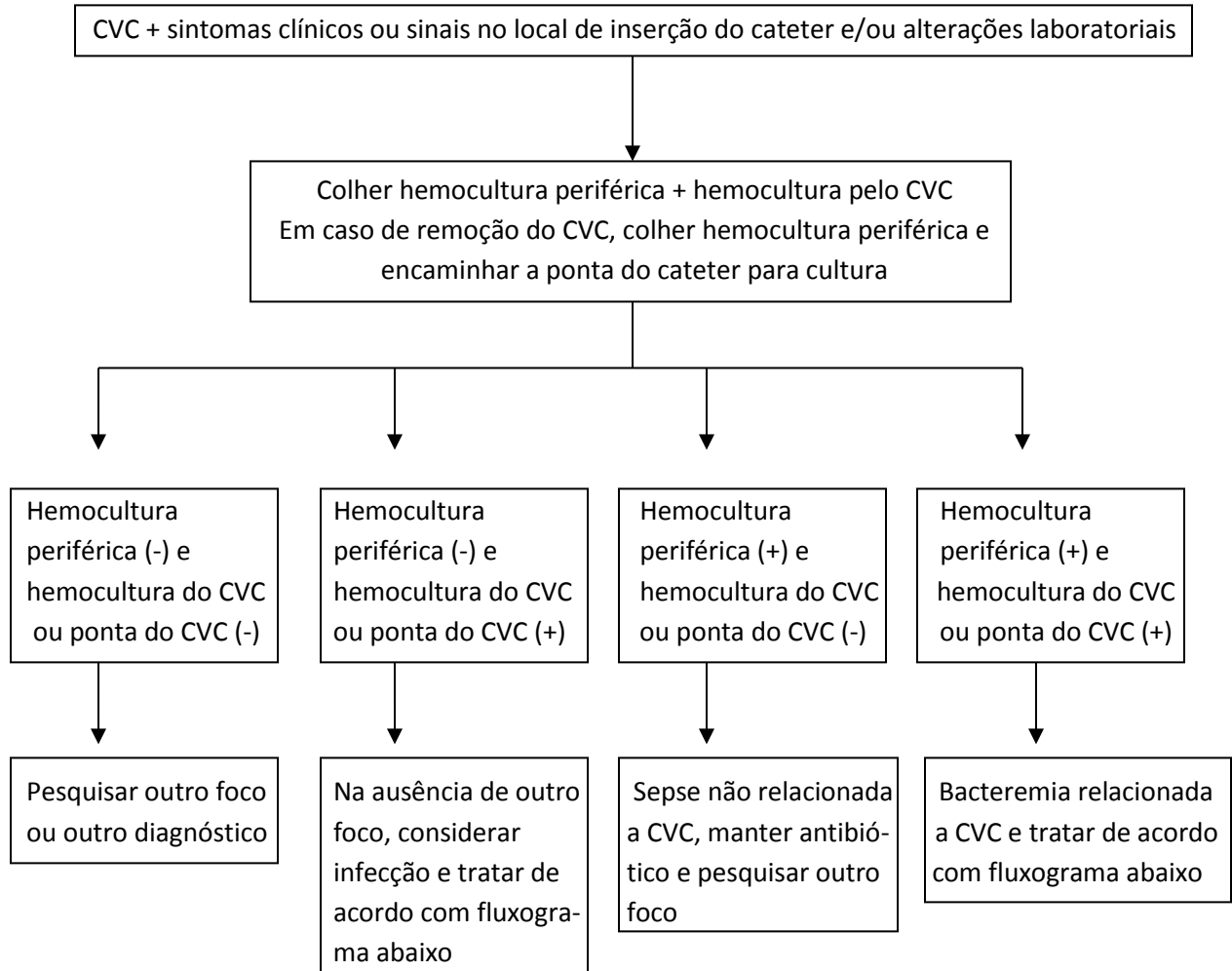
Realizar pesquisa de foco profundo:

- Punção lombar, fundo de olho, ecocardiograma, ultrassom abdominal (avaliação para abscesso hepático e renal) e de sistema nervoso central

Repetir hemoculturas de 48-72 horas e tratar por 14 dias a partir da primeira cultura negativa, se envolvimento de foco profundo, tratar por 4-6 semanas.

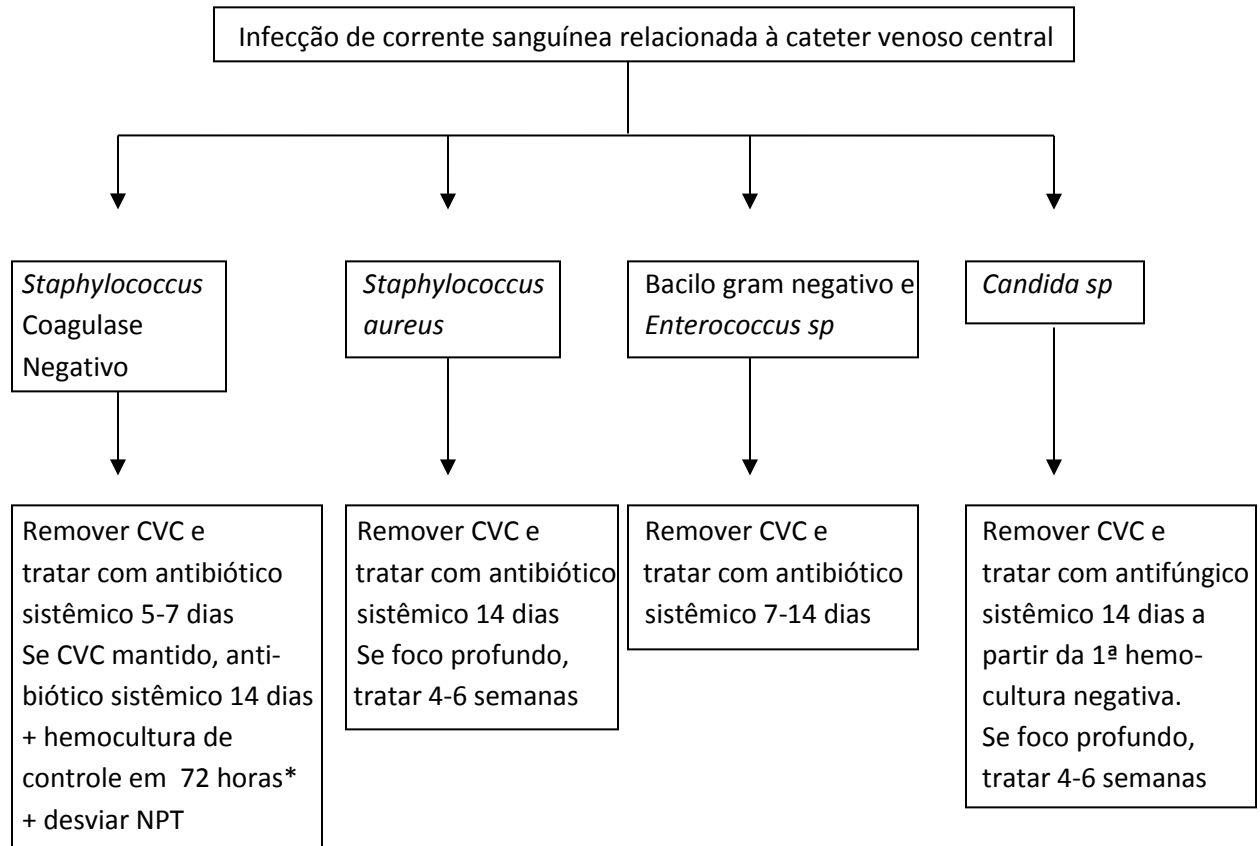
Se tratamento empírico com culturas negativas, na ausência de foco profundo, tratar por 21 dias.

Sempre retirar o cateter venoso central. Se necessário, passar novo cateter venoso central em sítio diferente do anterior.

INFECÇÃO RELACIONADA A CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

- Considerar infecção relacionada ao CVC se houver crescimento do mesmo agente na cultura de sangue periférico e do cateter, e o tempo de positividade da hemocultura do cateter for menor que 2 horas que da hemocultura periférica.
- Considerar cultura de ponta de cateter positiva se houver crescimento ≥ 15 unidades formadoras de colônia (UFC).

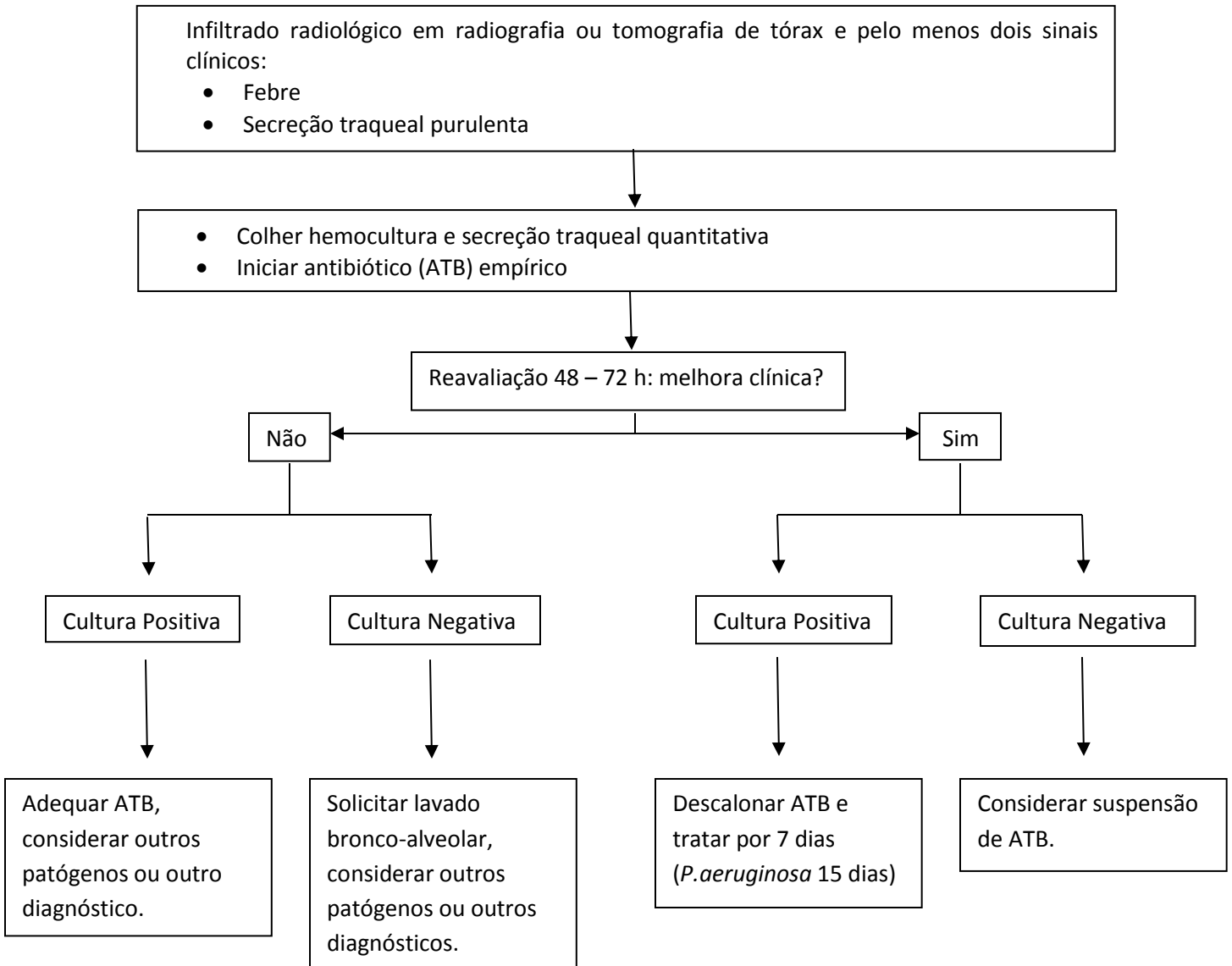
TRATAMENTO DA INFECÇÃO RELACIONADA A CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)



* Se hemocultura após 72 horas de tratamento for positiva, retirar o cateter e tratar por 5-7 dias após a retirada do cateter.

PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Suspeita de pneumonia



Valorizar culturas quantitativas de acordo com os pontos de corte abaixo:

- Lavado bronco-alveolar: $> 10^3 - 10^4$ UFC/ml
- Secreção traqueal: $> 10^5 - 10^6$ UFC/ml

INFECÇÕES VIRAIS RESPIRATÓRIAS (INFLUENZA E VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO)

Considerar infecção viral respiratória se:

- Paciente apresentar desconforto respiratório e sinais de infecção respiratória alta (coriza, tosse, dor de garganta), mialgia, irritação e febre
- Radiografia de tórax sem condensação; normal ou com infiltrado difuso
- Período sazonal de circulação (influenza: inverno, vírus sincicial respiratório: outono) ou evidência epidemiológica de circulação viral na comunidade

Coletar material de nasofaringe por aspirado ou swab (um swab de cada narina e um de orofaringe) dos casos internados na UTI. Em paciente intubado, o material de aspirado traqueal substitui o swab de orofaringe.

Utilizar swab de rayon, específico para a pesquisa de vírus respiratórios que vem acompanhado de meio específico. Solicitar pedido de pesquisa de painel viral em impresso do LACEN e encaminhar a ficha de notificação de influenza.

No LACEN se realiza imunofluorescência indireta do material para pesquisa de influenza A e B, parainfluenza 1, 2 e 3, adenovírus e vírus sincicial respiratório.

Deixar o paciente em precaução respiratória para gotícula até resultado do exame ou fim do período de transmissibilidade*. Em UTI neonatal deixar o paciente em incubadora.

*Período de transmissibilidade:

Influenza: 24 horas antes do início dos sintomas e em até 5 dias após o início dos sintomas ou 3 dias após o final da febre. Em crianças pequenas pode durar até 14 dias e em pacientes imunossuprimidos por mais tempo.

Vírus sincicial respiratório: 3 a 8 dias após o início dos sintomas, mas em recém-nascidos pode durar semanas.

Iniciar oseltamivir na suspeita de caso de influenza de acordo com tabela abaixo:

ANTIVIRAL	FAIXA ETÁRIA	PESO	DOSE
Oseltamivir	Adulto		75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 Kg	30mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 Kg a 40 Kg	60mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 Kg	75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	< 3 meses	12mg, 12/12h, 5 dias
		3 a 5 meses	20mg, 12/12h, 5 dias
6 a 11 meses		25mg, 12/12h, 5 dias	

ANTIBIÓTICO-PROFILAXIA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA

Classificação da cirurgia	Tipo de cirurgia	Antimicrobiano	Antimicrobiano pós-operatório
Limpa	Operações de pequeno porte (hérnia inguinal, correção de criptorquidia, postectomia)	Nenhum	Nenhum
	Correção de linfangiomas	Cefazolina	24 horas
	Traqueostomia*	Nenhum	Nenhum
	Esplenectomia	Cefazolina	Nenhum
Potencialmente contaminada	Correção de malformação adenomatóide cística Correção de hérnia ou eventração diafragmática Gastrofunduplicatura Gastrostomia Correção de estenose hipertrófica do piloro Colecistectomia	Cefazolina	24 horas
	Correção de refluxo vesicoureteral e de estenose de junção ureteropélvica Nefrectomia em pacientes sem infecção do trato urinário	Cefazolina	24 horas
	Atresia de esôfago	Ampicilina-sulbactam	24 horas
	Apendicectomia**	Ampicilina-sulbactam	24 horas
Contaminada	Cirurgia com anastomose de intestino delgado Cirurgia com anastomose colônica	Ampicilina-sulbactam	24-48 horas
	Defeitos de parede abdominal (onfalocele/gastrosquise)***	Ampicilina + gentamicina	48 horas
	Infectada	Sempre realizar antibioticoterapia	

* Em pacientes em uso prolongado de tubo traqueal quando indicado o procedimento, considerar o uso de cefazolina (dose única).

** Se for encontrada apendicite complicada (perfuração, abscesso ou peritonite), converter para antibioticoterapia.

*** Não há estudos controlados que indiquem a necessidade ou não de uso profilático de antimicrobianos até a correção cirúrgica. Se houver sinais sistêmicos ou locais de infecção, iniciar antibioticoterapia após a coleta de culturas de sítios estéreis. Manter antibioticoterapia até retirada de silo nos casos que não é possível o fechamento da parede abdominal no primeiro tempo operatório.

DOSES DE ANTIMICROBIANOS EM NEONATOLOGIA

ANTIBIÓTICO (mg/kg ou UI/kg*)	PESO AO NASCIMENTO				
	< 1200g	1200 – 2000g		> 2000g	
		0 a 4 semanas	0 a 7 dias	> 7 dias	0 a 7 dias
Ampicilina	25mg/12h	25mg/12h	25mg/8h	25mg/8h	25mg/6h
Ampicilina - meningite	50mg/12h	50mg/12h	50mg/8h	50mg/8h	50mg/6h
Cefalotina	20mg/12h	20mg/12h	20mg/8h	20mg/8h	20mg/6h
Cefazolina	20mg/12h	20mg/12h	20mg/8h	20mg/8h	20mg/8h
Cefotaxima	50mg/12h	50mg/12h	50mg/8h	50mg/12h	50mg/8h
Ceftazidima	50mg/12h	50mg/12h	50mg/8h	50mg/8h	50mg/8h
Ceftriaxone	50mg/24h	50mg/24h	50mg/12h	50mg/24h	50mg/12h
Clindamicina	5mg/12h	5mg/12h	5mg/8h	5mg/8h	5mg/6h
Eritromicina	10mg/12h	10mg/12h	10mg/8h	10mg/12h	10mg/6h
Imipenem	20mg/12h	20mg/12h	20mg/12h	20mg/12h	20mg/8h
Linezolida	10mg/12h	10mg/12h	10mg/8h	10mg/8h	10mg/8h
Meropenem	20mg/12h	20mg/12h	20mg/12h	20mg/12h	20mg/12h
Meropenem – meningite	40mg/8h	40mg/8h	40mg/8h	40mg/8h	40mg/8h
Metronidazol	7,5mg/48h	7,5mg/24h	7,5mg/12h	7,5mg/12h	7,5mg/12h
Oxacilina	25mg/12h	25mg/12h	25mg/8h	25mg/8h	25mg/6h
Oxacilina – meningite	50mg/12h	50mg/12h	50mg/8h	50mg/8h	50mg/6h
Penicilina Cristalina**	25.000/12h	25.000/12h	25.000/12h	25.000/8h	25.000/6h
Penicilina Cristalina – meningite	50.000/12h	50.000/12h	50.000/12h	50.000/8h	50.000/6h
Penicilina Benzatina		50.000/24h	50.000/24h	50.000/24h	50.000/24h
Penicilina Procaína		50.000/24h	50.000/24h	50.000/24h	50.000/24h
Piperacilina - tazobactam	50mg/12h	50mg/12h	100mg/12h	100mg/12h	100mg/8h
Vancomicina	10mg/12h	10mg/12h	10mg/12h	10mg/8h	10mg/8h

* UI/kg para penicilina

** Para infecções por *Streptococcus agalactiae*- administrar 250.000-400.000 UI/Kg/dia

Amicacina

Idade gestacional (semanas)	Idade pós-natal (dias)	Dose (mg/kg)	Intervalo (horas)
≤ 29	0 - 7	18	48
	8 -28	15	36
	≥ 29	15	24
30 a 34	0 - 7	18	36
	≥ 8	15	24
≥ 35	Qualquer	15	24

Gentamicina

- Recém-nascido pré-termo: 3,5 – 4mg/kg/dose a cada 24 horas
- Recém-nascido termo: 3,5 – 5mg/kg/dose a cada 24 horas

Cefepime

- Recém-nascido pré-termo e termo ≤ 28 dias: 30mg/kg/dose 12/12h
- Recém-nascido pré-termo e termo > 28 dias: 50mg/kg/dose 12/12h

Teicoplanina

Dose de ataque: 16mg/kg/dose

Dose de manutenção: 8mg/kg/dose 24/24h

PARTE II

MANEJO DAS INFECÇÕES NA MATERNIDADE

HIV/AIDS

HIV na gestante

A transmissão vertical é responsável por mais de 90% de todos os casos de HIV/AIDS em pediatria. Com o uso da profilaxia pré-natal e medidas peri e pós-natais, a taxa de transmissão passa de 25% para menos que 1%.

Toda gestante deverá fazer o teste rápido na maternidade SE não estiver descrita sorologia no cartão da gestante no terceiro trimestre. Caso o teste rápido seja positivo, considerar conduta para gestante com carga viral (CV) desconhecida.

Nas gestantes CV inferior a 1.000 cópias/ml e em uso de esquema antirretroviral (ARV) combinado, pode-se optar pelo parto normal, mas a episiotomia deve ser evitada sempre que possível e o AZT IV deve ser feito durante o trabalho de parto.

- Preferir a progressão normal do trabalho de parto evitando a ruptura artificial das membranas. Se houver ruptura, não deixar exceder 4 horas para o parto.
- A indução do parto não é contraindicada.
- A ligadura do cordão umbilical deve ser imediata à expulsão do feto, não devendo ser executada, sob nenhuma hipótese, a ordenha do cordão.

A cesárea eletiva deve ser indicada para gestantes HIV+ que não realizaram profilaxia antirretroviral combinada durante a gestação, que usaram apenas monoterapia com AZT ou que tenham sua carga viral desconhecida ou superior a 1.000 cópias/ml com 34 semanas ou mais de gestação.

Toda gestante deve receber AZT IV, mesmo que possua resistência ao AZT, desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical, que deverá acontecer imediatamente após o nascimento e sem realizar ordenha.

- Para as gestantes com indicação de cesariana eletiva, a infusão de AZT deve ter início 3 horas antes da cirurgia e ser mantida até a hora do nascimento.
- Iniciar a infusão, em acesso venoso, individualizado, com 2mg/kg na primeira hora, seguindo com a infusão contínua, com 1mg/kg/hora, até o clampeamento do cordão umbilical.
- Diluir em 100 mL de soro glicosado a 5% e gotejar, conforme tabela a seguir, lembrando de acrescentar, proporcionalmente, o volume referente ao equipo.

Ataque (2mg/kg) Correr na primeira hora		
Peso do paciente (kg)	Quantidade de zidovudina (ml)	Gotas/min
40	8	36
50	10	37
60	12	37
70	14	38
80	16	39
90	18	39
Manutenção (1mg/kg/hora) Infusão contínua		
40	4	35
50	5	35
60	6	35
70	7	36
80	8	36
90	9	36

Orientar a mãe a não amamentar, inibir amamentação com cabergolina 1mg/dia VO (2 comprimidos de 0,5mg VO). Utilizar enfaixamento das mamas apenas quando não houver resposta ao tratamento medicamentoso.

Atenção: Toda gestante deverá, na ocasião da alta, ter o status sorológico definido.

Criança Exposta ao HIV

Toda criança filha de mãe HIV+ deverá receber o AZT oral, nas duas primeiras horas do nascimento, na dose 4mg/kg de 12/12h e esta medicação deverá ser mantida até 42 dias de vida, impreterivelmente.

- Dose para RN menores que 34 semanas ou 2.000g: 1,5mg/kg, VO ou IV, a cada 12 horas nas primeiras 2 semanas e 2mg/kg a cada 8 horas por mais 4 semanas.

A criança maior que 35 semanas, cuja mãe não fez uso de nenhum antirretroviral durante a gestação, ainda que tenha feito AZT IV durante o parto, deverá receber o AZT VO, conforme esquema acima, E a nevirapina (NVP) nas doses:

- RN com 1.500 a 2.000g ao nascimento: 8mg (0,8mL)/dose, via oral.
- RN maior que 2.000g ao nascimento: 12mg (1,2mL)/dose, via oral.

A posologia da nevirapina, para todos maiores de 1.500g, consiste em 3 doses.

A primeira dose deverá ser dada até 48h de vida, a segunda dose 48h após a primeira e a terceira dose 96h após a segunda.

- Para o RN menor que 35 semanas ou 1.500g, deverá ser feito SOMENTE o AZT VO até 42 dias de vida.
- Caso o RN não possa receber dieta ou medicamentos VO, SOG ou SNG, a quimioprofilaxia deverá ser feita com AZT IV na dose de 1,5mg/kg/dose de 6/6h, mesmo que a mãe não tenha recebido ARV na gestação.

Na ocasião da alta, orientar a mãe em relação ao uso da medicação e fornecer em quantidade suficiente, bem como anotar no cartão da criança ou no encaminhamento o esquema utilizado na sala de parto e período neonatal.

Orientar a mãe que o aleitamento materno está contra indicado, bem como o aleitamento cruzado.

Fornecer a fórmula infantil em quantidade suficiente até a consulta no serviço especializado.

Encaminhar a criança ao pediatra geral E a um serviço especializado de HIV/Aids até a segunda semana de vida, preferencialmente (referência do HMIB: Unidade Mista de Saúde da 509 sul).

SÍFILIS

Toda gestante deverá fazer o VDRL na maternidade **SE** não estiver descrito no cartão da gestante no terceiro trimestre.

Atenção: É obrigatória a busca e documentação da sorologia materna para HIV e hepatite B durante a gestação, além da pesquisa na anamnese materna de outras doenças sexualmente transmissíveis, diante de qualquer recém nascido com suspeita de sífilis congênita em razão da coinfeção ser frequente.

O tratamento da sífilis na gestante deve ser realizado de acordo com os esquemas abaixo, segundo a fase da doença:

- Sífilis primária: penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), em dose única;
- Sífilis secundária ou sífilis assintomática com menos de um ano de evolução (latente recente): duas séries de penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre cada série. Dose total: 4.800.000 UI;
- Sífilis terciária ou sífilis assintomática com mais de um ano de evolução (latente tardia) ou com duração ignorada: três séries de penicilina G benzatina 2.400.00 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre cada série. Dose total: 7.200.000 UI.

Atenção: Não conhecendo o tempo de doença, considerar como latente tardia.

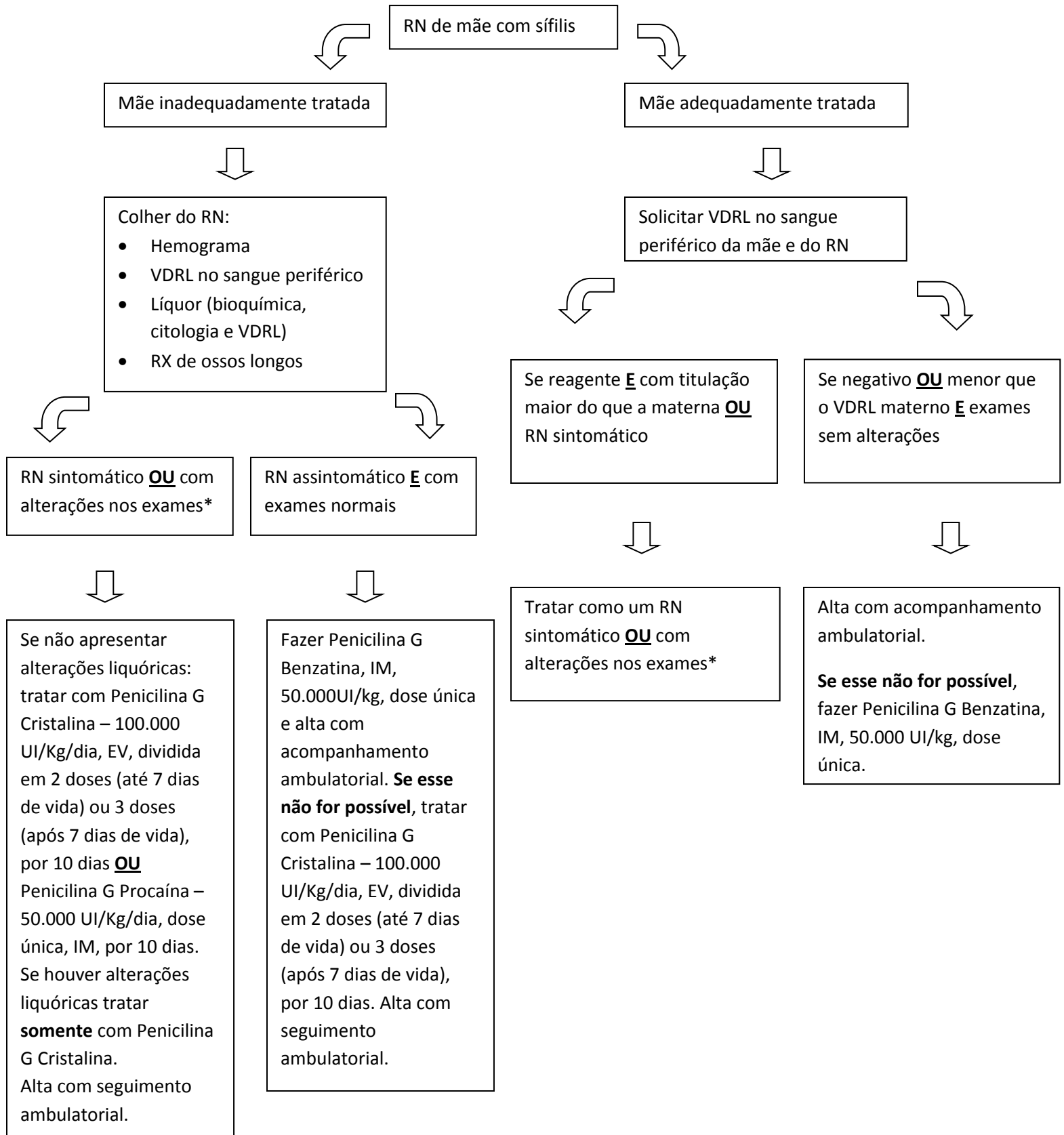
Para gestantes com alergia à penicilina, a doxiciclina, na dose de 100 mg por via oral de 12/12 horas, durante 15 dias na sífilis recente e durante 30 dias na sífilis tardia, é a opção terapêutica para gestantes. No entanto, ela será classificada como inadequadamente tratada para fins de acompanhamento do RN.

Para o acompanhamento e tratamento do RN, classificar como filho de:

Mãe adequadamente tratada – Fez o tratamento corretamente de acordo com a fase da doença e descrito no cartão da gestante **E** parceiro com tratamento concomitante;

Mãe inadequadamente tratada ou não tratada – Não realizou o tratamento corretamente **OU** tratamento sem ser com penicilina **OU** tratamento inadequado para a fase da doença **OU** tratamento 30 dias antes do parto **OU** tratamento não descrito no cartão da gestante **OU** parceiro não fez o tratamento concomitante, independente do tratamento da gestante.

Seguir fluxograma abaixo:



* RN sintomático **OU** com alterações nos exames:

1. Ao exame clínico: prematuridade, baixo peso ao nascimento, hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como por exemplo, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, catarata, glaucoma, uveíte, icterícia, linfadenopatia generalizada (principalmente epitroclear).
2. Outras características clínicas, menos comuns, incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite.
3. Considerar hemograma alterado diante de hematócrito inferior a 35%, plaquetopenia, leucopenia ou leucocitose de acordo com as curvas de normalidade para as horas de vida, linfocitose e monocitose.
4. No RX de ossos longos considerar alterações: osteocondrite, periostite e metafisite, que acometem ossos longos, costelas e alguns ossos cranianos, presentes com frequência.
5. Considerar alterado o líquido, até 28 dias de vida, se número de células for superior a $25/\text{mm}^3$ **OU** proteína superior a 150 mg/dL. O VDRL do LCR é mandatório, pois apesar da baixa sensibilidade, sua especificidade é alta.

Atenção: Nenhum recém-nascido deve ter alta hospitalar até que a sorologia materna seja conhecida.

HEPATITE B

Todo recém-nascido deve receber a vacina para hepatite B.

O recém-nascido de mãe com hepatite B crônica deve receber a vacina contra a hepatite B e a imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B (HBIG) na dose única de 0,5 ml nas primeiras 12 horas de vida. Ambas são intramusculares e quando feitas simultaneamente, devem ser realizadas em grupos musculares diferentes.

Quando a mãe não tiver sorologia para hepatite B no pré-natal e o status sorológico for desconhecido, vacinar o recém-nascido nas primeiras 12 horas de vida e solicitar o HBsAg materno. Se positivo, administrar a HBIG 0,5 ml IM o mais rápido possível, antes do oitavo dia de vida. Se não for possível obter o resultado do HBsAg materno em tempo hábil, considerar o uso de imunoglobulina em recém-nascidos de mães com alto do risco de serem portadoras de hepatite B (sinais e sintomas de doença hepática aguda ou crônica, história de múltiplos parceiros sexuais, usuária de drogas injetáveis, diagnóstico ou história de outras doenças sexualmente transmissíveis).

O parto cesáreo não é indicado como medida de prevenção da infecção e o aleitamento materno não é contraindicado.

VARICELA

Toda gestante sem antecedente de varicela com contato com pessoa com varicela ou herpes-zoster deve receber imunoglobulina anti-varicela zoster (VZIG) em até 96 horas do contato.

Toda gestante internada com varicela deve permanecer em isolamento respiratório para aerossol e contato até que todas as lesões estejam em forma de crosta e ser atendida por profissionais imunes. Não há indicação de se antecipar o parto.

Atenção: Todo profissional de saúde sem história de varicela, deve ser vacinado para varicela nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE).

No caso de gestante com varicela 5 dias antes ou 2 dias após o parto, o recém-nascido deve receber VZIG ao nascimento. Caso permaneça internado, o recém-nascido deve permanecer em isolamento respiratório para aerossol por até 28 dias se assintomático. Todo recém nascido com varicela congênita ou pós-neonatal com vesícula deve receber aciclovir 30mg/kg/dia e ficar em isolamento respiratório para aerossol e contato até que as lesões estejam em fase de crosta.

Atenção: O recém-nascido com síndrome da varicela congênita sem vesícula, não precisa receber aciclovir, nem precisa ficar em isolamento. Não há excreção viral, as alterações ao nascimento são sequelas da replicação viral intra-útero.

A mãe com varicela 5 dias antes ou 2 dias após o parto, com recém-nascido com lesões de varicela devem permanecer isolados juntos e receber alta assim que possível.

A mãe com varicela 5 dias antes ou 2 dias após o parto, com recém-nascido sem lesões de varicela devem ficar isolados separados, mesmo que o recém-nascido tenha recebido VZIG.

No caso de exposição à varicela no berçário:

Devem receber VZIG os recém-nascidos que nasceram com idade gestacional maior ou igual 28 semanas de mãe sem história de varicela e os recém-nascidos que nasceram com idade gestacional menor que 28 semanas independente do antecedente da mãe sobre varicela.

Dose da VZIG: 125 UI para cada 10 kg de peso (dose mínima de 125 UI, dose máxima de 625 UI) IM

Os profissionais de saúde sem história de varicela devem realizar sorologia e podem trabalhar por até 8 dias do contato no berçário. Aqueles com sorologia negativa ou que não foi possível obter sorologia devem ficar afastados das atividades de assistência por até 21 dias.

Atenção: A história clínica de varicela ou herpes zoster prévia é confiável na avaliação de imunidade contra a doença. A maioria dos adultos sem história ou história incerta de varicela também são soropositivos para o vírus varicela-zoster.

Conduta para as mães e recém-nascidos com parentes infectados (usualmente outra criança) em casa no momento da alta

- Ambos mantidos no hospital até que todas as lesões do parente estejam crostosas.
- A mãe pode retornar para a casa, enquanto o recém-nascido permanece internado.
- O recém-nascido fica em outro domicílio até o término da fase infectante do parente (lesões crostosas).
- Quando não é possível nenhuma das alternativas acima, o recém-nascido recebe VZIG e tem alta para casa.

Mãe com herpes-zoster

Se lesão de até um dermatomo, não precisa de isolamento, basta cobrir as lesões.

A mãe pode amamentar se as lesões não forem na mama, orientar a higiene das mãos antes do contato com o recém-nascido e cobrir as lesões.

A mãe pode entrar no berçário com as lesões cobertas.

O filho de mãe com herpes-zoster no momento do parto não precisa receber VZIG pois não há viremia (propagação viral por terminação nervosa) e a mãe apresenta altos títulos de anticorpos.

HERPES SIMPLEX

A gestante com história de herpes genital sem lesão ativa visível no momento do parto, pode realizar parto normal ou cesáreo de acordo com indicação obstétrica.

A gestante com lesão genital ativa no momento do parto deve realizar cesariana se ao chegar à maternidade não tiver ocorrido ruptura de membranas ou se a mesma ocorreu em até 4 a 6 horas.

Se no caso de gestante com lesão genital e o parto vaginal foi inevitável, se o recém-nascido for sintomático, tratar com aciclovir 60mg/kg/dia, dividido em 3 doses (20mg/kg/dose) IV por 14 dias, se houver acometimento de sistema nervoso central, tratar por 21 dias. Se recém-nascido assintomático, colher culturas para herpes (urina, fezes, secreção ocular, região retal, boca e nasofaringe) e aguardar o resultado 24-48 horas. Se culturas positivas para herpes simplex ou não for possível obter culturas, tratar com aciclovir nas mesmas doses e tempo indicados para recém nascido sintomático.

A criança sintomática ou aquela assintomática nascida por parto normal com mãe com lesão genital ativa e bolsa rota maior que 4 a 6 horas, devem ser colocadas em isolamento de contato.

O recém-nascido pode ser mantido no alojamento conjunto, orientando a mãe a higienizar as mãos ao contato com o recém-nascido e cobrindo as lesões.

A amamentação é liberada, exceto se a mãe apresentar lesões em mamilo. Mães com herpes labial devem usar máscaras cirúrgicas durante a amamentação e não podem beijar o recém-nascido até que as lesões estejam na fase de crosta.

TUBERCULOSE

A gestante deve ser tratada com esquema RHZE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) nas doses usuais, sendo recomendado o uso de piridoxina 50mg/dia pelo risco de toxicidade neurológica no recém-nascido devido à isoniazida.

Caso a gestante seja bacilífera no período do parto, deve-se manter a paciente em precauções respiratórias para aerossóis na maternidade e durante o parto.

Não há contraindicação para o uso do leite materno. No caso de aleitamento materno no peito, a mãe bacilífera deve utilizar máscara cirúrgica.

O recém-nascido de mãe bacilífera não deve ser vacinado para BCG, mas deve iniciar na maternidade profilaxia com isoniazida 5 a 10mg/kg e deve receber alta com seguimento ambulatorial.

PARTE III

USO DE ANTIBIÓTICO EM GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA

INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-CESÁREA

Avaliação inicial

- Ultrassonografia de partes moles
- Coleta de material para bacterioscopia e culturas (nos casos exsudativos)
- Avaliação sistêmica clínica e laboratorial

DOENÇA	QUADRO CLÍNICO	TRATAMENTO	CONDUTAS
Forma leve	Hiperemia e hipertermia local Ausência de comprometimento sistêmico	Não está indicado	Acompanhamento ambulatorial Tratamento conservador da ferida
Celulite Acometimento difuso e extenso do tecido celular subcutâneo	Ausência de comprometimento sistêmico	Amoxicilina/clavulanato (500 + 125mg) 1 cp VO q 8h OU clindamicina 300mg 1 cp VO q 6h ou 2cp VO q 8h	Acompanhamento ambulatorial Tratamento conservador da ferida
	Presença de comprometimento sistêmico	Clindamicina 600mg IV q 6h + gentamicina 5mg/kg/dose diária IV	Internação Abordagem cirúrgica com remoção de tecido necrótico (envio para cultura)
Forma purulenta/exsudativa	Hiperemia e calor local Coleções teciduais	Clindamicina 600mg IV q 6h + gentamicina 5mg/kg/dose diária IV	Internação Abordagem cirúrgica para drenagem de coleções
Celulite e fasceíte necrotizante	Acometimento difuso de subcutâneo e fáscia muscular, acompanhado de crepitação e necrose de extensa área tecidual	Penicilina 2.000.000 UI IV q 4h + clindamicina 600mg IV q 6h	Internação Abordagem cirúrgica para drenagem de coleções e desbridamento extenso
	Nos casos graves ou de má evolução clínica	Associar gentamicina 5mg/kg/dose diária IV OU ceftriaxone 1g IV q 12 h	Considerar uso de câmara hiperbárica

Obs: fazer reorientação da terapêutica após resultados de bacterioscopias e de culturas.

ABORTAMENTO E INFECÇÃO PUERPERAL

TIPO	ANTIBIÓTICO	DOSE	OPÇÃO AMBULATORIAL
Abortamento clandestino ou infecção puerperal	Ampicilina OU penicilina + gentamicina* + metronidazol OU Clindamicina + gentamicina*	1-2g IV q 4h; 3 milhões de U IV q 4h; 5mg/kg/dose IV diária; 500mg IV q 8h; 600mg IV q 6h; 5mg/kg/dose IV diária até paciente afebril por 48 horas	Amoxicilina/clavulanato 500/125mg VO q 8h

* Comprometimento da função renal: substituir gentamicina por ceftriaxone

A manutenção de febre após 48 horas do início do tratamento, sem evidência de foco extragenital, deverá ser interpretada como falha terapêutica: considerar abordagem cirúrgica

MASTITE

TRATAMENTO HOSPITALAR	TRATAMENTO AMBULATORIAL
1ª opção: oxacilina 2g IV q 4h de 7 a 10 dias*	1ª opção: cefalexina 1g q 6h por 7 dias
2ª opção: clindamicina 600mg IV q 6h por 7 a 10 dias	2ª opção: clindamicina 600mg VO q 6h por 7 dias para alérgicos aos beta-lactâmicos

*No caso de mastite fora do período puerperal, com secreção escura subareolar e mal cheirosa, associar metronidazol 500mg IV q 8h

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Na admissão de gestante em trabalho de parto prematuro com idade gestacional ≥ 24 semanas, coletar swab vaginal-retal para pesquisa de *Streptococcus* do grupo B, inocular no meio de cultura específico Todd-Hewitt e encaminhar para o laboratório.

- No caso de trabalho de parto prematuro sem ruptura de membranas, não fazer ATB
- No caso de trabalho de parto prematuro com ruptura de membranas, avaliar a presença de corioamnionite:

Solicitar hemograma e PCR. A presença de febre com taquicardia materna (>100 bpm) e taquicardia fetal (>160 bpm) é sugestiva de corioamnionite.

No caso de corioamnionite, interromper a gestação e iniciar:

- Ampicilina 2g IV 6/6h + Gentamicina 3-5mg/kg IV dose única diária

Se a resolução for por parto cesárea, acrescentar:

- Metronidazol 500mg IV 8/8h OU Clindamicina 600mg IV 6/6 h

Tratar até gestante ficar 48 horas afebril

- No caso trabalho de parto prematuro com ruptura de membranas sem corioamnionite, com idade gestacional entre 24 e 34 semanas e conduta conservadora, iniciar:

- Ampicilina 2g IV 6/6h + Azitromicina 500mg IV por 2 dias e em seguida passar para Amoxicilina 500mg VO 8/8h + Azitromicina 500mg VO 1x/dia por 3 dias

- Evitar toque vaginal

Quando a paciente entrar em trabalho de parto, fazer profilaxia para *Streptococcus* do grupo B de acordo com as indicações reportadas na próxima seção. Se a paciente já estiver recebendo ampicilina, a profilaxia para *Streptococcus* do grupo B já está sendo feita.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO NEONATAL POR ESTREPTOCOCO DO GRUPO B (*Streptococcus agalactiae*)

Indicações de antibiótico profilaxia intraparto para prevenção de estreptococo do grupo B (*Streptococcus agalactiae*)

- Gestação anterior com história de recém-nascido com infecção por estreptococo do grupo B (sepsis neonatal precoce)
- Bacteriúria com estreptococo do grupo B em qualquer trimestre de gestação
- Swab vaginal-retal positivo para estreptococo do grupo B na gestação atual
- Estado de colonização por estreptococo do grupo B desconhecido no momento do parto, com os seguintes fatores abaixo:
 - Gestação \leq 37 semanas
 - Ruptura de membranas \geq 18 horas
 - Febre no momento do parto ($\geq 38,0^{\circ}$ C)

Realizar antibiótico profilaxia no trabalho de parto

- Penicilina G cristalina 5 milhões de unidades dose inicial, então 2,5-3 milhões de unidades a cada 4 horas até o parto
- OU
- Ampicilina 2g IV dose inicial, então 1g a cada 4 horas até o parto

Se história de alergia à penicilina ou à cefalosporina (anafilaxia, angioedema, desconforto respiratório – broncoespasmo e urticária):

- Clindamicina 900mg IV a cada 8 horas até o parto

Não é necessário fazer profilaxia

- Em caso de cesárea eletiva por indicação obstétrica com bolsa rota no ato, independente do resultado do swab vaginal-retal.
- No caso de um swab vaginal-retal negativo coletado dentro de 5 semanas antes do parto.*

* Se a gestante com swab coletado negativo ainda estiver internada após 5 semanas, coletar novo swab.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Agentes mais comuns: *Nesseirea gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Streptococcus agalactiae*, *Haemophilus influenza*, *Peptococcus spp*, *Peptostreptococcus spp*, *Bacteriodes spp*.

Tratamento de escolha internado:

- Clindamicina 900mg IV q 8h + gentamicina 5mg/kg/dose diária IV
OU
- Ampicilina+sulbactam 3g IV q 6 h

Continuar até 48 h após melhora clínica.

Completar com doxiciclina 100mg VO q 12 h por 14 dias.

Tratamento ambulatorial:

- Levofloxacina 500mg VO 1x/dia + doxiciclina 100mg VO q 12 h + metronidazol 400mg VO q 8 h por 14 dias

Considerar abordagem cirúrgica se necessário.

Critérios de internação: diagnóstico incerto e diferencial com apendicite ou gravidez ectópica, abscesso pélvico, paciente adolescente, com HIV/Aids ou falha no tratamento ambulatorial.

INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO

Bacteriúria assintomática

Caracterizada pela presença de bactérias na urocultura (> 100.000 UFC/ml) e ausência de sinais e sintomas clínicos de infecção.

Indicação de tratamento apenas em mulheres gestantes.

Tratamento: de acordo com o antibiograma por 7 dias.

Infecção do trato urinário baixo (cistite)

- Mulher grávida, puérpera ou nutriz:

- Realizar EAS e urocultura.
- Tratamento: de acordo com o antibiograma
- Duração 7 dias.
- Exames de controle: EAS e urocultura após 2 a 4 semanas.

EAS alterado e coletado urocultura: iniciar antibioticoterapia empírica

- Cefalexina 500mg q 6h ou
- Amoxicilina-clavulanato 500/125mg q 8h

Reavaliar com resultado da cultura e antibiograma e adequar esquema de tratamento se necessário.

- Mulher não grávida

A infecção de trato urinário não complicada em mulheres não grávidas não requer a realização de exames laboratoriais, a decisão de tratar é baseada nos sinais e sintomas clínicos.

Iniciar antibioticoterapia empírica VO:

- Sulfametoxazol – trimetropim* (800mg/160mg) q 12 h por 3 dias ou
- Norfloxacin 400mg q 12 h por 3 dias ou
- Nitrofurantoína 100mg q 12 h por 5 dias ou
- Fosfomicina 3g dose única

*Se houver de 15%-20% de resistência ao sulfametoxazol – trimetropim na comunidade, outra droga deve ser utilizada.

Tratar por 7 dias mulheres diabéticas e > 60 anos.

Ausência de melhora clínica, realizar EAS e urocultura.

- Cultura positiva: agente resistente à droga utilizada: novo tratamento por 3 dias de acordo com antibiograma
- Cultura positiva: agente sensível à droga utilizada: reavaliar o caso
- Cultura negativa: repetir cultura em 48 horas, se novamente negativa:
 - Considerar infecção por:
 - *Clamidia trachomatis*

- *Ureaplasma urealyticum*
- *Gardnerella vaginalis*
- *Mycoplasma hominis*

Tratar com doxiciclina 100mg VO q 12 h por 7 dias ou azitromicina 1g dose única.

Infecção de trato urinário alto (pielonefrite aguda)

- Na presença de sintomas clínicos sugestivos de infecção do trato urinário alto, solicitar: EAS, urocultura e hemocultura.
- Iniciar antibioticoterapia de acordo com o estado geral do paciente:
 - Casos com menor gravidade (tratamento ambulatorial), tratar por 10 dias:
Ciprofloxacina 500mg VO q 12 h ou
Levofloxacina 500mg VO dose diária ou
Amoxicilina-clavulanato 500/125mg VO q 8h
 - Casos com maior gravidade, tratar por 10 - 14 dias:
Ceftriaxone 1g IV q 12h* ou
Ciprofloxacina 400mg IV q 12 h ou
Ampicilina-sulbactam 3g IV q 6h
- Reavaliar em 72 h para passar para terapêutica oral
- Investigar alterações do trato urinário: obstrução/cálculos

*Para gestantes, pacientes com maior risco de insuficiência renal ou idade > 65 anos, usar somente cefalosporina.

PROFILAXIA CIRÚRGICA**Ginecologia**

PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO	DOSE NA INDUÇÃO	INTERVALO		DURAÇÃO
			Intra-operatório	Pós-operatório	
Cirurgia de mama Nodulectomia Quadrantectomia Mastectomia Cirurgia estética com prótese	Cefazolina	1-2 g IV	1 g q 4 h	Não indicado	Intra – operatório
Cirurgia ginecológica Histerectomia abdominal/vaginal Ooforectomia Miomectomia Panhisterectomia Perinoplastia Cistocele Retocele Uretrocistopexia	Cefazolina	1-2 g IV	1 g q 4 h	Não indicado	Intra – operatório

Obstetrícia

PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO	DOSE NA INDUÇÃO	INTERVALO		DURAÇÃO
			Intra-operatório	Pós-operatório	
Parto vaginal	Não indicado				
Parto vaginal com dequitação manual de placenta e/ou manipulação intra-uterina	Cefazolina ou clindamicina	1-2 g IV 600 mg IV	Dose única após camplateamento do cordão	Não recomendado	Dose única
Parto fórceps	Cefazolina ou clindamicina	1-2 g IV 600 mg IV	Dose única após camplateamento do cordão	Não recomendado	Dose única
Parto cesárea	Cefazolina ou clindamicina	1-2 g IV 600 mg IV	Dose única antes da incisão cirúrgica	Não recomendado	Dose única
Abortamento espontâneo	Não indicado				
Abortamento eletivo	Não indicado				
Abortamento clandestino	Indicado TRATAMENTO				

PARTE IV

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

HIGIENE DAS MÃOS

A higiene das mãos é a medida de maior impacto e comprovada eficácia na prevenção das infecções, uma vez que impede a transmissão cruzada de micro-organismos. Por esse motivo, tem sido considerada um dos pilares na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Considerações Gerais

- Não usar adornos (pulseiras, anéis, relógios) durante a assistência ao paciente;
- As unhas devem ser curtas e limpas;
- É proibido o uso de unhas postiças;
- Evitar o uso de esmaltes ou removê-los imediatamente se danificados;
- Manter as roupas de mangas compridas até a altura dos cotovelos para evitar contato direto da roupa do profissional com a microbiota do paciente;
- Em mãos visivelmente sujas, higienizar com água e sabonete.

Indicações

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se: água e sabonete, preparação alcoólica e antisséptico degermante.

Água e sabonete

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Antes e após ir ao banheiro;
- Antes e depois das refeições;
- Antes de preparo de alimentos;
- Antes de preparo e manipulação de medicamentos;
- Antes e após contato com paciente com diarreia;

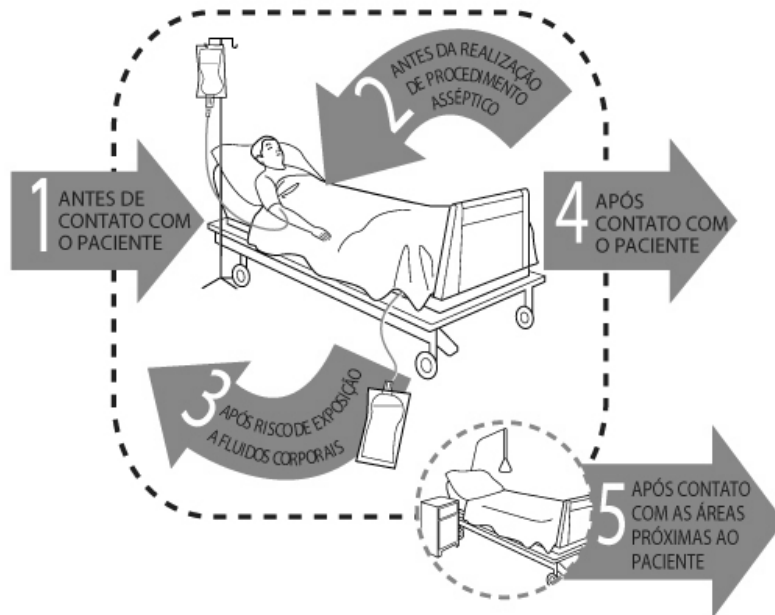
Preparações Alcoólicas

- Antes de contato com o paciente;
- Após contato com o paciente;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Ao mudar de um sítio corporal mais contaminado para outro, menos contaminado, durante o cuidado ao paciente;

- Após contato com objetos e superfícies que fazem parte da unidade do paciente (cama, suporte de soro, respirador mecânico, bomba de infusão, estetoscópio, termômetro, lençol, etc);

Durante a assistência ao paciente, considerar os 5 MOMENTOS para a higiene das mãos:

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Degermação da pele das mãos

- No pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda equipe cirúrgica);
- Antes da realização de procedimentos invasivos (ex: inserção de cateter intravascular central, punções, drenagens de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias e outros).

Técnicas

As técnicas de higienização das mãos podem variar, dependendo do objetivo ao qual se destinam. Podem ser divididas em:

- Higienização das mãos com água e sabonete;
- Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica;
- Antissepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório.

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

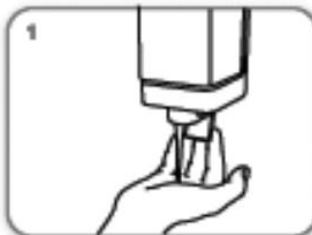
Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!



Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



0 Molhe as mãos com água.



1 Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



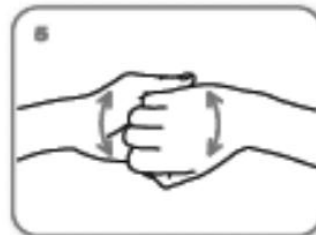
2 Ensaie as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



3 Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



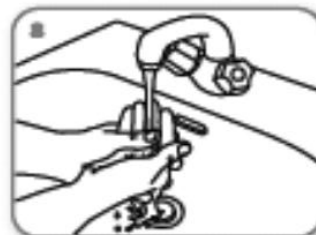
5 Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Esfregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



8 Enxágue bem as mãos com água.



9 Seque as mãos com papel toalha descartável.



10 No caso de toalhas com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



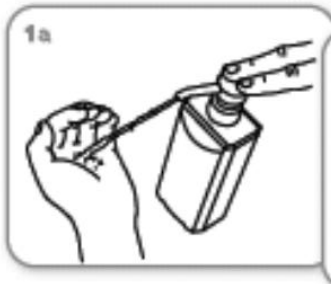
11 Agora, suas mãos estão secas.

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

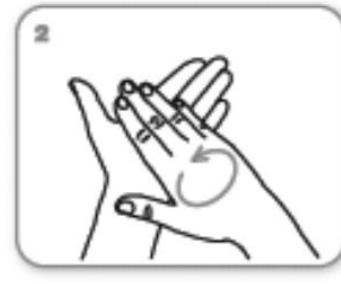
Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



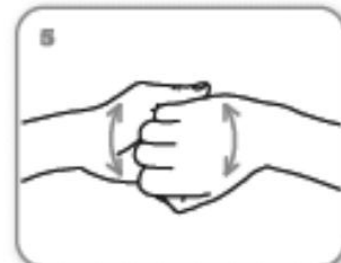
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estão seguras.

Anti-sepsia ou Preparo Pré-Operatório das Mãos



- 1.** Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos.



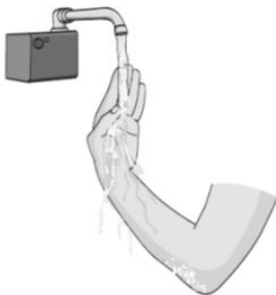
- 2.** Recolher, com as mãos em concha, o anti-séptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com anti-séptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes.



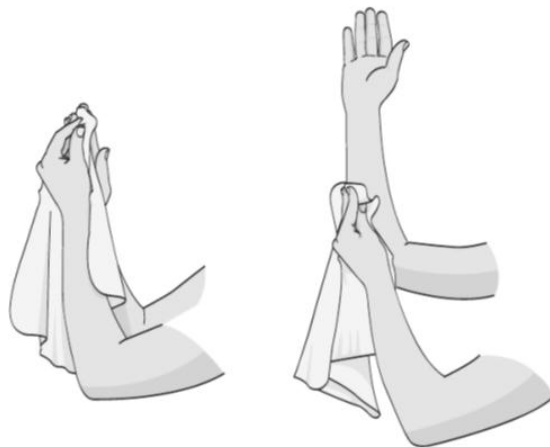
- 3.** Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas.



- 4.** Friccionar as mãos, observando dedos, espaços interdigitais e antebraços por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos.



- 5.** Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotosensor.



- 6.** Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.

Uso de luvas

- Use luvas somente quando indicado;
- Utilize-as para proteção individual, nos casos de risco de contato com sangue e líquidos corporais e ao contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- Utilize-as para redução da possibilidade de micro-organismos das mãos do profissional contaminarem o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- Utilize-as para redução da possibilidade de transmissão de micro-organismo de um paciente para outro nas situações de precauções de contato;
- Trocar as luvas sempre que entrar em contato com outro paciente, ou na mudança de sítio de assistência, de um lugar de maior contaminação para um lugar de menor contaminação;
- Retirar as luvas no ponto de assistência para evitar toca-las em telefones ou maçanetas;
- Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas;
- O uso de luvas não substitui a higienização das mãos;
- Seguir a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos;
- Descarte as luvas em lixeira apropriada.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA A CATETER VENOSO

Cateter Venoso Periférico (CVP)

- Utilizar dispositivos agulhados (*butterfly*) somente para coleta de sangue ou para infusão de pequenas doses de medicamentos, retirá-los em até 4 horas.

Escolha do sítio:

- Em adultos, preferir membros superiores (MMSS), iniciando a punção pelo dorso da mão, depois pelo punho, antebraço e braço;
- Evitar áreas de flexão;
- No caso de neonatos e crianças, outros sítios de inserção poderão ser utilizados: veias da cabeça, do pescoço e da extremidade inferior.
- Locais de preferência – veias dos antebraços e mãos, (as veias das mãos apresentam menor risco de flebite que as veias localizadas na região do pulso ou porção superior do braço);
- Evitar local próximo à fonte de contaminação (lesões de pele, por exemplo).

Técnica de inserção do cateter periférico:

- 1º - Higienizar as mãos;
- 2º - Posicionar o garrote;
- 3º - Higienizar as mãos;
- 4º - Calçar luvas de procedimento;
- 5º - Fazer a antisepsia com solução alcoólica na área onde será o inserido dispositivo, utilizando movimentos circulares abrangendo área de até 5 cm;
- 6º - Puncionar a veia, sem tocar no sítio de inserção;
- 7º - Realizar a fixação, preferencialmente com adesivo estéril;
- 8º - Retirar as luvas;
- 9º - Higienizar as mãos.

Manutenção do cateter periférico:

- Não molhar nem submergir os dispositivos intravasculares, proteger no momento do banho;
- Fazer a desinfecção dos conectores com solução alcoólica antes da administração medicamentosa ou coleta de material;
- Trocar a fixação sempre que sujo, úmido ou solto;
- Realizar a avaliação diária do sítio de inserção buscando sinais e sintomas de flebite e outras complicações;
- Em adultos, trocar os cateteres venosos periféricos a cada 96 horas, em crianças trocar somente em caso de complicações (flebite ou extravasamento).

Troca de equipos e conectores:

- Trocar equipos, conectores, torneirinhas e circuitos de infusão contínua a cada 96 horas;
- Se houver infusão de lípidos, nutrição parenteral total (NPT), sangue ou derivados, trocar a cada bolsa;
- Lavar o cateter com soro fisiológico após cada infusão ou coleta de sangue;
- Não administrar as seguintes soluções em cateteres periféricos: drogas vesicantes (antineoplásticos, por exemplo), nutrição parenteral, soluções com ph menor que 5 ou maior que 9 e soluções com osmolaridade maior que 500 mOsm/l.

Cateter Venoso Central (CVC)**Considerações gerais:**

- É preciso ter conhecimento de todos os riscos de um CVC: pneumotórax, punção de artéria subclávia, laceração da veia, hemotórax, trombose, embolia;
- Remover prontamente os cateteres cuja permanência não seja mais necessária;
- Remover dispositivos inseridos em situações de emergência (antes de 48 horas), nas quais a técnica asséptica pode não ter sido respeitada;
- Higienização das mãos antes e após tocar no cateter, no local de inserção ou na sua extensão;
- Não usar a técnica de fio guia para trocar cateter no qual existe suspeita clínica de infecção de corrente sanguínea associada à cateter;
- Não administrar antibiótico profilático antes da inserção ou durante o uso do CVC;
- Não há indicação de troca rotineira de CVC, cateter central de inserção periférica (PICC) ou cateter de hemodiálise para prevenir infecção;
- Não sacar o CVC por febre apenas, levar em consideração a clínica do paciente;
- Não usar anticoagulante rotineiramente para diminuir o risco de infecção;
- É recomendado banho diário no leito com compressa embebida com clorexidina a 2% em pacientes adultos e pediátricos.

Escolha do sítio de inserção:

- Do ponto de vista infeccioso, em pacientes adultos, dar preferência a:
 - 1 – Veia subclávia;
 - 2 – Veia jugular;
 - 3 – Veia femoral;
- Em pacientes pediátricos não há preferência de sítio de inserção;
- Em recém-nascidos: ao nascimento pode ser utilizada a veia umbilical.
- Utilizar PICC se a previsão de terapia endovenosa for maior que 6 dias;

- Para PICC: primeiramente fossa antecubital, seguindo de: basílica, mediana cubital, cefálica e braquial. Para neonatos e pacientes pediátricos também poderão ser escolhidos veias da cabeça e do pescoço;
- Inserir CVC o mais distante possível de lesões de pele;
- Evitar o acesso em veia jugular em pacientes traqueostomizados;

Técnica de Inserção de CVC:

Enfermagem:

- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento, máscara e gorro;
- Fazer a degermação da pele preferencialmente com clorexidina degermante a 4% em área ampliada. Remover o excesso com gaze estéril e SF 0,9%;

Profissional Responsável pela Inserção:

- Realizar escovação cirúrgica das mãos com clorexidina ou PVPI degermante. Secar com compressa estéril;
- Usar paramentação completa: gorro, óculos, máscara, capote de manga longa estéril e luvas estéreis;
- Proceder à antisepsia do local de inserção preferencialmente com clorexidina alcoólica a 0,5% com movimentos circulares e abrangentes. Aguardar o tempo de ação do produto (2 minutos);
- Posicionar os campos amplos estéreis. Realizar a punção e fixar o cateter de acordo com a técnica recomendada pelo fabricante;
- Limpar o local com SF 0,9%, removendo o sangue, secar com gaze estéril, e fazer antisepsia com clorexidina a 0,5%;
- Manter curativo oclusivo com gaze seca estéril e fita microporosa nas primeiras 24 horas. Após este período, utilizar cobertura com filme transparente estéril;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Realizar o pedido de radiografia de tórax para a avaliação do local de inserção do cateter.

Cuidados na manutenção e manipulação do CVC:

- Designar preferencialmente enfermeiro para os cuidados com os dispositivos endovenosos centrais em unidade de terapia intensiva;
- Não molhar nem submergir os dispositivos intravasculares (proteger para banho);
- Não utilizar cremes de antibióticos no sítio de inserção;
- Caso aconteça a saída de parte do cateter, esse não deverá mais ser reposicionado;
- Higienizar as mãos antes e após a manipulação do cateter;
- Fazer a desinfecção da conexão, injetor lateral, polifix ou torneirinhas com produto alcoólico antes da administração de medicamentos ou da coleta de material biológico.

Curativo do CVC:

- Utilizar preferencialmente filme transparente estéril após as primeiras 24 horas da passagem do cateter. Se o paciente for muito sudoréico ou se houver sangramento ou exsudação próximo a locais úmidos (drenos, feridas ou traqueostomia) realizar curativo com gaze estéril e fita microporosa;
- Curativo de filme transparente, trocar a cada 7 dias. Curativo de gaze estéril e fita microporosa, trocar a cada 48 horas ou sempre que úmido, sujo ou solto. **Em recém-nascidos**, os curativos transparentes devem ser trocados **apenas** nos casos de sujidade, umidade local ou soltura do mesmo e não mais com data pré-estabelecida;
- Fazer inspeção diária à procura de sinais flogísticos (dor, calor, rubor e eritema);
- Cateter umbilical: Não realizar "ponte" para fixação. Manter a fralda sempre abaixo do coto cateterizado.

Técnica de troca de curativo:

- Separar o material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar a cobertura e realizar a inspeção do local, buscando sinais de flebite, infecção ou outras complicações;
- Higienizar as mãos e calçar luvas estéreis (ou luvas de procedimento, caso seja utilizadas pinças estéreis);
- Após limpeza realizar antisepsia com produto alcoólico em uma área de até 5 cm da inserção;
- Cobrir com filme transparente ou no caso de sangramento, exsudação ou sudorese intensa, cobrir com gaze estéril;
- Higienizar as mãos;
- Fazer a evolução no prontuário, descrevendo a técnica e o aspecto do local.

Indicações de troca de CVC:

- Trocar por fio guia apenas quando houver mau funcionamento do cateter;
- Na suspeita de infecção relacionada a cateter, trocar o sítio de inserção;
- Cateter venoso umbilical deverá permanecer no máximo por 14 dias após sua inserção. Cateter arterial umbilical deverá permanecer no máximo por 5 dias após sua inserção.

PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Recomendações gerais

- Higienizar as mãos antes e após contato com pacientes em ventilação mecânica, mesmo que tenham sido usadas luvas. Neste caso, higienizar antes de calçar as luvas e imediatamente após a retirada das mesmas;
- Caso não exista contraindicação, manter a cabeceira da cama do paciente elevada em um ângulo de 30 a 45° para pacientes adultos e 15 a 30° para pacientes pediátricos;
- Não trocar rotineiramente, baseado no tempo de uso, o circuito respiratório (tubo endotraqueal, válvula de exalação e umidificador conectado);
- Trocar o circuito APENAS se estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento;
- O nível da água estéril do copo do umidificador deve ser preenchido sempre que necessário. O sistema (água, água estéril + equipo) deve ser trocado a cada 72 horas ou sempre que necessário e identificado com data.
- Drenar e descartar, em recipiente apropriado, o condensado presente no circuito do ventilador mecânico (usar luvas);
- Controlar a medida de pressão do cuff (aproximadamente 20cm/H₂O para crianças e 25 cm / H₂O para adultos) a cada 12h;
- Utilizar água estéril para o umidificador do circuito e para os nebulizadores;
- Antes da administração da dieta, checar o posicionamento da sonda gástrica ou enteral e posição do leito;
- Ajustar o volume da dieta enteral com base no volume gástrico residual;
- Em caso de pós-operatório, estimular a respiração profunda e a deambulação o mais precoce possível;
- Realizar higiene oral com clorexidina aquosa a 0,12-12% em pacientes comatosos, traqueostomizados ou em ventilação mecânica. Não recomendado para menores de 2 anos.

Intubação

- Para a realização do procedimento: usar máscara, óculos de proteção e avental de manga longa;
- Higienizar as mãos e calçar luvas estéreis;
- Evitar contaminação da cânula antes da introdução na orofaringe;

Traqueostomia

- A traqueostomia programada deve ser realizada em Centro Cirúrgico;
- O profissional deve estar devidamente paramentado (gorro, máscara, avental e luvas estéreis);
- Em caso de troca da cânula, higienizar as mãos e calçar luvas estéreis para realizar o procedimento;
- A troca do curativo deve ser diária ou sempre que úmido ou sujo.

Aspiração de Secreções Respiratórias em Pacientes Entubados

- Aspirar sempre que houver necessidade, utilizar sonda de aspiração estéril, de uso único, onde o calibre não deve ser superior à metade do diâmetro do calibre do tubo endotraqueal;
- O profissional deve estar devidamente paramentado (máscara, óculos, avental de mangas longas e luvas estéreis). Higienizar as mãos imediatamente ANTES de calçar as luvas;
- Aspirar traqueia, nariz e, por fim, a boca. O cuff deve ser testado antes da realização do procedimento;
- Usar Soro Fisiológico 0,9% estéril para facilitar a remoção de secreção espessa (1 a 2 ml em crianças e 3 a 5 ml em caso de adultos);
- Trocar o sistema de aspiração fechada sempre que sujo ou em mau funcionamento.

Cuidados com Equipamentos Respiratórios e Acessórios

- Higienizar as mãos antes e depois do contato com os equipamentos e seus acessórios;
- Trocar todos os circuitos e/ou material de assistência ventilatória entre pacientes e sempre que visivelmente sujos ou danificados. Quando de uso intermitente no mesmo paciente, guardar seco e protegido em saco plástico limpo;
- Usar equipamento de proteção individual (EPI) para manipular secreções respiratórias ou objetos contaminados com secreções respiratórias de qualquer paciente;
- Usar água estéril, de uso individual, nos umidificadores e nebulizadores. Trocar a cada 24h, desprezando o resíduo em local adequado, manter seco e protegido em saco plástico limpo e seco;
- Troca de equipamento de assistência ventilatória:
 - Máscara de nebulização trocar a cada uso;
 - Umidificador a cada 24 horas.

Cuidados com equipamentos:

Material	Procedimentos	Tipo	Frequência de troca e observações
Ambu: máscara e reservatório	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou oxido de etileno ou autoclave	Entre pacientes e sempre que sujo. Manter protegido em saco plástico limpo quando em uso intermitente.
BIPAP: circuito de uso permanente + válvula exalatória + linha proximal.	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou oxido de etileno ou autoclave	Entre pacientes e sempre que sujo.
BIPAP: máscara com bojo insuflável (uso permante)	Esterilização	Oxido de etileno	Entre pacientes e sempre que sujo.

BIPAP: máscara com membrana de silicone (uso permanente)	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção	Entre pacientes e sempre que sujo.
Kit CPAP: - Máscara inflável; - Conectores; - Válvula exalatória.	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou óxido de etileno	Entre pacientes e sempre que sujo.
Cabo de laringoscópio	Desinfecção	Limpeza com água e sabão seguida de fricção com álcool a 70%	Entre pacientes e sempre que sujo.
Cânula de guedel	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou óxido de etileno ou autoclave	Entre pacientes e sempre que sujo.
Capnógrafo (adaptador com sensor)	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou óxido de etileno	Entre pacientes, sempre que sujo e ao trocar o circuito.
Circuito respirador (centro cirurgico/anestesia)	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou óxido de etileno ou autoclave	Trocar o filtro antibacteriano e viral entre pacientes e todo circuito a cada 24h.
Extensão do aspirador	Descartável	Não se aplica	Entre pacientes e sempre que sujo.
Fio guia (mandril)	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou óxido de etileno ou autoclave	Após cada uso.
Frasco de vidro para aspiração	Desinfecção	Termodesinfecção	Entre pacientes, uma vez ao dia ou quando cheio.
Frasco de plástico para aspiração	Descartável	Não se aplica	Entre pacientes, uma vez ao dia ou quando cheio.
Inalador: copo, máscara e extensão	Desinfecção	Termodesinfecção	Entre pacientes e sempre que sujo. Após cada uso, secar e guardar em saco plástico limpo.
Lâmina de laringoscópio	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou autoclave/álcool a 70%	Após cada uso. Manter protegido em saco plástico limpo.
Máscara "total face"	Esterilização	Peróxido de hidrogênio	Entre pacientes e sempre que sujo.
Máscara de venturi	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou óxido de etileno	Entre pacientes e sempre que sujo.
Mascara para	Desinfecção ou	Termodesinfecção	Entre pacientes e sempre que sujo.

traqueostomia(uso permanente)	esterilização	ou óxido de etileno ou autoclave	
Medidor de pressão do “Cuff”	Desinfecção	Limpeza com água e sabão seguido de fricção com álcool a 70%	Entre pacientes e sempre que sujo.
Monitores e seus acessórios	Desinfecção	Fricção com álcool a 70% ou conforme recomendação do fabricante	Entre pacientes e sempre sujo.
Nebulizador: copo, máscara e extensão	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou óxido de etileno ou autoclave	Entre pacientes e sempre que sujo. Desprezar resíduo e trocar a água diariamente.
Oxímetro e acessórios	Desinfecção	Fricção com álcool a 70% ou conforme recomendação do fabricante	Entre pacientes e sempre sujo.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Avaliar a necessidade da cateterização vesical e manter somente enquanto for necessário. A manutenção deve privilegiar apenas indicações clínicas, e não o conforto da equipe.

Alternativas simples como: fraldas descartáveis; coletor externo de urina ou cateterismo vesical intermitente podem prevenir o risco de infecção.

Cuidados na cateterização vesical

1. Separar o material necessário;
2. Higienizar as mãos;
3. Fazer a higiene perineal e genital do paciente com água e sabonete;
4. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
5. Calçar luvas estéreis;
6. Colocar o campo estéril fenestrado;
7. Insuflar o balonete para conferir seu bom funcionamento;
8. Realizar a antissepsia do meato urinário e área adjacente com solução tópica antisséptica ;
9. Aplicar gel anestésico estéril sobre a superfície do cateter para a lubrificação;
10. Passar o cateter, **já conectado ao sistema de drenagem**, utilizando técnica asséptica;
11. Observar o adequado posicionamento do cateter na bexiga (após saída da urina, introduzir mais três centímetros);
12. Fixar o cateter na região do hipogástrico para sexo masculino e face anterior da raiz da coxa para o sexo feminino;
13. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
14. Fixar o saco coletor no extremo oposto à cabeceira, mantendo-o sempre abaixo do nível da pelve;
15. Higienizar as mãos;
16. Promover a evolução da técnica no prontuário.

Cuidados na manutenção

- Durante o banho, higienizar com água e sabonete a junção do cateter-meato uretral;
- Higienizar as mãos antes e após manuseio do cateter vesical ou do sistema fechado;
- Não exceder a 2/3 da capacidade do saco coletor;
- Para esvaziar o saco coletor: calçar luvas de procedimento; retirar o tubo de drenagem de seu protetor e posiciona-lo para drenagem no recipiente, evitando contato entre as superfícies durante todo o procedimento; abrir o *clamp* do tubo de drenagem; acompanhar o esvaziamento, fechar o *clamp* do tubo de drenagem e coloca-lo em seu protetor;
- Desprezar o conteúdo drenado no expurgo/vaso sanitário e promover a lavagem do recipiente com água e sabão;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos.

Observações

Não realizar o esvaziamento simultâneo dos sacos coletores. O frasco de coleta deve ser de uso individual e lavado sempre após o uso.

Não tocar em nenhuma superfície (maçanetas, portas, mesas de cabeceiras, telefones) durante o trajeto até o expurgo/vaso sanitário;

Indicações de troca de cateter vesical de demora

Trocar todo sistema em caso de:

- Contaminação do cateter na instalação;
- Obstrução da luz;
- Mau funcionamento do sistema (NUNCA ABRIR O SISTEMA);
- Urina do sistema com aspecto purulento;
- Infecção do trato urinário comprovada laboratorialmente.

Técnica de coleta de urina em pacientes com cateter vesical de demora

Quando colher?

- Quando houver suspeita de infecção do trato urinário. Não é indicada coleta de urina como rotina, mesmo em pacientes com uso prolongado.

1. Higienizar as mãos;
2. Clampear o tubo de extensão;
3. Fazer a desinfecção do local da extensão próprio de coleta com álcool a 70%;
4. Aspirar à amostra de urina com agulha e seringa estéreis;
5. Se não for possível encaminhar a urina imediatamente ao laboratório manter sobre refrigeração até uma hora após sua coleta;
6. Não encaminhar ponta de cateter vesical para cultura.

Cateterismo vesical intermitente hospitalar

A técnica para realização do cateterismo deve compreender os seguintes passos;

1. Separar todo material;
2. Higienizar as mãos e calçar as luvas;
3. Lavar a região pericistostomia, ou perineal e genital com água e sabonete;
4. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
5. Abrir a sonda e o pacote de gaze;
6. Lubrificar a sonda;
7. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento estéril;
8. Realizar antisepsia com solução antisséptica tópica;
9. Introduzir o cateter no meato uretral;
10. Posicionar o recipiente coletor e observar a drenagem do conteúdo urinário;
11. Retirar o cateter lentamente;
12. Desprezar o conteúdo em local adequado;
13. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
14. Descrever o procedimento no prontuário.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Definição

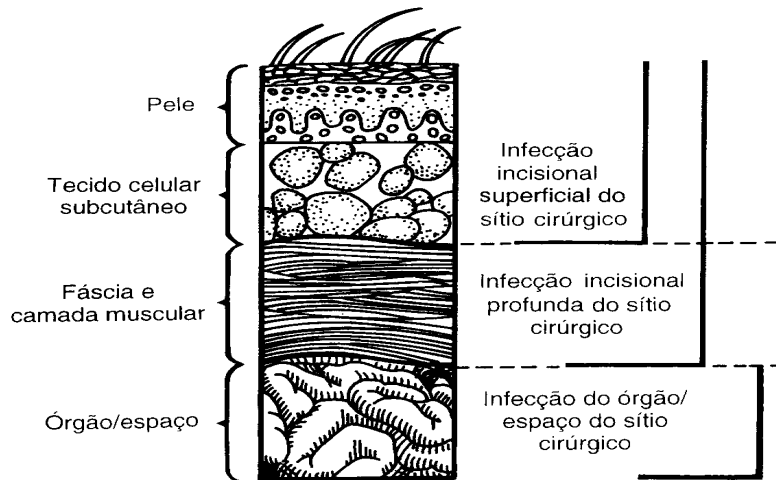
Infecção de sítio cirúrgico (ISC) é aquela que ocorre na incisão cirúrgica ou em órgãos e cavidades abertos ou manipulados durante a operação. Considera-se ISC a infecção que ocorre em até 30 dias após o procedimento ou até um ano em caso de uso de próteses e órteses.

Classificação da Contaminação da Ferida Operatória

Classificação	Critério
Limpa	Eletiva, não de emergência ou trauma, primariamente fechada; sem inflamação; sem quebra da técnica; não penetra nos tratos respiratório, gastrointestinal, biliar e geniturinário .
Potencialmente Contaminada	Urgência ou emergência que de outra forma seria limpa; abertura eletiva dos tratos respiratório, gastrointestinal, biliar e geniturinário com mínima contaminação, sem urina ou bile infectada; pequena quebra de técnica.
Contaminada	Inflamação não purulenta, grande contaminação do trato gastrointestinal, penetração no trato biliar ou geniturinário em presença de urina ou bile infectada; grande quebra de técnica; trauma penetrante < 4h; ferida crônica aberta para ser enxertada ou fechada .
Infectada	Inflamação purulenta (ex. abscesso); perfuração pré-operatória dos tratos respiratório, gastrointestinal, biliar e geniturinário; trauma penetrante > 4h.

Definição de infecções do sítio cirúrgico para cirurgias em pacientes internados e ambulatoriais.

Infecção pós-operatória pode envolver o sítio de incisão em pele, tecido celular subcutâneo, fáscia, tecido muscular e/ou qualquer estrutura anatômica aberta ou manipulada durante o procedimento cirúrgico (peritônio, útero, tecido ósseo, etc).



Cuidados relacionados à prevenção de ISC

Os cuidados relacionados à prevenção das ISC começam bem antes da cirurgia no caso dessas serem eletivas, na fase pré-hospitalização. No entanto, as medidas mais importantes são aquelas tomadas no período peri-operatório, pré e pós-operatório imediato.

Cuidados no preparo de pacientes pré-hospitalização

- Avaliar e tratar infecções comunitárias prévias;
- Controlar os níveis de glicemia;
- Interromper o uso do tabaco (30 dias antes da realização da operação);
- Transfundir se necessário;
- Reduzir a hospitalização pré-operatória;
- Controlar obesidade e desnutrição.

Cuidados no pré-operatório

Banho pré-operatório

- Banho com água e sabão antes da realização do procedimento cirúrgico, noite anterior ou manhã da cirurgia. O uso de antisséptico para o banho ainda não tem demonstrado efetivamente a diminuição das taxas de ISC, embora alguns autores o recomendem como uma medida eficiente na redução da colonização da pele do paciente.

Tricotomia

- Realizar apenas se houver interferência do pelo com o procedimento cirúrgico e/ou cuidado da ferida no pós-operatório.
- Limitada à incisão somente se necessário. Realizar a tricotomia imediatamente antes da operação.
- Usar tricotomizador elétrico com lamina descartável. O uso de navalhas e lâminas está contra indicado.

Cuidados no intra-operatório

- Coordenar a administração do antibiótico profilático dentro dos 60 minutos que antecedem a incisão a fim de maximizar a concentração tecidual. O tempo e a escolha do antibiótico dependem do procedimento e dos patógenos mais comuns que causam ISC (vide protocolo de profilaxia).

Preparo da pele dos pacientes para procedimento cirúrgico

- Utilizar solução antisséptica degermante;
- O excesso de degermante poderá ser removido com solução fisiológica e compressa estéril;
- A seguir utilizar solução antisséptica alcoólica (PVPI ou clorexidina). Aguardar 2 minutos para ação do antisséptico;
- Usar preferencialmente antisséptico a base de clorexidina devido o risco de hipertireodismo em recém-nascido devido à absorção de iodo e pela menor toxicidade;
- A aplicação deverá ser do centro para a periferia, com secagem espontânea;
- Preparar as áreas com alta concentração microbiana por último (umbigo, púbis e ferida aberta);
- Isolar sítios de colostomia quando da preparação da área e prepará-la por último;
- Não utilizar soluções alcoólicas em mucosas;
- A clorexidina alcoólica é mais eficiente na redução da microbiota da pele, pois possui maior ação residual quando comparado ao PVPI.

Preparo da Equipe Cirúrgica

Degermação das Mãos

- Manter as unhas curtas e retirar joias das mãos e antebraços;
- Utilizar solução antisséptica degermante, escova estéril com cerdas macias e de uso individualizado. Descartar após o uso;
- Escovar rigorosamente as mãos e antebraços, com ênfase nos espaços interdigitais e leitos subungueais por 5 minutos;
- Após a escovação, manter os braços em flexão com as mãos para cima;
- Enxugar as mãos e antebraços com compressas esterilizadas.

Paramentação

- Máscara que cubra toda a boca e o nariz;

- Gorro que cubra todos os cabelos;
- Utilizar sapatos fechados e limpos. Não há evidência de que propés e sapatos privativos evitem contaminação do ambiente e da ferida cirúrgica, a utilização dos propés deverá ser mantida com a finalidade de proteger o calçado de respingos com sangue, secreções e excreções;
- Uso de óculos de proteção individual;
- Luvas cirúrgicas estéreis em campo cirúrgico (a equipe que estiver no ato operatório);
- Aventais estéreis e impermeáveis utilizados em campo cirúrgico;
- O avental e as luvas deverão ser trocados se ocorrer contaminação durante o ato operatório;
- Se ocorrer dano às luvas, estas deverão ser trocadas;
- A roupa privativa é de uso exclusivo, sendo proibida sua utilização fora do centro cirúrgico;
- A paramentação básica de outros profissionais na sala operatória deverá incluir o uso de gorro, máscara, roupa privativa e equipamento de proteção individual quando necessário.

Princípios básicos da técnica cirúrgica

- Higienizar as mãos. Toda a equipe envolvida com o procedimento deve higienizar as mãos com preparações alcoólicas (anestesta, circulantes, estudantes, etc.);
- Confirmação da validação do processo de esterilização de instrumentais cirúrgicos;
- Minimizar o uso de esterilização flash;
- Inspecionar a integridade das bandejas, em caso de dúvidas quanto à integridade não utilizar o material;
- Minimizar traumas. Manusear tecidos com cuidado evitando traumas por trações indevidas;
- Realizar o procedimento com a menor duração possível;
- Evitar ou minimizar os espaços mortos;
- Remover os tecidos desvitalizados;
- Manter suporte adequado de sangue;
- Manter o controle do nível de glicose;
- Manter a normotermia e oxigenação;
- Manter princípios de assepsia em punção intravascular, espinhal, epidural ou administração de drogas IV;
- Preferir fechamento primário retardado ou por segunda intenção em feridas muito contaminadas;
- Utilizar preferencialmente drenagem com sistema fechado;
- Preparar salas, equipamentos e soluções imediatamente antes de usa-los;
- Manter a porta fechada durante o ato cirúrgico e reduzir circulação e número de pessoas;
- Usar eletrocautério criteriosamente.
- Não fechar a sala, nem realizar limpeza especial após cirurgias contaminadas ou infectadas.

Cuidados com a ferida operatória

- Higienizar as mãos antes e após contato com o sítio cirúrgico;
- Trocar curativo de ferida operatória com fechamento primário nas primeiras 24 a 48h. Não há recomendação para cobrir incisão fechada primariamente mais que 48h, nem durante o banho;

- Logo após a realização da operação, a incisão deve ser protegida, de preferência com gaze seca e estéril. Em geral, a cobertura da ferida não é necessária após 24 horas. A camada de fibrina, unindo as bordas da incisão, quando consolidada previne o acesso de micro-organismos aos tecidos mais profundos;
- O USO DE SOLUCÕES ANTISSEPTICAS NÃO ESTÁ INDICADO PARA FERIDAS OPERATÓRIAS. Estudos *in vitro*, mostraram que os mesmos são citotóxicos a células essenciais para o processo de cicatrização da ferida;
- Antes da alta recomenda-se orientar os pacientes e familiares quanto aos cuidados com o sítio cirúrgico, os sintomas de infecção do mesmo, e a necessidade de reportar estes sintomas para o serviço de saúde ou médico assistente.

Infecção ou colonização de funcionários

- Restringir e/ou afastar profissionais de saúde com doenças transmissíveis da assistência cirúrgica direta, assim como aqueles com lesões de pele com drenagem.
- Não excluir profissional por apresentar colonização por micro-organismo exclusivamente.

Cuidados pós-operatórios com dreno

O dreno representa um corpo estranho e uma “porta de entrada” a tecidos e cavidades previamente estéreis, favorecendo a ocorrência de infecção. Sua utilização deve ser criteriosa e, caso necessário, deve ser usado em sistemas fechados a vácuo, colocar o dreno através de uma incisão afastada do sítio cirúrgico e mantê-lo pelo menor tempo possível.

Observar cuidados rigorosos na manipulação do dreno, incluindo higienização das mãos e técnica asséptica de curativos. Manter o dreno coberto com curativos limpos, tendo o cuidado de protegê-los durante o banho.

PRECAUÇÕES PARA ISOLAMENTO

As precauções são classificadas em duas categorias: padrão e precauções baseadas nas vias de transmissão. Estas precauções destinam-se a interromper as vias de transmissão dos micro-organismos e são dirigidas a proteger o paciente e o profissional de saúde. Devem ser observadas por todos os profissionais envolvidos no atendimento de qualquer usuário do serviço de saúde, independente do diagnóstico ou suspeita de infecção.

1. PRECAUÇÕES PADRÃO

São medidas aplicáveis a todos os pacientes independentes do seu diagnóstico ou estado presumível de infecção. As precauções padrão aplicam-se sempre que houver risco de contato com: sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, pele não íntegra e mucosa. Ainda se aplicam à manipulação de equipamentos e artigos contaminados.

A aplicação das precauções padrão inclui as seguintes medidas:

1.1 Higienização das mãos:

- Antes e após contato com pacientes;
- Após contato com sangue, secreções, pele não íntegra, membrana, mucosa, curativos.
- Após contato com artigos e equipamentos utilizados durante cuidado com pacientes;
- Entre procedimentos realizados no mesmo paciente;
- Após a retirada das luvas.

1.2 Uso de Luvas

- Usar sempre quando houver risco de contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, mucosas ou pele não íntegra.
- Trocar as luvas entre procedimentos e descartar imediatamente em recipiente adequado;
- Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ou contato com outro paciente, descartando-as;
- Higienizar as mãos imediatamente após retirada de luvas;

1.3 Uso de Avental

- Usar avental descartável sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreções e excreções. Descartar imediatamente após cada uso;
- Usar aventais impermeáveis quando houver risco de contaminação a grandes volumes de sangue e/ou líquidos corpóreos;
- Retirar o avental ao término do procedimento e em seguida higienizar as mãos .

1.4 Uso de Máscara Cirúrgica e Óculos de Proteção/ Protetor de Face

- Utilizar quando houver risco de respingos de sangue, fluido corporal, secreções e excreções em membranas mucosas da boca, olho e nariz e face durante a realização de procedimentos no paciente, ou manuseio com artigos/materiais contaminados;
- Descartar imediatamente a máscara após uso;
- Retirá-los após término do procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar a desinfecção dos óculos/ protetor de face com álcool a 70%.

1.5 Seqüência Correta de Paramentação e Desparamentação

- Paramentação: 1º avental, 2º máscara, 3º óculos e 4º luvas .
- Desparamentação: 1º luvas, 2º óculos, 3º avental e 4º máscara.

Obs: A higienização das mãos deve preceder a paramentação e ser efetuada imediatamente após a desparamentação.

1.6 Cuidados na manipulação de materiais perfuro cortantes

- Realizar procedimentos que envolvam a manipulação de material perfuro cortante com a máxima atenção;
- Não utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que envolvam materiais perfuro cortantes;
- As agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas das seringas. Utilizar dispositivos que eliminem a agulha ou descartá-la junto com a seringa no coletor especial;
- Artigos perfuro cortantes (instrumentais) reutilizáveis devem ser acondicionados e transportados para esterilização em condições de segurança, dentro de recipientes resistentes à perfuração e com tampa;
- Os artigos perfuro cortantes descartáveis devem ser desprezados imediatamente após uso em coletores especiais de paredes rígidas (resistentes à perfuração) e impermeáveis;
- Os coletores para descarte de material perfuro cortante devem ser preenchidos até 2/3 de sua capacidade total ou conforme limite indicado;
- Devem ser instalados (fixados em altura adequada) em pontos próximos ao local do procedimento.

1.7 Artigos e Equipamentos de Assistência ao Paciente

- Os artigos e equipamentos utilizados durante o cuidado ao paciente devem ser manipulados pelos profissionais de saúde de forma a prevenir a contaminação das pessoas e do ambiente;
- Os artigos reutilizáveis devem ser limpos e adequadamente processados (desinfetados e/ou esterilizados) antes de sua reutilização;
- Artigos descartáveis utilizados em qualquer paciente devem ser desprezados no recipiente de resíduo infectante de forma a prevenir a contaminação das pessoas e do ambiente.

1.8 Ambiente

- Estabelecer rotina de desinfecção das superfícies ambientais, que incluem camas, colchões, grades, mobiliários do quarto, equipamentos de cabeceira e superfícies próximas ao leito;
- Pisos e paredes devem receber limpeza sistemática com água e sabão;
- A aplicação de desinfetantes deve ser feita após a limpeza sempre que houver derramamento ou respingos de matéria orgânica em pisos ou paredes.

1.9 Roupa Hospitalar

- Manipular as roupas com mínima movimentação (evitando agitação);
- Utilizar os EPI's adequados;
- Acondicionar (obedecendo sua capacidade) em sacos impermeáveis, para evitar extravasamento e contaminação ambiental;
- Transportar e processar as roupas usadas (de qualquer paciente), de forma a prevenir a disseminação de micro-organismos para os profissionais de saúde, outros pacientes e ambiente.

1.10 Etiqueta Respiratória

Os pacientes e acompanhantes com sintomas respiratórios, do tipo coriza, tosse, congestão nasal, que chegam aos serviços de saúde, especialmente durante surtos sazonais de infecções virais, desde a sua chegada ao serviço de saúde (ex: triagem, recepção e áreas de espera) devem ser orientados com as seguintes informações:

- Pacientes e acompanhantes com sintomas respiratórios devem usar lenço de papel para conter as secreções;
- Disponibilizar máscara cirúrgica para pacientes / acompanhantes que apresentem sintomas respiratórios;
- Higienizar as mãos após o uso do lenço descartável;
- Separação espacial dos pacientes com sintomas respiratório maior que um metro nas áreas comuns (ex: sala de espera do pronto socorro).

Obs: Profissionais de saúde com sintomas respiratórios, se possível, devem ser afastados da assistência ou na impossibilidade deverão usar máscara cirúrgica comum durante o atendimento aos pacientes.

1.11 Práticas seguras para administração de medicamentos injetáveis

As seguintes recomendações se aplicam ao uso de agulhas, cânulas que substituem agulhas e qualquer outro sistema intravenoso de medicação:

- Usar técnica asséptica ao preparar e administrar medicações e realizar a desinfecção com álcool à 70% da tampa da medicação antes de inserir a agulha dentro do frasco;
- Não administrar medicações diluídas de uma mesma seringa a múltiplos pacientes, mesmo se a agulha da seringa for trocada;
- Agulhas, cânulas e seringas são itens estéreis de uso único e não devem ser reutilizados em outros pacientes nem para aspirar soluções ou medicações que possam ser usadas por um paciente subsequente;

- Não compartilhar produtos para a saúde tais como bolsas intravenosas, torneirinhas, conectores para infusão e administração de fluidos. Estes produtos são classificados como de uso único,
- Toda seringa ou agulha utilizada para conectar na bolsa ou sistema de infusão, são consideradas contaminadas;
- Não administrar medicações de dose única ou ampolas a múltiplos pacientes ou juntar as sobras para novo uso (volume residual);
- Agulhas e seringas utilizadas para aspirar medicação com apresentação multidose devem ser estéreis e desprezadas após utilização;
- Os frascos de multidose devem, se possível, ser de uso exclusivo no mesmo paciente;
- Acondicionar o frasco multidose de acordo com as recomendações do fabricante;
- Não usar bolsas ou frascos de soluções intravenosas como fonte comum para suprir múltiplos pacientes.

1.12 Práticas de controle de infecção para procedimentos especiais como punção lombar

- Utilizar técnica asséptica;
- Utilizar luvas cirúrgica, óculos e máscara cirúrgica quando introduzir um cateter ou injetar substância dentro do canal espinhal ou espaço subdural (ex: punção lombar e anestesia espinhal ou epidural)

2. PRECAUÇÕES BASEADAS NA VIA DE TRANSMISSÃO

São baseadas nas formas de transmissão das doenças infecciosas e designadas para pacientes suspeitos, infectados ou colonizados por patógenos transmissíveis e de importância epidemiológica. São classificadas em três tipos:

- Precauções de contato
- Precauções para gotículas
- Precauções para aerossóis

2.1 PRECAUÇÕES DE CONTATO

Indicação:

Indicada para a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, ou colonização por micro-organismos epidemiologicamente importantes que possam ser transmitidos por contato direto e indireto.

Exemplos: micro-organismos multirresistentes, abscesso com drenagem não contida, escabiose, pacientes com diarreia.

Orientações para as precauções de contato

Manter precaução padrão:

- Higienização das mãos;

Quarto

- Se possível utilizar quarto privativo ou comum para pacientes acometidos com o mesmo micro-organismo;

Avental

- Usar avental de manga longa sempre que houver possibilidade de contato do profissional com paciente;
- Retirar o avental imediatamente após contato com paciente;

Luvas

- Usar luvas ao entrar em contato com o paciente;
- Calçar as luvas antes do contato com superfícies e equipamentos da unidade do paciente;
- Retirar as luvas imediatamente após contato com paciente;
- Realizar a higienização das mãos;

Artigos

- Exclusivos para o exame ou cuidados com o paciente.

Transporte

- Limitar o transporte do paciente para outros setores.
- Quando necessário o transporte do paciente, o profissional de saúde que o acompanha deve usar luvas e avental.
- Avisar com antecedência o setor ao qual está sendo encaminhado.
- Cadeiras e macas utilizadas no transporte devem ser desinfetadas;

Sinalização

- Sinalizar cabeceira da cama ou porta do quarto;
- Retirar as luvas e o avental imediatamente após contato com paciente, desprezando os mesmos.

2.2 PRECAUÇÕES PARA GOTÍCULAS

Indicação:

São indicadas para a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, causada por micro-organismos transmitidos por via inalatória através de gotículas maiores que 5 μ (micra) e que se disseminam a curta distância (cerca de um metro), visando proteção dos profissionais de saúde e de outros pacientes.

Exemplos: meningite meningocócica; coqueluche, difteria, influenza, rubéola, caxumba.

Orientações para as precauções com gotículas:

Precauções padrão

- Higiene de mãos ao entrar no quarto

Quarto Privativo

- Obrigatório quarto individual ou comum para pacientes acometidos com o mesmo micro-organismo;

Máscara

- Colocar a máscara cirúrgica ao entrar no quarto do paciente;

- A máscara deve ser desprezada à saída do quarto;

Transporte

- Limitar o transporte do paciente para outros setores.
- Quando necessário o transporte, o paciente deve usar máscara cirúrgica;

Sinalização

- Sinalizar o quarto ou leito;

Visitas

- Restritas e sob orientação.

2.3 PRECAUÇÕES PARA AEROSSÓIS

São indicadas para a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, causada por micro-organismos transmitidos por via inalatória através de partículas menores que 5μ e que se disseminam a longa distância através do ar, e permanecem suspensos por horas, visando proteção dos profissionais e de outros pacientes .

Exemplos: tuberculose pulmonar ou laríngea, sarampo, varicela , herpes zoster disseminado.

Orientações para as precauções com aerossóis:

Precauções padrão

- Higienizar as mãos ao entrar no quarto;

Quarto Privativo

- As portas devem permanecer fechadas.
- Sistema de ventilação com pressão negativa , seis a doze trocas de ar por hora;
- Ar deverá ser filtrado através de filtro HEPA;

Máscara

- Colocar a máscara com filtro especial (N95) antes de entrar no quarto de isolamento;
- A máscara somente deve ser retirada após sair do quarto e fechar a porta.

Transporte

- Limitar o transporte do paciente para outros setores e quando necessário, o paciente deve usar máscara cirúrgica.

Superfície e equipamentos

- Próximos ao leito do paciente devem sofrer limpeza e desinfecção concorrente;

Sinalização

- Sinalizar o quarto;

Visitas

- Restritas e sob orientação.

3. AMBIENTE PROTETOR

Ambiente protetor refere-se a práticas de medidas concebidas para prevenir a ocorrência de infecções pela disseminação de esporos fúngicos em pacientes imunocomprometidos (transplantados de medula óssea) e engloba as seguintes recomendações:

- Pressão positiva do quarto em relação aos corredores ;
- Utilizar a antessala para o acesso ao quarto
- Filtragem do ar com filtro HEPA, realizar pelo menos 12 trocas de ar por hora;
- Manter as portas dos quartos fechadas;
- Utilizar superfícies lisas e laváveis;
- Proibir flores e vasos dentro dos quartos;
- Evitar uso de carpetes e tapetes;
- Reforçar as práticas de precauções padrão;
- Transporte limitado, utilizar máscara N95 para o paciente;

4. RESPONSABILIDADE E ROTINA NA INSTITUIÇÃO E MANUTENÇÃO DAS PRECAUÇÕES PARA ISOLAMENTO

Quando instituir o procedimento:

- Sempre que houver suspeita ou confirmação de doença infecciosa ou colonização/infecção por um micro-organismo passível de ser disseminado para outros pacientes ou profissionais que o assistem.

Quem deve instituir o procedimento:

- Médico ou enfermeiro da unidade onde o paciente se encontra internado.

Supervisão da aplicação do procedimento:

- A supervisão deverá ser realizada pelo serviço de controle de infecção que poderá reorientar a indicação se necessário.

Suspensão do Procedimento:

- Médico ou enfermeiro da unidade deverá suspender o procedimento seguindo as orientações técnicas de precauções para isolamento.

Quadro 1: Tipo e duração das precauções de isolamento recomendadas de acordo com a infecção, condição ou agente etiológico¹ (observações complementares no Quadro 2)

INFECÇÃO / CONDIÇÃO / AGENTE	PRECAUÇÕES	
	TIPO	DURAÇÃO
Abscesso (com drenagem em grandes proporções) Obs.1	C	DD
Abscesso com drenagem contida	P	
Aids	P	
Adenovirose em lactente e pré-escolar	G, C	DD
Actinomicose	P	
Amebíase	P	
Amigdalite purulenta	P	
Antrax: cutâneo e pulmonar	P	
Ascaridíase	P	
Aspergilose	P	
Botulismo	P	
Broquiolite (ver infecções respiratórias em lactentes e pre-escolares)		
Brucelose	P	
Candidíase	P	
Caxumba	G	Obs.2
Cancro Mole	P	
Chlamydia trachomatis:(conjuntivite, respiratória e genital)	P	
Clostridium difficile	C	DD
Citomegalovírus	P	
Cólera	C	DD
Colite associada a antibiótico	C	
Conjuntivite: (bacteriana aguda)	P	
Conjuntive viral aguda (hemorrágica aguda)	C	DD
Coqueluche	G	Obs.3
Criptococose	P	
Dengue	P	
Dermatofitose	P	
Donovanose (granuloma inguinal)	P	
Difteria cutânea	C	CN, Obs.4
Difteria faríngea	G	CN, Obs.4
Endometrite	P	
Enterobíase	P	
Enterocolite necrotizante	P	

Enterovirose em lactente e pré-escolar	C	DD
Enterovirose em adulto	P	
Epiglotite por H. influenzae	G	T ^{24horas}
Esporotricose	P	
Esquistossomose	P	
Estrongiloidíase	P	
Escabiose	C	T ^{24horas}
Estafilococcias – furunculose em crianças	C	DD
Estafilococcias – pele, ferida ou queimadura – extensa (com secreção não contida) Obs.1	C	DD
Estreptococcias – pele, ferida ou queimadura – extensa (com secreção contida) Obs.1	P	
Estreptococcias – pneumonia, escarlatina ou faringite em crianças	G	T ^{24horas}
Estreptococcias – escarlatina lactente e pré - escolar	G	T ^{24horas}
Exantema súbito	P	
Febre amarela	P	
Febre por arranhadura de gato	P	
Febre por mordedura de rato	P	
Febre recorrente	P	
Febre reumática	P	
Febre tifóide	C	
Gastroenterite (paciente incontinente, dificuldade para manter higiene)	C	DD
Gastroenterite : diarreia contida	P	
Gastroenterite: rotavirus	C	
Gastroenterite: <i>Salmonella</i> sp	P	
Gastroenterite : <i>Shigella</i> sp	P	
Gangrena gasosa	P	
Gonorréia	P	
Guillain Barré	P	
Hepatite viral – tipo A	P	
Hepatite viral – tipo A (paciente incontinente)	C	Obs.5
Hepatite viral – tipo B (HBs Ag positivo), Virus C e outros:		
Sem sangramento	P	
Com sangramento, não contido.	C	
Herpes simples – mucocutâneo disseminado ou primário extenso	C	DD
Herpes simples – neonatal (exposição no nascimento) Obs.6	C	DD
Herpes zoster - disseminado ou em paciente imunodeprimido (localizado)	A, C	Obs.7
Hanseníase	P	
Hantavirose pulmonar	P	

Helicobacter pylori	P	
Hidatidose	P	
Histoplasmose	P	
HIV, infecção por:		
Sem sangramento	P	
Com sangramento não contido	C	
Impetigo	C	T ^{24horas}
Infecção de ferida (extensa)	C	DD
Infecção de ferida cirúrgica	P	
Infecção de cavidade fechada	P	
Infecção do trato respiratório em lactantes e pré-escolares ou broquiolite: vírus sincial respiratório e vírus parainfluenzae	C	Obs.08
Infecção do Trato urinário	P	
Influenza (inclui H1N1)	G	DD
Kawasaki, síndrome de	P	
Legionelose	P	
Leptospirose	P	
Listeriose	P	
Lyme, doença de	P	
Linfogranuloma venerio	P	
Malária	P	
Melioidose	P	
Meningite:		
- Asséptica (não bacteriana e não viral)	P	
- Bacteriana gram negativos entéricos em neonatos	P	
- Fúngica	P	
- Haemophilus influenzae (suspeita ou confirmada)	G	T ^{24horas}
- Listéria monocytogenes	P	
- Neisseria meningitidis	G	T ^{24horas}
- Pneumocócica	P	
- Tuberculosa	P	
- Outra bactéria não citada acima	P	
Meningococcemia	G	T ^{24horas}
Microorganismo multirresistente	C	Obs.09
Micobacteriose atípica (não M. tuberculosis): pulmonar e cutânea	P	
Molusco contagioso	P	
Mononucleose infecciosa	P	
Mucormicose	P	
Oxiuríase	P	
Parainfluenza em crianças	C	DD

Parvovírus B19	G	Obs.10
Pediculose	C	T ^{24horas}
Peste pneumônica	G	T ^{72horas}
Pneumonia – adenovírus	G,C	DD
Pneumonia – <i>H. influenzae</i> (lactentes e crianças de qualquer idade)	G	T ^{24horas}
Pneumonia – <i>H. influenzae</i> (adulto)	P	
Pneumonia – <i>Legionella</i> sp	P	
Pneumonia – micoplasma	G	DD
Pneumonia – estreptocócica em crianças	P	
Pneumonia – <i>Pneumocistis jirovecii</i>	Obs.11	
Poliomielite	P	
Raiva	C	
Riquetsiose	P	
Rubéola – congênita	C	Obs.12
Rubéola – outras formas	G	Obs.13
Sarampo	A	DD
Sífilis	P	
Teníase	P	
Tétano	P	
Tinea	P	
Toxoplasmose	P	
Tricomoniase	P	
Tuberculose: - Pulmonar ou laríngea (suspeita ou confirmada) - Extrapulmonar com lesão (drenando) - Extrapulmonar meningite e outras sem drenagem	A C + A P	Obs.14
Úlcera de decúbito grande com secreção não contida Obs.1	C	DD
Varicela	A, C	Obs.7
Vírus sincicial respiratório em crianças e em imunodeprimidos	C	DD

Tipos de precauções :

- P - padrão
- C – contato
- G – gotículas
- A – aérea

Duração das precauções :

- DD – durante a duração da doença
- NA – ver notas adicionais
- T – tempo após o início da terapêutica apropriada
- CN – até que a cultura seja negativa

Quadro 2 : Observações complementares relacionadas ao Quadro 1 (do anexo 1):

N °	Observação especial
1	Sem curativo ou curativo que não contém toda a drenagem.
2	Até 9 dias após o início da parotidite.
3	Até 5 dias após o início da terapêutica adequada.
4	Até duas culturas negativas, colhidas em dias diferentes.
5	Manter precauções para crianças menores de três anos durante a hospitalização. Em crianças de 3 a 14 anos, até 14 dias após o início dos sintomas. Para os demais, até 7 dias após o início dos sintomas.
6	Para recém nascidos de parto normal ou cesárea (mãe com infecção em atividade) com ruptura de membranas por período maior de 4 – 6 horas.
7	Até que todas as lesões estejam na fase de crosta. O período de incubação da varicela é de 10 a 16 dias, até o máximo de 21 dias. Após a exposição de suscetíveis, avaliar o uso de imunoglobulina varicela-zoster (VZIG) e, se possível, dar alta. Os expostos suscetíveis, se internados, devem permanecer isolados a partir do 10º dia da exposição até o 21º depois da última exposição (ou 28º dia, se fez uso de VZIG). Pessoas susceptíveis não devem entrar no quarto de isolamento. Pessoas não suscetíveis não necessitam usar máscaras.
8	Esta recomendação possui dificuldades práticas para aplicação, especialmente em epidemias. Nessas situações, o coorte deve ser realizado ou, pelo menos, o contato com pacientes de alto risco deve ser evitado.
9	Patógenos multirresistentes devem ser definidos de acordo com critérios epidemiológicos de cada hospital ou setor (verificar com a CCIH / NCIH).
10	Manter precauções durante toda a hospitalização, quando doença crônica em paciente imunodeprimido. Para pacientes com crises aplásticas transitórias, manter o isolamento por 7 dias.
11	Não é necessário o isolamento, porém é recomendado evitar a internação junto a outros pacientes imunodeprimidos.
12	Durante qualquer internação até 1 ano de idade, exceto se culturas de nasofaringe e urina sejam negativas para o vírus após 3 meses de idade.
13	Até 7 dias do início do exantema
14	Suspender as precauções quando o paciente estiver recebendo terapêutica adequada, com melhora clínica e com 14 dias de tratamento.

PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE MICRO-ORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

Micro-organismos multirresistentes (MMR) são definidos como micro-organismos resistentes a uma ou mais classes de agentes antimicrobianos usualmente utilizados para tratamento. Os MMR são transmitidos pelas mesmas vias que os demais micro-organismos, ou seja, a transmissão cruzada pelas mãos da equipe de saúde é a principal via de transmissão.

São MMR de interesse do hospital, que requerem precaução de contato, os micro-organismos abaixo:

- *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina (MRSA)
- *Enterococcus faecium* ou *faecalis* resistente à vancomicina (VRE)
- Enterobactérias produtoras de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL) ou resistentes a carbapenêmico
- *Acinetobacter spp* e *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a carbapenêmico
- *Stenotrophomonas maltophilia*, *Burkholderia cepacia* e *Ralstonia pickettii*
- *Serratia marcescens* em UTI neonatal

Coletar culturas de vigilância (swab retal e nasal) no momento de admissão a áreas críticas do hospital de pacientes com história de mais de 48 horas de internação em outro hospital. Deixar o paciente em precaução de contato até o resultado das culturas, tirar do isolamento se resultado negativo. No caso de resultado positivo, manter em precaução de contato até a alta ou tentar a descolonização nos casos de colonização por *S. aureus* (não há esquema de descolonização efetivo para nenhum outro MMR).

Descolonização de MRSA

- Banho diário com clorexidina degermante 4% de todos os pacientes infectados/colonizados durante 5 dias. No terceiro dia aplicar o produto no couro cabeludo;
- Aplicar mupirocina pomada em narinas duas vezes ao dia durante os três primeiros dias;
- Após 48 horas da descolonização, colher swab nasal por 3 dias consecutivos;
- Se swabs negativos, tirar paciente da precaução de contato.

Se quarto individual estiver disponível, priorize-os para pacientes colonizados ou infectados por MMR. Dê prioridade para pacientes que apresentem condições que facilitem a transmissão (presença de secreções ou excreções não contíveis). Quando houver mais de um caso colonizado ou infectado com o mesmo agente, faça uma coorte destes pacientes em uma mesma área. Se possível, manter equipe de profissionais exclusivos para cuidados dos pacientes. Quando não houver quarto disponível ou for impossível fazer uma coorte destes pacientes, deixe o paciente em precaução de contato no leito.

Limpar e desinfetar superfícies e equipamentos que possam estar contaminados com patógenos, incluindo aqueles que estão próximo do pacientes e superfícies de toque constante no ambiente de contato do paciente (grade do leito, maçaneta, suporte de equipos, etc) numa frequência maior do que

a mínima utilizada para superfícies de mínimo toque. Dedique itens não críticos para uso exclusivo para pacientes colonizados ou infectados com MMR.

Recomendações para instituir precaução de contato e coleta de swab's para pacientes que circulam dentro do próprio HMIB

- UTI Pediátrica: Pacientes com mais de 48 horas de internação provenientes da UTI neonatal, pronto-socorro, enfermaria de cirurgia pediátrica e de doenças infecciosas e parasitárias (DIP). Não há necessidade de coletar swabs e deixar em precaução pacientes provenientes das demais enfermarias (ala A e ala B).
- Enfermarias de pediatria (ala A e ala B): Apenas no caso de receberem pacientes provenientes da UTI pediátrica com dispositivo invasivo (cateter venoso central, sonda vesical de demora, ventilação mecânica, etc).
- Não é preciso de precaução para recém-nascido que vai para o Alojamento conjunto.

Obs: No caso de paciente sabidamente colonizado por MMR internado ou que teve alta, mas com doença crônica que necessite de cuidados, dispositivos invasivos e retornos frequentes ao hospital, não há necessidade de coletar novos swabs admissionais, manter em precaução de contato até alta.

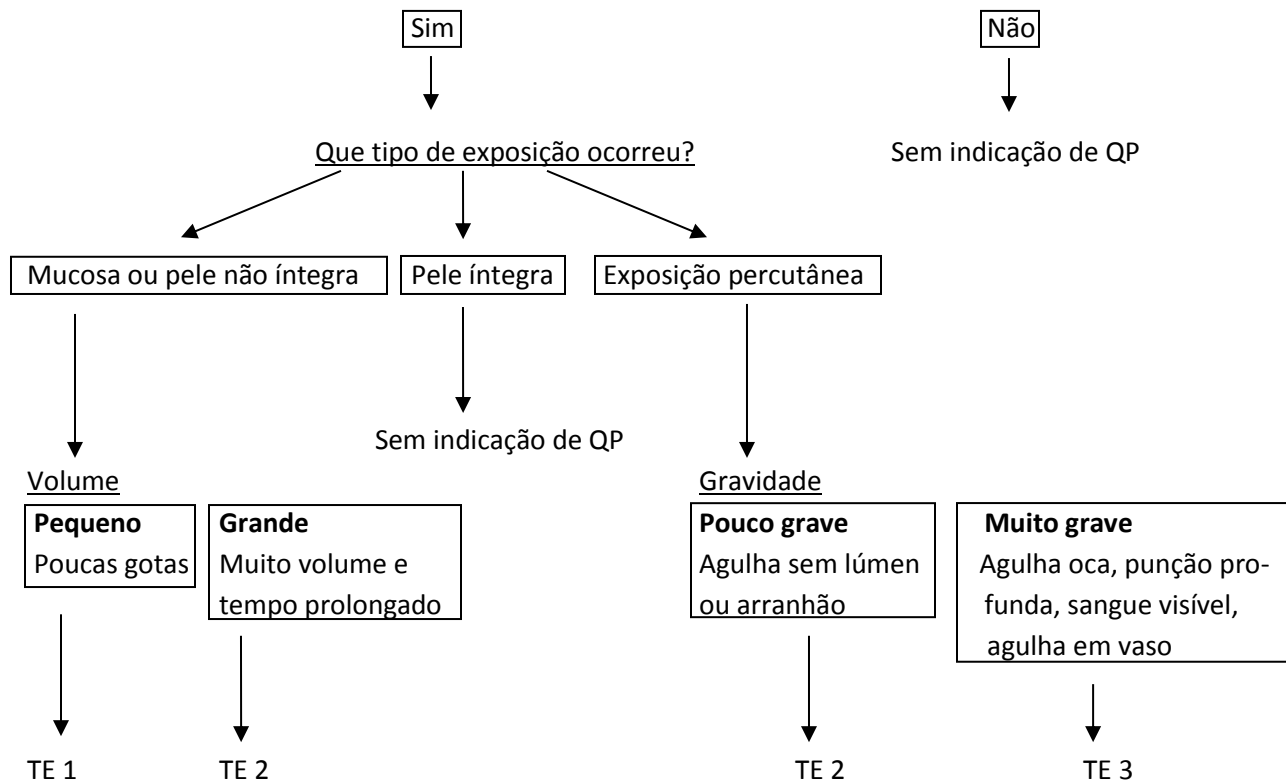
PROFILAXIA DE ACIDENTE PERFURO CORTANTE

Atendimento no pronto-atendimento do Centro Obstétrico pelo médico plantonista.

1. Solicitar sorologias do acidentado e do paciente fonte: Anti-HIV, HBsAg, Anti-HBs e Anti-HCV. Solicitar no momento do acidente o teste rápido para HIV do paciente fonte.
2. Ver se há exposição a material de risco. Materiais de risco são: sangue, tecidos, sêmen, secreção vaginal, líquido, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico; ou outros materiais com sangue visível. Não são considerados materiais de risco (a não ser com sangue visível): urina, vômito, fezes, suor, saliva, secreção nasal, lágrima e escarro.
3. Considerar o grau de risco baseado no tipo do acidente, status do HIV e HBV do paciente fonte e situação vacinal do acidentado para hepatite B para indicar quimioprofilaxia (fluxogramas abaixo).
4. Encaminhar à farmácia com a prescrição dos antivirais.
5. Se houver indicação de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B, encaminhar para Hospital-Dia 509 sul com receita.

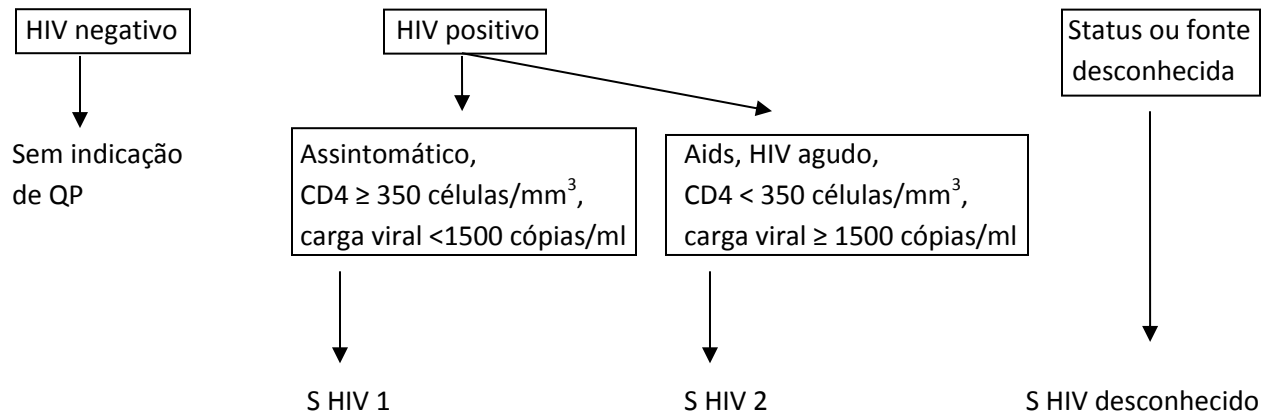
Determinar o tipo de exposição (TE)

Exposição a material com sangue, sêmen/secreção vaginal ou outro líquido estéril ou tecido (ver acima)



Determinar o status de HIV (S HIV)

Qual o status de HIV do paciente fonte?



Recomendação de quimioprofilaxia para HIV

Tipo de Exposição (TE)	Status HIV (S HIV)	Recomendação
1	1	Considerar regime básico
1	2	Recomendar regime básico
2	1	Recomendar regime básico
2	2	Recomendar regime expandido
3	1 ou 2	Recomendar regime expandido
1,2 ou 3	desconhecido	Se exposição sugerir risco HIV, considerar regime básico

Regime básico: Biovir (Zidovudina + Lamivudina) 1 comprimido VO 12/12 horas

Regime expandido: Biovir 1 comprimido VO 12/12 horas + Lopinavir/ritonavir 2 comprimidos VO 12/12 horas

- Se teste rápido da fonte positivo, considerar status HIV positivo. Se teste rápido da fonte negativo, considerar status HIV negativo, exceto se paciente fonte apresentar quadro clínico compatível com infecção aguda pelo HIV ou fonte de alto risco para HIV (história de parceiro HIV+ ou de múltiplos parceiros sexuais, usuário de droga injetável ou transfusão sanguínea entre 1978-1985).

- Se quimioprofilaxia indicada, iniciar o mais rápido possível, dentro de 2 horas do acidente.

- Se quimioprofilaxia indicada, solicitar hemograma, creatinina, ureia, AST, ALT.

Exposição ocupacional à hepatite B

Funcionário exposto	Fonte de exposição		
	HBsAg+	HBsAg-	Status desconhecido
Não vacinado	HBIG* e iniciar vacina	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação**
Vacinado (com resposta desconhecida)	Testar para anti-HBs: Se adequada, sem terapia; Se inadequada, HBIG* e vacina	Testar para anti-HBs: Se adequada, sem terapia; Se inadequada, vacina	Testar para anti-HBs: Se adequada, sem terapia; Se inadequada, vacina**
Vacinado com resposta ou hepatite B prévia	Sem terapia	Sem terapia	Sem terapia

*Imunoglobulina hiperimune contra hepatite B (HBIG): 0,06 ml/kg, dose única, de preferência nas primeiras 24-48 horas do acidente. Ainda há benefício do seu uso em até 7 dias, caso opte-se por esperar o resultado do Anti-HBs do funcionário expostos.

** Se a fonte de exposição apresentar alto risco para hepatite B (múltiplos parceiros sexuais, usuário de droga injetável), considerar HBIG.

- Não há profilaxia para hepatite C, os casos expostos à hepatite C devem ser seguidos em ambulatório.