



Cartilha de
**Boas Práticas
Assistenciais**

Unimed 

Cartilha de

Boas Práticas Assistenciais

Unimed 

Realização

Orlando Fittipaldi Junior - Diretor de Gestão de Saúde
Sheila Mittelstaedt - Gerente de Gestão de Saúde

Coordenação Geral

Martha Rejane Silva Augusto

Elaboração

Subcomitê de Qualidade Assistencial da Unimed do Brasil

Unimeds Colaboradoras

Unimed Campo Grande
Unimed Limeira
Unimed Resende
Unimed Volta Redonda

Apoio

Bruno de Andrade Costa - Unimed do Brasil
Fernanda Teixeira Matos - Unimed do Brasil
Martha Rejane Silva Augusto - Unimed do Brasil
Sergio Leandro Aquilas Rodrigues - Unimed do Brasil

Agradecimentos

Carolina Baptista Ribeiro
Cintia Sassahara dos Santos
Daniela da Costa Barreto
Denis Pereira Junior
Elaine Cristina Cenerino
Fabiana Machado de Azevedo Abdalla
Jaqueline Teles Daros
Maria Aparecida da Silva Teixeira
Maria de Fatima Campos
Noriman Carvalho Brandão Netto
Priscila Ladeira
Tatiane Nogueira Rodrigues

Boas práticas assistenciais: a segurança do paciente como nossa prioridade

Assistência à saúde é um dos mais importantes serviços que qualquer organização pode oferecer. Lidamos, todos os dias, com vidas. Por isso, adotarmos o Jeito de Cuidar Unimed em todos os pontos de contato, em cada procedimento, simples ou complexo, é mais do que desejoso. É primordial.

As páginas a seguir tratam de um aspecto que tem lugar muito especial nas atividades do Sistema Unimed: boas práticas assistenciais. São recomendações que proporcionam que nosso paciente esteja seguro e receba um tratamento efetivo, correto e, tão importante quanto, humanizado.

Peço a todos que acompanhem com atenção essas diretrizes. Que as sigam e que façam esse cuidado ser percebido pelo paciente e seus familiares. Eles confiam em nós. Fazemos jus a essa confiança!



Orlando Fittipaldi Junior
Diretor de Gestão de Saúde
da Unimed do Brasil



Protocolo de Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde





1. INTRODUÇÃO

Infecções associadas aos serviços de saúde – infecções hospitalares (IH) ou nosocomiais – são complicações iatrogênicas frequentes e causas importantes de morbimortalidade entre os pacientes hospitalizados, constituindo-se em uma carga social e econômica significativa ao paciente e ao sistema de saúde. Podem acarretar agravamento das doenças ou prolongamento/extensão de permanência hospitalar, incapacidade crônica e morte para milhares de pessoas em todo o mundo. A infecção relacionada ao cuidado à saúde é apontada como uma das mais sérias problemáticas e um desafio de âmbito mundial. Esse agravo se torna ainda maior mediante a variabilidade de recursos e condutas aplicadas na assistência.

A definição dos critérios diagnósticos de infecção para vigilância epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Iras), em serviços de saúde, permite a harmonização necessária para identificar o caso e coletar e interpretar as informações de modo sistematizado pelos profissionais e gestores do sistema de saúde. São esses critérios que possibilitam conhecer o perfil endêmico da instituição, a ocorrência de eventos e as situações infecciosas de interesse para o monitoramento dos riscos, a partir de informações de qualidade, fidedignas e representativas da realidade nacional.

Assim, a busca por um cuidado de melhor qualidade e pela segurança do paciente vem tangenciando a história de forma tímida, seguindo diferentes denominações até os dias atuais. Porém, com base nos resultados de pesquisas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu que a qualidade do cuidado e a segurança do paciente constituem uma única vertente, ou seja, a ocorrência dos eventos adversos é reconhecida como uma falha na segurança do paciente, podendo acontecer entre 5% e 17%, dentre os quais 60% podem ser prevenidos. Logo, a segurança do paciente deve ser vista como um conjunto de estratégias/intervenções capazes de prevenir/reduzir o risco de dano ao paciente decorrente do cuidado de saúde.

No entanto, quatro categorias de IRAS associadas a dispositivos e procedimentos são o alvo: infecções da corrente sanguínea relacionadas ao cateter vascular (ICS); pneumonia associada à ventilação (PAV); infecções do trato urinário associadas à sondagem vesical de demora (ITU-SVD) e infecções do sítio cirúrgico (ISC). E, como principal fator dessas infecções, a falta de adesão à higiene das mãos.

Deste modo, as estratégias de prevenção das IRAS, baseadas nas precauções básicas, devem constar de protocolos que serão abordados a posteriori.



2. DEFINIÇÃO

Conjunto de ações, consideradas prioritárias para promover a segurança do paciente, que orientam o estabelecimento individual e coletivo de medidas para prevenir e intervir na ocorrência de eventos adversos relacionados à infecção.

3. OBJETIVO

Incorporar conceitos fundamentais referentes ao controle da infecção hospitalar e suas interfaces com as diversas áreas da saúde que finalizam em aplicação prática de um programa de controle de qualidade, melhorando, portanto, a assistência ao paciente, de modo efetivo na prática assistencial e nas diversas ações que envolvem a prevenção e o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

4. PROTOCOLOS

4.1. Higienização das mãos



Fonte: Anvisa



Objetivo

Padronizar o procedimento de lavagem das mãos.

Condições necessárias

Implantação e treinamento da equipe na utilização do protocolo.

Definição

A higiene das mãos deve fazer parte de todas as campanhas educativas, fortalecendo tanto os conceitos da periodicidade quanto os da técnica. Muitos estudos recomendam a utilização de sabonete líquido com antissépticos – como a clorexidina – em locais onde é frequente a presença de bactérias multirresistentes, a fim de que seja uma prática para diminuir a transmissão cruzada.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, o termo engloba: higiene simples; higiene antisséptica e fricção antisséptica com preparação alcoólica.

Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxágue em água, secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

Momentos

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários, de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para a prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos – “Meus cinco momentos para higiene das mãos” – citadas a seguir.

A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes:

1. Antes de tocar o paciente.
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico:
 - antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas;
 - ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.



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

Os 5 Momentos para a Higienização das Mãos



Fonte: Anvisa



Lavagem das mãos

Procedimentos operacionais

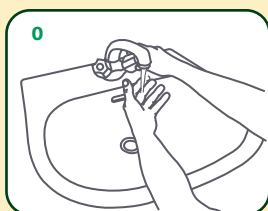
Higienização simples: com sabonete líquido e água	
Finalidade	Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos.
Duração do procedimento	A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.
Técnica	<p>A técnica de higiene simples das mãos envolve os seguintes passos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retire relógio, anéis e pulseiras. 2. Abra a torneira e molhe as mãos sem encostá-las na pia. 3. Aperte o dispensador de sabão, colocando a quantidade suficiente de sabão para cobrir a superfície das mãos. 4. Ensaboe bem as palmas das mãos, friccionando-as entre si. 5. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa. 6. Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais com as palmas das mãos voltadas uma para a outra. 7. 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. 8. Esfregue o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se de movimento circular e vice-versa. 9. Friccione as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa. 10. Esfregue o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa. 11. Enxágue as mãos com água corrente, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para o punho, não tocando com as mãos ensaboadas na torneira e/ou na pia. 12. Seque bem as mãos e em seguida os punhos, desprezando o papel toalha no lixo de resíduos comum (saco preto). 13. No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha.



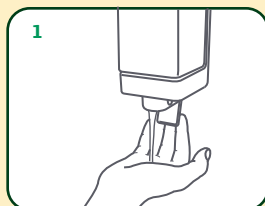
Como higienizar as mãos com água e sabonete?

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

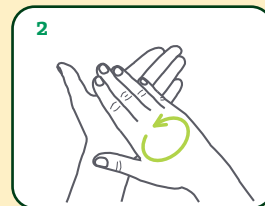
Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



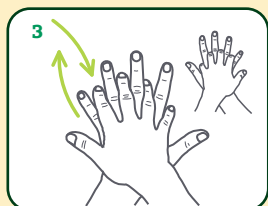
0
Molhe as mãos com água.



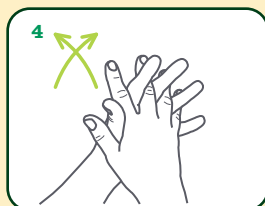
1
Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



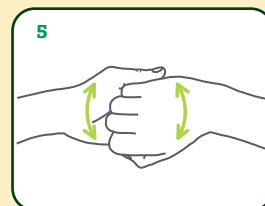
2
Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



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



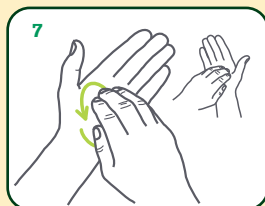
4
Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



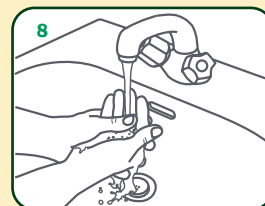
5
Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa.



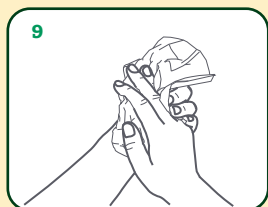
6
Esfregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



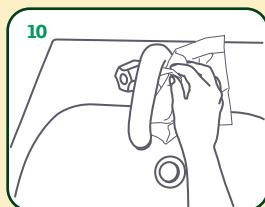
7
Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



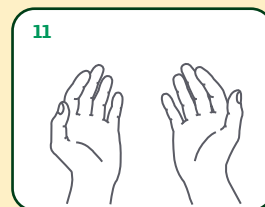
8
Enxágue bem as mãos com água.



9
Seque as mãos com papel toalha descartável.



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



11
Agora, suas mãos estão seguras.



Higienização antisséptica: antisséptico degermante e água.

Finalidade	Promover a remoção de sujidades e microbiota transitória, reduzindo a microbiota residente das mãos com o auxílio de um antisséptico.
Duração do procedimento	A higienização antisséptica das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.
Técnica	A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo o sabonete líquido comum por um associado ao antisséptico, como antisséptico degermante.

Observação: profissionais que forem realizar procedimentos invasivos não cirúrgicos devem degermar as mãos por, pelo menos, 3 minutos com clorexidina ou PVPI degermante antes de calçar as luvas (ex.: sondagem vesical, inserção de cateter central, intubação orotraqueal).

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

Finalidade	A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas de gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% e 80%) tem por finalidade reduzir a carga microbiana das mãos. A fricção das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades.
Duração do procedimento	A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter duração de, no mínimo, 20 a 30 segundos.
Técnica	Devem ser seguidos os passos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão, em forma de concha, para cobrir a superfície das mãos. 2. Friccione as palmas das mãos entre si. 3. Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa. 4. Friccione as palmas 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 as unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa. 8. Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.



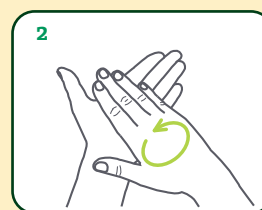
Como fazer a fricção antisséptica das mãos com preparações alcoólicas?

Friccione as mãos com preparações alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!

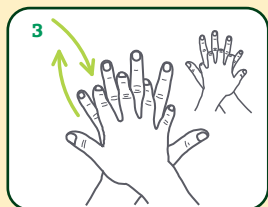
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



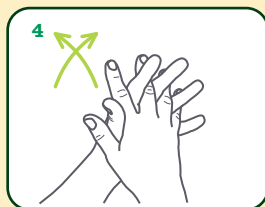
1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



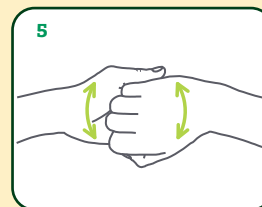
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



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



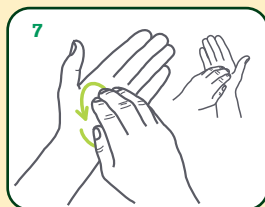
4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados



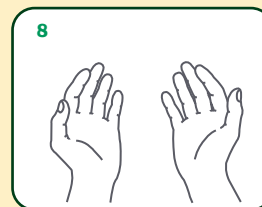
5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo com 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 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.



Infraestrutura

É necessário garantir o fácil acesso a um produto de higienização das mãos como a preparação alcoólica. O produto deverá estar tão próximo quanto possível do profissional, ou seja, ao alcance das mãos no ponto de atenção ou no local de tratamento, sem a necessidade de o profissional se deslocar do ambiente no qual se encontra o paciente. Dispor de infraestrutura mínima com uma pia a cada 10 leitos, preferencialmente com acionamento automático em unidades não críticas e obrigatoriamente em unidades críticas.

Promover a educação contínua e o treinamento dos profissionais de saúde, enfatizando os **cinco momentos da lavagem das mãos** e identificando os principais locais com o quadro explicativo. Monitorar a prática de higiene das mãos e as condições da infraestrutura (protocolo itinerante do Programa Nacional de Segurança do Paciente – MS / Anvisa / Fiocruz).

Cuidado com o uso de luvas

Usar luvas não altera nem substitui a higienização das mãos. Seu uso por profissionais de saúde não pode ser adotado indiscriminadamente e deve ser restrito às indicações a seguir:

- utilizá-las para proteção individual não só no contato com sangue e líquidos corporais, mas também com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- utilizá-las para reduzir a possibilidade de os microrganismos das mãos do profissional contaminarem o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de microrganismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato;
- trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
- trocar de luvas durante o contato com o paciente, se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo;
- trocar de luvas quando já estiverem danificadas;
- nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (ex.: telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- higienizar as mãos antes e após o uso de luvas.

Indicadores de processos assistenciais

Indicadores assistenciais são medidas padronizadas internacionalmente, com critérios, coleta de dados e análise preestabelecidos que permitem a comparação com outras instituições. Esses indicadores podem ser de processos, resultados e estruturais.



Instruções para os observadores

A finalidade da observação da higienização das mãos é, inicialmente, determinar o grau de adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos, bem como avaliar a qualidade no desempenho dos procedimentos e das instalações (anexo 1) (*Manual para observadores – estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos*).

Cálculo da adesão

A adesão à higienização das mãos é a razão entre o número de ações e o número de oportunidades conforme expresso pela seguinte fórmula:

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações de higienização das mãos} * 100}{\text{Oportunidades}}$$

4.2. Prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea relacionada ao Cateter Venoso Central

Objetivo

Reduzir a incidência de infecções na corrente sanguínea relacionadas aos cateteres venosos centrais (CVC), mantendo a vigilância e o controle de infecção a pacientes assistidos no hospital.

Condições necessárias

Implantação, treinamento e acompanhamento da equipe na utilização do protocolo.

Descrição/definição

Os cateteres venosos centrais são utilizados nas situações em que há necessidade de acesso prolongado ou definitivo ao sistema vascular. São indicados para:

- monitorização hemodinâmica;
- nutrição parenteral;
- administração de drogas;
- reposição hídrica;
- procedimentos específicos (Swan-Ganz, marca-passo, medida de PVC);
- inaccessibilidade de veias periféricas;
- hemodiálise.



São manufacturados em silicone ou poliuretano, constituído de lúmen único ou múltiplo, podendo ser semi ou totalmente implantáveis. A infecção da corrente sanguínea associada à inserção e manutenção de cateter venoso central é a mais grave complicação, prolongando a hospitalização e aumentando os custos da assistência.

Conceito de infecção associada ao cateter vascular

Caracteriza-se pela invasão e multiplicação de agentes infecciosos, com a migração de organismos da pele para o sítio de inserção do cateter, com subsequente colonização na luz ou da ponta do cateter. Outras formas descritas de contaminação, menos comum, são: soluções contaminadas infundidas inadvertidamente pelo cateter; disseminação hematogênica de bactérias por focos distantes e contaminação do cateter antes da sua inserção.

A infecção relacionada ao cateter venoso central está geralmente associada à assistência pelos profissionais de saúde, sendo críticos os momentos da passagem do cateter venoso central e suas técnicas de manipulação e manutenção.

Dentre os fatores de risco de infecção, os mais comuns são:

- tempo de cateterização;
- técnica de manipulação do sistema;
- técnica e barreira no momento da inserção;
- tipo do material, pois os cateteres de polivinil e polietileno são mais suscetíveis à aderência de certos microrganismos, como *S. aureus* e *S. coagulase-negativo*, que também têm a capacidade de produzir biofilme (barreira protetora contra a fagocitose do sistema imunológico);
- presença de múltiplos lúmens;
- gravidade da doença de base;
- local da inserção do cateter.

Epidemiologia

O uso de cateteres intravasculares é considerado uma das mais importantes causas de infecções sistêmicas. Nos EUA, a estimativa é de 250 mil a 500 mil casos por ano de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter. O custo atribuído a cada infecção é estimado entre 34.508 e 56.000 dólares, e o custo anual dos cuidados com os pacientes com infecção sistêmica associada ao CVC é de 296 milhões a 2,3 bilhões de dólares.



Nesse mesmo país, 15 milhões de dias de CVC – medida que significa o número total de dias expostos ao CVC por todos os pacientes em uma população durante um período de tempo selecionado – ocorrem nas UTIs a cada ano.

A taxa de todas as infecções relacionadas ao cateter (incluindo infecção local e sistêmica) é difícil de ser determinada. Entretanto, a taxa de infecções sistêmicas relacionadas aos cateteres intravasculares é um parâmetro ideal, porque representa as formas mais graves de infecções relacionadas a cateteres.

Mecanismos de contaminação e fisiopatogenia

A fisiopatologia dessas infecções envolve quatro mecanismos diferentes, por meio dos quais os microrganismos podem colonizar os cateteres intravasculares e, subsequentemente, se disseminar pela corrente sanguínea, causando infecções relacionadas ao cateter. São eles: invasão do local de inserção na pele; contaminação do conector do cateter; disseminação hematogênica a partir de um local distante e infusão de fluido contaminado.

O mecanismo responsável pela infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter (ICSRC) tem relação com patógeno responsável, como o *Staphylococcus coagulase-negativo* e o *S. aureus*, que se originam comumente da superfície da pele e localizam-se ao longo da superfície externa do cateter, enquanto as mãos dos profissionais de saúde, geralmente, introduzem organismos gram-negativos durante a manipulação de cateteres ou outros dispositivos intravasculares.

O cateter também pode ser contaminado por microrganismos que colonizam outras regiões do corpo, como trato gastrointestinal e respiratório, por meio de disseminação hematogênica. Esse mecanismo é raro, sendo considerado mais teórico do que uma fonte provável de infecção relacionada ao cateter.

Diagnóstico

O uso apenas de critérios clínicos não é suficiente para o diagnóstico de ICSRC. Sinais clínicos, como febre com ou sem calafrios, hipotensão, hiperventilação e alteração do nível de consciência, não são específicos de infecção relacionada ao cateter, estando presente em todas as infecções de corrente sanguínea, independentemente da origem. Critérios mais específicos, como inflamação e supuração observadas no sítio da inserção do cateter em pacientes com sinais de sepse, aumentam substancialmente o grau de suspeita de infecção relacionada ao cateter, porém são pouco sensíveis e estão presentes em menos de 50% dos casos. No entanto, quando os sinais de sepse são relacionados a determinados achados, como culturas do sítio da inserção do cateter com o mesmo microrganismo isolado na corrente sanguínea e sinais clínicos que se iniciam subitamente após infusão de fluidos e melhora clínica em 48



horas – 72 horas após remoção do cateter, há um aumento da probabilidade de tais achados serem secundários a uma infecção primária do cateter ou dos fluidos infundidos. Os critérios e a confirmação serão definidos e tabulados pela SCIH.

Medidas de controle

Manutenção do cateter

a. Curativos

- Nas primeiras 24 horas após a inserção, o curativo deve ser convencional (com gaze e micropore), pois pode ocorrer sangramento na inserção do cateter.

Após esse período, se a inserção estiver limpa e seca, pode-se optar por:

- Curativo convencional (gaze e micropore) – com técnica asséptica, clorexidina alcoólica 0,5%. Trocar a cada 24 horas ou se estiver solto, sujo e úmido.
- Curativo com película transparente – com técnica asséptica, clorexidina alcoólica 0,5%. Trocar a cada 5 dias – 7 dias.
- Realizar o curativo na técnica, conforme POP – técnica de curativo.
- Não utilizar antibiótico tópico ou cremes no local de inserção.
- Proteger o cateter e todo o equipo com filme transparente durante o banho para não molhar; caso molhe, efetuar a troca do curativo.
- Fixar o cateter apropriadamente após a inserção.

b. Trocas de equipo

- A troca de equipos, buretas, torneirinhas (hub) e extensões utilizados para infusão endovenosa deverá ocorrer a cada 72 horas, com três exceções:
 - » trocar equipo e extensões (exclusivos) utilizados para infusão de sangue, hemoderivados e emulsões lipídicas a cada bolsa de infusão (e, no máximo, após 24 horas do início);
 - » se houver suspeita de bacteremia associada à infusão, trocar no momento e enviar material para cultura (infusão e hemocultura);
 - » se houver suspeita de contaminação do sistema, trocar de imediato.

c. Manipulação do cateter venoso central

- Realizar higienização das mãos, imediatamente, antes e após o procedimento ou a manipulação de quaisquer componentes do conjunto cateter (anexo 2).
- Realizar higiene das mãos com água e sabão ou álcool gel não apenas antes de qualquer manipulação de cateter e conexões, mas também do preparo de soluções EV.



- Utilizar luvas de procedimento para administrar medicações e manipular o cateter.
- Realizar fricção com álcool a 70% das conexões e torneirinhas antes de administrar as medicações.

d. Indicações de troca

- Não há indicação de troca rotineira pré-programada para os cateteres centrais ou arteriais, sendo exceções: cateter inserido por flebotomia, que deve ser retirado em 48 horas; cateter de Swan-Ganz que não deve permanecer por mais de 72 horas e cateter de pressão arterial invasiva que não deverá permanecer por mais de 5 dias.
- Se houver saída de secreção purulenta no local de inserção do cateter, retirar CVC e passar um novo cateter, caso seja necessário, sendo obrigatoriamente em outro sítio de inserção.
- Na suspeita forte de febre associada ao cateter, não fazer a troca com fio guia.
- Quando houver suspeita de infecção associada ao cateter com repercussões clínicas graves (deterioração hemodinâmica, necessidade de ventilação mecânica ou bacteremia clínica), retirar o cateter, enviar a ponta para cultura (vide técnica no item E) e, caso seja necessário, passar novo cateter em outro local.
- Se o cateter for passado na urgência e sem condições adequadas de assepsia, trocar para outro local em, no máximo, em 48 horas.
- Se houver obstrução irreversível, retirar e passar em outro local. Se a indicação de troca for por mau funcionamento, permite-se a troca utilizando fio guia, desde que não exista evidência de infecção.
- Designar um lúmen exclusivo para nutrição parenteral. Não é recomendada a troca rotineira de cateter de NPP, seguindo as mesmas indicações de troca anteriormente citadas.
- Para a troca de cateter com fio guia, deve ser utilizada paramentação completa, a mesma utilizada na passagem inicial.

e. Técnica de retirada e envio de ponta do cateter para cultura

- Higienização das mãos.
- Retirada do cateter utilizando técnica asséptica.
- Deve ser enviada a parte terminal (a ponta que fica no intravascular) do cateter, numa extensão igual a 5 centímetros, colhida de forma asséptica (luvas estéreis ou lâmina estéril) e colocada em tubo seco estéril.
- A ponta do cateter deve ser enviada imediatamente ao laboratório para ser submetida à cultura semiquantitativa.



Implementação do protocolo

- Padronizar as etapas de passagem de cateter através da implementação do check list de passagem de CVC.
- Capacitar os enfermeiros sobre o protocolo implantado e o método de auditoria durante as passagens de cateter. O check list deve ser preenchido durante todas as passagens de cateter.
- Estimular a retirada precoce do cateter venoso central.
- Promover aderência da realização da auditoria.
- Busca ativa realizada pela enfermeira da SCIH, de pacientes em uso de CVC, em todas as unidades de internação do hospital.
- Coletar dados para monitorização dos pacientes em uso de CVC através do preenchimento dos impressos.

Indicadores de processos assistenciais

Indicadores assistenciais são medidas padronizadas internacionalmente com critérios, coleta de dados e análise preestabelecidos, que permitem a comparação com outras instituições. Esses indicadores podem ser de processos, resultados e estruturais.

$$\frac{\text{Número de casos novos de IPCSL no período} \times 1000}{\text{Número de CVCs - dia no período}}$$

4.3. Prevenção de infecção do trato urinário relacionada à sonda vesical de demora

Objetivo

Reduzir a incidência de infecções do trato urinário relacionadas à sonda vesical de demora (SVD), mantendo a vigilância e o controle de infecções a pacientes assistidos no hospital.

Condições necessárias

Implantação, treinamento e acompanhamento da equipe na utilização do protocolo.



Descrição/definição

Conceito de infecção do trato urinário (ITU)

Caracteriza-se pela invasão e multiplicação de agentes infecciosos, com invasão tecidual, em qualquer seguimento do aparelho urinário. A infecção urinária é topograficamente dividida em infecção urinária baixa e alta.

Anatomicamente, as infecções são consideradas baixas, quando comprometem até a bexiga (ex.: cistites, uretrites, prostatites), e altas, quando afetam os rins e os ureteres.

Também podem ser classificadas como complicadas ou não, quando existe ou não alteração anatômica e/ou funcional, respectivamente.

As cistites e uretrites comumente cursam com sinais e sintomas locais, a saber: polaciúria ou surgimento/piora de incontinência urinária; disúria; odor forte na urina; irritabilidade ou urgência miccional e dor ou desconforto no baixo ventre. Podem cursar com piúria.

As manifestações sistêmicas (sinais e sintomas) são menos frequentes, podendo indicar a disseminação sistêmica do microrganismo e representar risco maior para o paciente. Essas manifestações são febre e calafrios, hipotensão, intenso mal-estar e prostração.

Os casos de prostatite podem evoluir com muitos dos sintomas e dos sinais locais descritos para as outras infecções baixas, acrescidos de dor à evacuação e, em frequência maior, de febre e calafrios.

Os casos com comprometimento renal geralmente cursam com dor lombar, febre, calafrios, delírio e mudanças de comportamento.

Epidemiologia

A ITU é a infecção hospitalar mais comum relacionada a procedimentos invasivos, compreendendo mais de 40% de todas as infecções adquiridas em instituições.

Cerca de 70% a 88% dos casos de ITU ocorrem em pacientes submetidos a cateterismo vesical.

A duração do cateterismo é fator relevante para ocorrência de infecção urinária. Após 48 horas de cateterização, 50% dos pacientes têm urina colonizada. Entre pacientes admitidos sem bacteriúria, de 10% a 20% terão ITU após o procedimento. Porém esse valor aumenta significativamente: para cada dia de permanência do cateter com sistema fechado de drenagem, existe um risco estimado de 3% a 10% de se contrair ITU, chegando a 50% no 15º dia e quase 100% em 30 dias.

A ITU hospitalar contribui para o aumento da permanência do doente no hospital (em média, 2 dias), levando a um custo adicional de 600 dólares. É causa direta de morte em 0,1% dos pacientes com infecção hospitalar (IH) e causa indireta em 0,7%.



Fatores de risco e fisiopatogenia

Vários fatores de risco são conhecidos, dentre eles: sexo feminino; cateterização com sistema aberto de drenagem; tempo de cateterização; diabetes mellitus; técnica de inserção e manipulação de cateteres inapropriada; anormalidades anatômicas e fisiológicas (ex.: malformações congênitas, estreitamento uretral, hipertrofia prostática, divertículo de bexiga, refluxo uretrovesical ou vesicoureteral, cálculos, cistocele, patologias neurológicas).

Dentre esses, o principal fator de risco é a sondagem vesical, que quebra vários mecanismos de defesa inespecíficos.

A uretra é dilatada e as glândulas periuretrais, que normalmente secretam substâncias antimicrobianas, têm seus ductos bloqueados. O balão de retenção impede o completo esvaziamento da bexiga, favorecendo a proliferação microbiana. O cateter urinário permanece continuamente aberto, criando a possibilidade de migração bacteriana pelo seu lúmen, pelo fluxo retrógrado de urina em sistemas abertos de drenagem ou mesmo pelo filme urinário que recobre sua superfície interna. Atuando como corpo estranho, favorece a proliferação microbiana na interface de sua superfície externa com a mucosa uretral.

A maioria dos microrganismos que invadem o sistema de drenagem urinário origina-se da microbiota do sistema digestivo, embora a microbiota vaginal e a fonte externa, por causa da manipulação do sistema pelo profissional de saúde, (transmissão cruzada) tenham importância.

O microrganismo alcança as vias urinárias por duas vias:

- via extraluminal: precocemente, na inserção do cateter, pode-se deslocar germes da microbiota da uretra distal para proximal e a seguir para bexiga estéril ou tardiamente pela ascensão do organismo entre a superfície externa do cateter e a mucosa uretral. Essa é a via mais frequente de contaminação;
- via intraluminal: por refluxo até ao lúmen do cateter após contaminação do saco coletor ou por violação do sistema fechado de drenagem.

Além disso, pode ocorrer adesão microbiana no dispositivo com formação do biofilme que, além de proteger os germes do fluxo urinário, pode reduzir a penetração do antibiótico.

Diagnóstico

O diagnóstico deverá basear-se em dois pontos:

- a. presença de sinais e sintomas;
- b. urina l com leucocitúria.



Considerar:

- bacteriúria significativa: cultura de urina com crescimento ≥ 100.000 UFC/ml;
- bacteriúria assintomática: bacteriúria significativa (cultura positiva) na ausência de sintomas clínicos.

Bacteriúria não é sinônimo de infecção. Só deve ser tratada na presença de sintomas clínicos, exceto em pacientes de alto risco: transplante de órgãos sólidos; neutropênicos; gestantes; pré-operatório de cirurgia urológica e pré-operatório de colocação de próteses.

Na presença de sinais e sintomas associados à alteração de urina e urocultura positiva, reavaliar a necessidade de SVD, retirar a SVD assim que possível e iniciar antibiótico conforme antibiograma. Se não for possível retirar a SVD, realizar sua troca antes do início da antibioticoterapia.

Medidas de controle

Indicações do cateterismo urinário:

- pacientes que requerem acurado controle do débito urinário (ex.: cirurgias de grande porte, instabilidade hemodinâmica);
- pacientes com problemas neurológicos, como lesões medulares ou bexiga neurogênica;
- pacientes que necessitam de cirurgia de bexiga ou com obstrução urinária.

Devem ser considerados outros métodos de drenagem vesical, como cateterização suprapúbica, cateterização intermitente ou uso de coletores externos (condom).

Cuidados na inserção dos cateteres urinários:

- realizar a sondagem vesical de demora e alívio na técnica, conforme POPs;
- somente enfermeiro e médico poderão realizar o procedimento/passagem de sonda vesical;
- educação profissional e revisão da técnica correta empregada na utilização dos cateteres urinários deverão ser feitas periodicamente;
- o cateter deverá ter o menor calibre que possibilite um bom fluxo, a fim de evitar traumas uretrais;
- higienização das mãos deverá ser realizada imediatamente antes e após sondagem ou manipulação de quaisquer componentes do conjunto cateter/coletor urinário;
- luvas estéreis, gazes e clorexidina aquosa 0,2% deverão ser utilizadas na antisepsia periuretral (do meato para periferia), e um lubrificante estéril (vaselina ou pasta de lidocaína) na sua inserção;



- deve-se fixar o cateter apropriadamente após a inserção: homem (região suprapúbica lateralizada) e mulher (face interna da coxa).

Cuidados na manutenção dos cateteres urinários:

- devem ser substituídos: quando ocorrer violação do sistema e sua contaminação; presença de grande quantidade de resíduos; presença de incrustações na ponta do cateter; mau funcionamento do cateter; obstrução do sistema e vigência de febre sem outra causa reconhecida;
- o sistema utilizado no cateterismo urinário deverá ser fechado ao meio ambiente, estéril e manter um fluxo urinário contínuo;
- deverá ser esvaziado periodicamente sem contaminações;
- o volume do dispositivo coletor não deve ultrapassar o valor de 2/3 da capacidade total, seguindo o roteiro para esvaziamento: higienizar as mãos – calçar luvas de procedimento – passar álcool a 70% antes e depois de esvaziar o dispositivo coletor – desprezar a urina – lavar o frasco coletor de urina – retirar as luvas – higienizar as mãos;
- desconexões **não** poderão ocorrer e, caso seja necessária a realização de irrigação, deverá ser utilizada preferencialmente cateteres de três vias;
- o cateter urinário deverá sempre ser mantido fora do contato com o solo e a bolsa coletora de drenagem abaixo do nível da bexiga, o mesmo deve ser esvaziado regularmente em recipiente próprio e individual;
- meato uretral deverá ser mantido limpo, com água e sabão, sem cuidados adicionais. O uso de antissépticos ou antimicrobianos locais não provou ser eficaz na prevenção de ITU.

Irrigação

- Irrigação deverá ser evitada, a menos que uma obstrução seja antecipadamente esperada, como em cirurgia prostática ou em uso de alguma medicação intravesical.
- Técnicas assépticas devem ser utilizadas no manuseio da conexão do cateter/coletor ou da via de irrigação antes do início da operação, ou seja, antes de desconectá-los.
- Em caso de obstrução, uma seringa com capacidade mínima para 50ml de solução estéril deverá ser utilizada e depois descartada.
- Se o cateter urinário ficar continuamente obstruído, necessitando de contínuas irrigações, sua troca ou retirada deverá ser considerada.



Coleta de urina

- Utilizar válvula de coleta ou conector específico para coleta de urina. Após sua desinfecção com álcool 70%, aspirar uma pequena quantidade com agulha e seringa estéril.

Controle

- Cateteres urinários **não** devem ser trocados com periodicidade previamente estabelecida.
- Separação espacial dos pacientes com e sem cateter não foi comprovada eficaz na prevenção de ITU.
- Monitorização rotineira, com exames bacteriológicos em tempos regulares, **não é** recomendável, pois não se mostrou tão eficaz, além de aumentar os custos. A observação clínica, no entanto, deve ser rigorosa.

Implementação do protocolo

- Padronizar as etapas de passagem de cateter através da implementação do check list de passagem de SVD.
- Capacitar os enfermeiros sobre o protocolo implantado e o método de auditoria durante as passagens de SVD. O check list deve ser preenchimento durante todas as passagens de SVD.
- Estimular a retirada precoce da sonda vesical de demora.
- Promover aderência da realização da auditoria.
- Busca ativa realizada pela enfermeira da SCIH, de pacientes em uso de SVD, em todas as unidades de internação do hospital.
- Coletar dados para monitorização dos pacientes em uso de CVC através do preenchimento dos impressos.

Indicadores de processos assistenciais

Indicadores assistenciais são medidas padronizadas internacionalmente com critérios, coleta de dados e análise preestabelecidos, que permitem a comparação com outras instituições. Esses indicadores podem ser de processos, resultados e estruturais.

$$\frac{\text{Número de casos novos de ITU - SVD no período} \times 1000}{\text{Número de dias de SVD no período}}$$



4.4. Prevenção de Infecção do Trato Respiratório

Objetivo

Diminuir a incidência de pneumonia hospitalar.

Descrição/definição

Certas condições, como desnutrição, doenças severas e pós-operatório, podem predispor à infecção respiratória. O estômago tem sido descrito como um importante reservatório de microrganismos que causam a pneumonia hospitalar. Em pessoas saudáveis, poucas bactérias sobrevivem ao pH do ácido clorídrico do estômago (<2). Entretanto, quando o pH aumenta para mais de 4, os microrganismos são capazes de se multiplicarem no estômago. Isto pode ocorrer em pacientes com idade avançada, acloridria, doença gastrointestinal superior e aqueles que recebem alimentação enteral, antiácidos ou antagonista de histamina. As bactérias também podem entrar no trato respiratório inferior por meio da inalação de aerossóis gerados por nebulizadores contaminados, sendo particularmente perigoso para pacientes entubados, porque fornece acesso direto ao trato respiratório inferior.

A pneumonia hospitalar, principalmente aquela associada à ventilação mecânica (PAV), é difícil de ser diagnosticada. Tradicionalmente, o critério para o diagnóstico tem sido febre, desenvolvimento de secreção purulenta associada à evidência radiológica de um novo ou progressivo infiltrado pulmonar, leucocitose e crescimento de bactérias em culturas de secreção, fluido pleural ou sangue.

Condições necessárias

Implantação, treinamento e acompanhamento da equipe na utilização do protocolo.

Descrição da atividade

Medidas preventivas:

- a. manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 30° e 45°;
- b. avaliar e adequar, diariamente o nível de sedação e realizar teste de respiração espontânea;
- c. aspirar a secreção acima do balonete (subglótica);
- d. higiene oral com antissépticos (clorexidina veículo oral).



A. Decúbito elevado (30° – 45°)

- Manter pacientes em posição de semirrecumbente, ou seja, com elevação da cabeceira entre 30° e 45°. Salvo na existência de contraindicação, tem demonstrado associação com um risco reduzido de aspiração pulmonar.
- A utilização do decúbito elevado reduz o risco de aspiração do conteúdo gastrointestinal ou orofaríngicos e de secreção nasofaríngea. Por esse motivo, diminui a incidência de PAV especialmente em pacientes que recebem nutrição enteral.
- Outra razão para o acréscimo dessa intervenção é a melhoria dos parâmetros ventilatórios quando na posição semirrecumbente. Por exemplo, os pacientes nessa posição apresentam um maior volume corrente quando ventilados com pressão de suporte e redução no esforço muscular e na taxa de atelectasia.
- Segundo o Institute for Helthcare Improvement – IHI, inúmeras dicas podem ser seguidas para facilitar a implantação dessa intervenção. A exemplo dessas, estão a inclusão da intervenção na folha de controle da enfermagem e o estímulo da notificação clínica, caso a cama pareça não estar na posição adequada.

B. Interrupção diária da sedação e evitar o uso de agentes paralisantes

- A utilização da interrupção diária da sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a extubação são parte integrante do Ventilator Bundle e têm sido correlacionadas com uma redução do tempo de ventilação mecânica e, portanto, a uma redução na taxa de PAV. Apesar dos benefícios gerados pela interrupção diária da sedação, essa intervenção pode apresentar alguns riscos. O exemplo disso está na extubação acidental, no aumento do nível de dor e ansiedade e na possibilidade de assincronia com a ventilação, o que pode gerar períodos de dessaturação.
- É importante implantar um protocolo de avaliação diária da sedação, avaliar a prontidão neurológica para extubação, incluir precauções para evitar a extubação acidental, como maior monitorização e vigilância, avaliação diária multidisciplinar e implementação de uma escala a fim de evitar aumento da sedação.

C. Aspirar a secreção subglótica rotineiramente

- O acúmulo de secreção no espaço subglótico é uma variável associada ao maior risco de desenvolvimento de PAV.



- Essa secreção acumulada torna-se colonizada pela microbiota da cavidade oral. Em pacientes submetidos à ventilação mecânica e ao uso de antimicrobianos, essa microbiota é composta principalmente de bacilos gram-negativos e é importante fonte de bactérias resistentes aos antimicrobianos.
- A rotina de aspiração deve ser prescrita de acordo com a necessidade de cada paciente, pela maior ou menos produção de secreção, e realizada com técnica estéril.

D. Higiene oral com antissépticos (clorexidina veículo oral)

- O entendimento que a PAV está associada com a aspiração do conteúdo da orofaringe amparou a lógica de se tentar erradicar a colonização bacteriana dessa topografia.
- Diversos estudos têm demonstrado diminuição das pneumonias associadas à ventilação, quando a higiene oral é realizada com clorexidina veículo oral (0,12% ou 0,2%). Muitos protocolos preconizam a higiene da cavidade oral com clorexidina oral, formulação de 0,12%, com uma pequena esponja, evitando lesões da cavidade, de três a quatro vezes ao dia.
- O profissional deve ficar atento a alergias, irritação da mucosa ou escurecimento transitório dos dentes.

Outras medidas preventivas

- Lavagem das mãos antes e após realizar qualquer procedimento, inclusive antes da montagem do respirador.
- Uso de luvas sempre que for manipular secreções respiratórias, trocando-as após manipular local contaminado do corpo para depois manipular o trato respiratório.
- Realizar a entubação orotraqueal com luvas estéreis, com cuidado para não contaminar o tubo.
- Antes de desinsuflar o cuff ou manipular tubo orotraqueal, deve-se aspirar a secreção das vias aéreas superiores.
- Traqueostomia deve ser realizada em centro cirúrgico e com condições assépticas, assim como a sua manipulação.
- A cânula interna deve ser limpa sempre que necessário, com técnica asséptica com água estéril ou solução fisiológica.
- O tubo de traqueostomia utilizado deve ser estéril.
- A aspiração traqueal deve ser realizada sempre que for necessário e com luvas estéreis.



- O cateter de aspiração deve ser estéril, usado com cuidado para não tocar no tubo durante o procedimento e descartado após o uso.
- Usar apenas águas ou soluções estéreis para fluidificar secreções.
- A extensão de látex deve ser lavada adequadamente, não sendo necessário o uso de água estéril, permanecendo protegida após o uso. Deve ser trocada a cada 72 horas e, após a troca, deve ser lavada e esterilizada.
- A parte interna dos ventiladores mecânicos não precisa ser esterilizada ou desinfetada.
- Os circuitos ventilatórios e umidificadores devem ser trocados a cada 5 a 7 dias.
- Todos os componentes do circuito devem ser esterilizados.
- A água condensada nos circuitos deve ser desprezada em recipiente adequado, evitando que retorne ao paciente ou ao umidificador.
- Os umidificadores devem ser preenchidos com água estéril, trocando a água a cada 6 horas (nunca completar; desprezar a água já existente).
- Posicionar o paciente com cabeceira elevada a 45°, se não houver contraindicações, para iniciar dieta.
- Verificar a posição da sonda enteral toda vez que for iniciar infusão de dieta.
- Ajustar o volume de infusão da alimentação enteral para evitar regurgitação.
- Dar preferência ao uso de protetor gástrico que não altere o pH, como a ranitidina endovenosa, de 1 a 2 doses por dia, em pacientes com ventilação mecânica, para evitar colonização gástrica.
- Orientar e estimular pacientes que serão submetidos à cirurgia torácica e abdominal quanto à necessidade da tosse, da inspiração profunda e da deambulação precoce nos pós-operatório. Controlar a dor com analgésico ou contenção para possibilitar a tosse e a inspiração profunda.
- Não deve ser utilizado antibiótico profilático para a prevenção da pneumonia.

Técnica de aspiração traqueal

1. Lavar as mãos.
2. Testar o aspirador (ligá-lo a uma pressão de 110 mmHg a 150 mmHg para adultos, 95 mmHg a 110 mmHg para crianças e 50 mmHg a 95 mmHg para lactentes).
3. Conectar uma extremidade da extensão de látex ao aspirador e colocar a outra em posição conveniente (próxima aos materiais).



4. Abrir o pacote do cateter de aspiração estéril e mantê-lo dentro, conservando sua esterilidade.
5. Abrir a cuba estéril e colocá-la sobre a mesa de cabeceira, preservando sua esterilidade; enchê-la com 100 ml de água destilada estéril.
6. Vestir óculos de proteção e calçar luvas estéreis, mantendo a mão dominante estéril.
7. Levantar a conexão do cateter com a mão dominante (estéril), sem deixá-lo tocar em áreas não estéreis, e a ponta da extensão de látex com a mão não dominante (que vai contaminar) e conectá-los.
8. Verificar se o equipamento está funcionando, aspirando uma pouco de água destilada estéril da cuba.
9. Remover o Y do respirador com a mão contaminada.
10. Inserir, com o vácuo fechado, o cateter com a mão estéril pelo tubo orotraqueal (nos adultos inserir de 20 cm a 24 cm, em crianças de 14 cm a 20 cm e em lactentes de 8 cm a 14 cm). Se a resistência é sentida após a inserção do cateter, tracioná-lo 1 cm.
11. Aspirar e, lentamente, retirar o cateter enquanto rotaciona em movimento de ir e vir entre o polegar e o indicador da mão estéril.
12. Não ultrapassar 15 segundos entre a desconexão e a reconexão.
13. Conectar o Y do respirador.
14. Lavar o cateter com água destilada estéril até limpar.
15. Repetir os passos 11 e 12, conforme necessário, para limpar as secreções; proporcionar o intervalo de 1 minuto completo entre as aspirações para favorecer a oxigenação do paciente.
16. Quando a via aérea artificial e a árvore traqueobrônquica estiverem limpas, realizar a aspiração nasal e oral para limpar as vias aéreas superiores. Após esse procedimento, não reintroduzir no tubo orotraqueal ou na traqueostomia esse cateter; desconectá-lo da extensão de látex e desprezá-lo no lixo branco, assim como as luvas.
17. Desligar o equipamento de aspiração, desprezar a água destilada e encaminhar os materiais para o expurgo.
18. Preparar o equipamento para a próxima aspiração.
19. Registrar a quantidade, a consistência, a coloração e o odor das secreções e a resposta do cliente ao procedimento, assim como o estado respiratório pré e pós-aspiração do cliente.



Práticas básicas para prevenção e monitoramento de PAV (recomendadas para todos os hospitais de cuidados agudos)

- Educar os profissionais de saúde que cuidam de pacientes em ventilação mecânica sobre PAV, incluindo informação sobre epidemiologia local, fatores de risco e evolução dos pacientes.

Indicadores de processos assistenciais

- Indicadores assistenciais são medidas padronizadas internacionalmente com critérios, coleta de dados e análise preestabelecidos, que permitem a comparação com outras instituições. Esses indicadores podem ser de processos, resultados e estruturais.

$$\frac{\text{Número de Pneumonias associadas à VM x 1000}}{\text{Número de dias de VM (VM/dia)}}$$

5. ADMINISTRATIVO

As instituições de saúde, por meio do Núcleo de Segurança do Paciente, deverão dispor do controle de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade.

Esse processo terá de ser elaborado em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente, no que for pertinente à rotina hospitalar, e com a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

Todos os processos e procedimentos deverão ser revisados e atualizados anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias.

Deverão ser estabelecidos mecanismos de tecnologia que possibilitem a inclusão, o controle e a pesquisa disponibilizados para todos os profissionais da unidade.

6. ASSISTENCIAL

- A ocorrência de infecções é de responsabilidade do hospital, portanto cabe a ele adotar medidas básicas de prevenção e um sistema de vigilância que permita identificar rapidamente os casos. Além disso, o tratamento e o acompanhamento das infecções e suas complicações cabem ao responsável técnico do hospital.
- Elaborar o programa de controle de infecções e o manual de prevenção de infecções.
- Avaliar mensalmente as taxas de infecção e emitir relatório com interpretação de taxas e medidas adotadas.



- Estabelecer contato sistemático com o enfermeiro da clínica, visando implementar e aprimorar medidas de prevenção.
- Investigar epidemiologicamente e propor medidas preventivas em caso de ocorrência de infecções acima do esperado.
- Normas para orientação do fluxo de pacientes, materiais e profissionais.
- Normas detalhadas com descrição dos processos de procedimentos de risco. Essas normas devem, obrigatoriamente, abordar a antissepsia, a técnica asséptica, a desinfecção de frascos e equipamentos durante uso, além dos demais aspectos técnicos do procedimento específico.
- Programa para prevenção de acidentes com materiais biológicos.
- Plano de gerenciamento de resíduos.
- O hospital ter a Comissão de CCIH atuante e o registro mensal das taxas de infecção por procedimento, cujo número deve ser consolidado mensalmente.
- A busca de casos deve ser feita pelo enfermeiro ou técnico da clínica. Essa busca pode ser realizada utilizando várias técnicas, como as citadas a seguir:
 - avaliação do paciente, quando do retorno à clínica;
 - ligações telefônicas;
 - carta pré-selada e distribuída aos pacientes.
- Os dados da busca de casos deverão ser registrados em ficha de vigilância.
- A utilização de indicadores de processo, complementares ao cálculo das taxas de infecção, é uma prática importante, pois mostra sua dinâmica e permite conhecer em quais condições as práticas assistenciais são realizadas, identificando possíveis falhas. Os indicadores de processo validados pela instituição devem constar no *Manual de avaliação de práticas de controle de infecção hospitalar*.
- É de responsabilidade da coordenação de Enfermagem zelar pela manutenção e pelo cumprimento desse documento.



REFERÊNCIAS

Anvisa. Curso básico de controle de infecção hospitalar. Caderno B, Principais síndromes infecciosas hospitalares. Acesso em 30/06/2009. Disponível em: URL: www.anvisa.gov.br.

Anvisa. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. / Organização Mundial da Saúde; tradução de Sátia Marine – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.

Anvisa. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília: Anvisa; 2009. 100p.

APECIH – Prevenção de infecção do trato urinário hospitalar, 2005. CDC Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. Atlanta: Center for Disease Control. November 2000. Acesso em 30/06/2009. Disponível em: < www.cdc.gov/ncidod/hip/guide/uritract.htm.>

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Segurança do Paciente. Higienização das mãos. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf>

Fernandes AT. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu, 2000.

Medeiros EAS, et al. Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Comissão de Epidemiologia Hospitalar, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

Ministério da Saúde, Anexo 1, Protocolo para prática de higienização das mãos em serviços de saúde; 9 de julho de 2013.

Oliveira AC. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. REME Rev Min Enferm. 2009.

OMS. Campanha Save lives – clean your hands! Esquema: Meus cinco momentos para higienização das mãos (tradução). Disponível em: <http://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/index.html>.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/IH_MANUALFAPESP06.pdf>. Acesso em fev. 2014.



ANEXO 1 – MODELO DE ADESÃO DE HIGIENE DAS MÃOS

GUARDIÕES DE HIGIENE DE MÃOS		
INDICAÇÃO DE HIGIENE DAS MÃOS		
CATEGORIA PROFISIONAL	OPORTUNIDADES	AÇÃO
Observação:		
TAXA DE ADESÃO DA AMOSTRA :		
NOME GUARDIÃO :		



ANEXO 2 – MODELO DE PREVENÇÃO DE FLEBITE

CAUSAS E SINTOMAS PARA SE PREVENIR

O que é Flebite?
Flebite é toda inflamação da parede de uma veia.


Quais as causas?
As causas mais frequentes são os traumatismos ou contaminações por bactérias devido injeções intravenosas de medicamentos.

Sinais e sintomas de Flebite
Vermelhidão, calor, dor e inchaço no local do acesso venoso.

Cuidados com o acesso venoso
No ambiente hospitalar deve-se ter cuidados específicos durante a manipulação do acesso venoso para evitar a flebite, como limpeza prévia do cateter antes da manipulação e velocidade de infusão conforme a indicação do fabricante do medicamento.

COMO PACIENTE E ACOMPANHANTE PODEM AJUDAR NA PREVENÇÃO?

- Não manipular o cateter na infusão de medicação e aparelho de bomba de infusão.
- Não realizar conexões ou desconexões do cateter.
- Informar à equipe de enfermagem se houver qualquer sintoma de flebite.
- Informar à equipe de enfermagem se o curativo do cateter estiver solto.



FLEBITE

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE



Alameda Santos, 1827 - 15º andar - Cerqueira César
01419-909 - São Paulo - SP - Tel.: (11) 3265-4000
www.unimed.coop.br