



Universidade Estadual de Maringá



Hospital Universitário Regional de Maringá



Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

Prevenção de Infecção Hospitalar

SUMÁRIO

I. PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA A ACESSO VENOSO

1.1	CATETER VENOSO PERIFÉRICO.....	05
1.2	CATETER VENOSO CENTRAL.....	06
1.3	CATERTER ARTERIAL PERIFÉRICO.....	09
1.4	CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFERICA (PICC).....	13
1.5	CATETER UMBILICAL.....	13
1.6	CUIDADOS COM CATETER DE HEMODIALISE DE CURTA PERMANÊNCIA.....	14
1.7	SISTEMA DE INFUSÃO.....	14
1.8	CUIDADOS COM MANIPULAÇÃO E PREPARO DE MEDICAÇÃO.....	15

II. PREVENÇÃO DE INFECÇÃO URINARIA

2.1	CUIDADOS NO PROCEDIMENTO DE CATETERISMO VESICAL.....	16
2.2	CUIDADOS DIÁRIOS COM CATETERISMO VESICAL.....	16
2.3	COLETA DE EXAME NA SUSPEITA DE INFECÇÃO.....	16

III. PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA

3.1	ORIENTAÇÕES GERAIS.....	17
3.2	NEBULIZAÇÃO CONTÍNUA OU INTERMITENTE.....	17
3.3	VENTILAÇÃO MECÂNICA.....	18
3.4	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO ENDOTRAQUEAL.....	18
3.5	CUIDADO COM CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA.....	19
3.6	CUIDADOS COM SISTEMA DE DRENAGEM TORÁCICA.....	20

IV. PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRURGICO

4.1	ORIENTAÇÕES GERAIS.....	21
4.2	CURATIVOS.....	21
4.3	VIGILANCIA DO SÍTIO CIRURGICO.....	22
4.4	TÉCNICA DE COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA DE FERIDA ABERTA.....	22
4.5	CLASSIFICAÇÃO DAS CIRURGIAS POR POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO DA INCISÃO CIRÚRGICA.....	23
4.6	LIMPEZA E ESTERIZAÇÃO DE PRODUTOS MÉDICOS USADOS EM VÍDEO CIRURGIA.....	25
4.7	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE APARELHOS ENDOSCÓPICOS.....	26

V. ROTINAS ESPECÍFICAS

5.1	ROTINAS PARA MATERIAL PÉRFURO – CORTANTE.....	28
5.2	ROTINA DE ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS MÉDICO HOSPITALARES CONTAMINADOS AO C.M.E.....	29
5.3	ROTINAS PARA RECIPIENTES DE ALGODÃO UTILIZADO COM ÁLCOOL PARA ASSEPSIA.....	29
5.4	ROTINA PARA DESINFECÇÃO DE BANDEJAS.....	29
5.5	ROTINA PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE INCUBADORA.....	30
5.6	ROTINA DE CUIDADOS COM DRENO ABDOMINAL.....	31
5.7	ROTINA LIMPEZA E DESINFECÇÃO/ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS UTILIZADOS EM ASSISTENCIA VENTILATÓRIA.....	34

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	38
--	-----------

ELABORAÇÃO – 1999:

Márcia Arias Wingeter – Médico S.C.I. H.

Tânia Mara de A. Bortolotto – Enfermeira S.C.I.H.

REVISÃO – 2015:

Cesar Helbel – Médico C.C.I.H.

Hilton Vizi Martinez – Enfermeiro S.C.I.H.

Márcia Arias Wingeter – Médico S.C.I. H.

COLABORAÇÃO TÉCNICA:

Salete das Graças I. Benati

Aryane Cristina S. Gumieiro

I. PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA A ACESSO VENOSO

1.1 CATETER VENOSO PERIFÉRICO

Orientações Gerais:

- Usar luvas de procedimento para inserção e manuseio de cateter periférico;
- Utilizar dispositivos agulhados (*scalp*) somente para coleta de sangue ou para infusão de pequenas doses de medicamentos e retirá-los até 4h.

Manutenção:

- Anotar no prontuário diariamente aspecto do sítio de inserção e troca de cateteres;
- Não há recomendação para uso de antimicrobianos tópicos no local de inserção do cateter venoso periférico;
- Não molhar ou submergir os dispositivos; para banho protegê-los com coberturas impermeáveis.
- Fazer desinfecção dos conectores com álcool a 70% antes de cada manipulação/administração de fluidos.
- Lavar o cateter com soro fisiológico após cada infusão ou coleta de sangue.
- Nos cateteres periféricos não administrar: drogas vesicantes (ex: quimioterápicos), nutrição parenteral, solução com pH <5 ou >9 e osmolaridade maior que 500 mOsm/l
- Realizar a cada turno avaliação das condições do cateter e sinais de flebite.
- Trocar equipos e conectores:
 - Infusão contínua – a cada 96h
 - Infusões intermitentes – a cada 24h
 - Nutrição parenteral – a cada 24h
 - Emulsões lipídicas – a cada 24h
 - Para sangue ou derivados trocar equipos e conectores a cada bolsa/ ou frasco.
 - Trocar todos os equipos na suspeita de infecção de corrente sanguínea com bacteremia.

Escolha do sítio:

- Em adultos, preferir membros superiores, começando pelo dorso da mão, depois punho, antebraço e braço.
- Evitar áreas de flexão.
- Em neonatos e crianças menores podem-se utilizar veias de cabeça, pescoço ou extremidades inferiores.

Curativos:

- Preferir filmes transparentes, se não for possível usar fita micro porosa.
- Sem necessidade de trocas rotineiras, trocar na presença de umidade, sujidade e soltura.

Troca de Cateter Periférico:

- Sempre quando houver sinais de flebite (calor, rubor e edema).
- A cada 96h.
- Pacientes de difícil acesso devem ser avaliados individualmente esta troca ou a permanência do mesmo.
- Cateter inserido em situação de emergência deve ser trocado em no Máximo 24h.

1.2 CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

Orientações Gerais:

- A higienização das mãos é parte fundamental da prevenção das infecções;
- Remover os CVCs quando não forem mais necessários;
- Quando inseridos em situações de emergência remove-los assim que possível (permanecer no máximo 48 horas).
- Fixar com disposição específica do próprio cateter;
- Sempre que possível utilizar Ultrassonografia;

- Deve ser realizada por profissional experiente, ou na presença dele;
- Evitar uso da veia femoral como sítio de inserção, pelo risco aumentado de infecção nesse sítio;
- RNs pode utilizar a veia umbilical ou cateter central de inserção periférica (PICC).
- Nos pacientes traqueostomizados dar preferência o uso de via jugular interna.
- Cateter central deve ser mantido em infusão contínua

Inserção:

- Realizar higienização anti-séptica das mãos com água e sabão anti-séptico degermante (clorexidine 2%).
- Remoção dos pelos, deve ser feita com tricótomo elétrico ou tesouras;
- A medida mais simples e efetiva na prevenção da infecção do CVC é a inserção e manuseio com técnica asséptica.
- A área de inserção deve ser lavada com solução degermante de clorexidine 4% ou PVPI degermante e enxaguada com SF 0,9% e secada com compressa estéril.
- O profissional que realiza o procedimento e o que auxilia deve:
 - realizar higienização anti-séptica das mão;
 - usar barreira máxima(gorro, máscara, óculos e avental manga longa estéril);
 - luvas estéreis;
 - campos estéreis ampliados.
- A anti-sepsia da pele deve ser realizada com álcool a 70%, PVPI tópico ou clorexidine alcoólico 0,5% por um período de tempo mínimo de 1 (um) minuto;

OBS.: Não se pode fazer degermação com PVPI degermante e após antissepsia com clorexidine alcoólico 0,5%; ou vise-versa, ocorre inativação de um produto pelo outro.

Curativos:

- Preferencialmente o enfermeiro é quem deve realizar os cuidados em estes dispositivos endovenosos.
- Utilizar gaze nas primeiras 24hs e

- Após 24hs utilizar filme transparente.
- Trocar quando houver umidade, sujidade, soltura ou a cada 7 dias.
- Inspeccionar diariamente o local da inserção, verificando sinais flogísticos.
- Os cateteres venosos centrais devem ser mantidos com infusão contínua.
- O manuseio do canhão (conexão equipo/cateter) deve ser realizado com luva estéril e fazer anti-sepsia com álcool 70% ao redor da conexão antes e após o seu manuseio.

Trocas do CVC:

- Não realizar troca rotineira, ou seja não substituí-lo exclusivamente em virtude do tempo de sua permanência.
- Realizar troca por fio somente em complicação, não funcionamento, ou seja, caso haja mau funcionamento do cateter.
- Nas suspeitas de infecção relacionada ao cateter trocar por outro sítio.
- Cateter Swan-Ganz o tempo máximo de uso é 5 dias.

Retirada do CVC:

- A coleta de ponta do cateter está indicada SOMENTE quando se observa:
 - Presença de sinais inflamatórios (dor, calor, rubor e/ou secreção) no sítio inserção do cateter.
 - Presença de sinais clínicos de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter.

OBS: para a interpretação do resultado se faz necessário realizar coleta de duas amostras de sangue para Hemocultura por punção periférica, no mesmo período.

Para Nutrição Parenteral

- Lavar as mãos com solução anti-séptica e usar luvas estéreis ao manipular o cateter.
- Realizar anti-sepsia com álcool 70% ao redor da conexão cateter/equipo antes e após o seu manuseio.

- A troca do equipo deve acompanhar o frasco de nutrição parenteral, não ultrapassando 24h.
- Evitar irrigações do sistema.
- Manter o sistema fechado, entre as trocas de solução.
- Manter sempre que possível o acesso venoso com cateter de único lumem e de uso exclusivo para a nutrição parenteral, caso contrario, usar a via distal (longa) de cateter de múltiplos lumem;
- Evitar manipulação do sistema para outros fins (ex.: coleta de sangue).
- Realizar desinfecção das conexões com solução alcoólica por meio de fricção vigorosa com no mínimo três movimentos rotatórios utilizando gaze limpa ou sache, sempre antes de acessar o dispositivo.

1.3 CATETER ARTERIAL PERIFÉRICO

Orientações Gerais:

- Não trocar rotineiramente, porem retira-los assim que possível.
- Manter por no máximo 5 dias.
- Preferir artéria radial e pediosa, evitando a femoral.
- Utilizar cateter especifico.
- Utilizar somente componentes estéreis para o sistema de Pressão Arterial Invasiva (PAI).
- Evitar manipulações, se necessário usar “flush” continuo fechado.
- Utilizar transdutores descartáveis para monitoração da PAI.
- Os conjuntos de componentes, transdutores e fluidos devem ser trocados a cada 96h.

Inserção:

- Seguir as mesmas recomendações do CVC.
- Recomenda-se evitar inserção em artéria femoral.
- Para inserção:

- Realizar higienização anti-séptica das mãos.
- Profissional paramentado (gorro, mascara, óculos e avental).
- Utilizar luvas estéreis.
- Anti-sepsia da pele com clorexidine degermante seguida de clorexidine alcoólica
- Utilizar campos estéreis na região a ser puncionada

Manutenção:

- Retira-lo assim que possível, e não substituir de rotina.
- Utilizar preferencialmente cateter específico para punção.
- O tempo de permanência do cateter deve ser no Máximo de 05 dias.
 - Pode ser estendido se o cateter e fixação for próprio para a punção arterial.
- Utilizar somente componentes estéreis para o sistema de monitoração da PAI.
- Evitar manipulação do cateter.
- Utilizar sistema fechado de flush contínuo.
- Transdutores devem ser descartáveis, trocados a cada 96 horas.
- Curativos:
 - Pode-se utilizar curativo transparente com troca a cada 5 dias.
 - Deve ser realizado diariamente com SF 0,9% e PVPI tópico ou clorexidine alcoólico 0,5%, se a fixação do mesmo não permitir investigação diária de sinais de inflamação. (ex: fixação com esparadrapo).

QUADRO: Sinais clínicos de infecção corrente sanguínea relacionada ao cateter

SINAIS INESPECÍFICOS	Febre; calafrios, tremores; hipotensão, choque; hiperventilação; insuficiência respiratória; dor abdominal; vômitos, diarreia.
CONDIÇÕES QUE SUGEREM ETIOLOGIA E INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA AO CATETER	<ul style="list-style-type: none">- Pacientes sem fatores de risco para infecção (jovem sem doenças subjacentes etc.)- Foco de infecção inaparente- Presença de cateter venoso central- Inflamação ou purulência no sitio de inserção- Início abrupto, associado com choque- Sepsis refrataria a antimicrobianos ou drástica melhora após a remoção da cânula.- Hemocultura positiva por <i>Staphylococcus</i> (especialmente coagulase-negativo), <i>Corynebacterium</i> (especialmente cepas jk1), <i>Bacillus sp</i> ou fungos.

Técnica Para Coleta de Ponta de Cateter

• **Procedimento:**

- Lavar as mãos;
- Colocar luvas estéreis;
- Realizar anti-sepsia com álcool 70% na pele ao redor do cateter, com objetivo de evitar a contaminação da ponta com a microbiota cutânea;
- Tracionar o cateter e cortar, com lâmina de bisturi ou tesoura estéril, cerca de 5 (cinco) cm da ponta distal dentro de um frasco estéril e seco.

Encaminhar a ponta do cateter imediatamente ao laboratório em recipiente seco e estéril devidamente identificado.

- **Identificação:** nome do paciente; leito/setor; data da coleta; nome do responsável; tipo de material (intracath, duplo ou triplo, flebotomia, cateter umbilical, cateter de diálise).

HEMOCULTURAS*

*Ver Procedimento Operacional Padrão do Laboratório de análises clínicas

Destacam-se:

- Padronização e sua correta execução da técnica de coleta são fundamentais para evitar contaminação.
- Para sepse ou bacteremia de origem indeterminada colher por 2 punções venosas de locais diferentes.
- Para endocardite e febre de origem indeterminada colher 2 ou 3 pares de amostras.
- Após início de antibioticoterapia desencoraja-se coleta de múltiplas hemoculturas.
- Evitar coletas até 01 hora após infusão de antibiótico.
- Para suspeita de infecção por fungos filamentosos, histoplasma e micobactérias colher em frascos específicos **Myco F**, somente 01 amostra. Para candidemia não há necessidade deste frasco.

Hemocultura Pareada

- A hemocultura pareada é realização com duas amostras, em casos de suspeita de infecção relacionada ao cateter venoso, quando o cateter não será retirado e sua ponta encaminhada para cultura.
- a primeira amostra é colhida pelo cateter e a segunda amostra em outro local, à distância (sempre devem ser pareadas com amostras periféricas, não ultrapassando 15 minutos).
- O volume coletado pelo CVC deverá ser o mesmo da veia periférica

1.4 CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)

Inserção:

- 1) Realizar higienização anti-séptica das mãos com solução degermante clorexidina.
- 2) Usar precaução de barreira máxima (máscara gorro, luvas estéreis, avental manga longa estéril e campo estéril ampliado).
- 3) Realizar degermação da pele com solução clorexidina degermante, seguida da aplicação de clorexidina alcoólica para o preparo da pele.

Curativos:

- Utilizar gaze estéril e micropore nas primeiras 24h e seguir e seguir aplicação curativo transparente realizando troca a cada 7 dias ou quando perder integridade.
- Deve ser realizado acompanhamento diário de sítio de inserção, observar presença de hiperermia ou secreção.
- O PICC não deve ser substituído de forma pré programada.

1.5 CATETER UMBILICAL

- Realizar anti-sepsia do coto e da região peri-umbilical com produto à base de clorexidina (não utilizar a base se iodo pelo impacto sobre a glândula tireóide no neonato).
- Utilizar barreira máxima no momento de inserção (máscara gorro, luvas estéreis, avental manga longa estéril e campo estéril).
- Manter sítio inserção limpo e seco
- Não utilizar antimicrobiano tópicos
- Remover cateter assim que possível ou na presença insuficiência vascular
 - Cateter umbilical arterial mantido no Máximo 5 dias
 - Cateter umbilical venoso mantido no Máximo 7 dias

1.6 CUIDADOS COM CATETER DE HEMODIALISE DE CURTA PERMANÊNCIA

- Locais mais indicados são veias jugular e femoral, ao invés de veia subclávia, pelo alto risco de estenose.
- Não há indicação de troca rotineira pré programada do cateter.
- Realizar troca do curativo quando úmido e/ou sujo
- Trocar o curativo a cada 48h utilizando limpeza inicial com solução fisiológica seguida de aplicação clorexidine alcoólico.

1.7 SISTEMA DE INFUSÃO

Frascos de infusão:

É contra indicada a perfuração da bolsa frasco semi-rígidos ou rígido com objetivo de permitir a entrada de ar.

Equipos de infusão:

Momento da troca:

- Infusão contínua – a cada 96h
- Infusões intermitentes – a cada 24h
- Nutrição parenteral – a cada 24h
- Emulsões lipídicas – a cada 24h
- Administração de sangue e hemocomponentes proceder a troca a cada bolsa.

ATENÇÃO!

O SISTEMA DE INFUSÃO DEVE SER TODO TROCADO NA SUSPEITA DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA OU BACTEREMIA.

Conectores e Dânuilas (torneirinhas):

- Realizar desinfecção das conexões com solução alcoólica por meio de fricção vigorosa em no mínimo três movimentos rotatórios, utilizando bolinha de algodão, sempre antes de acessar o dispositivo.
- Realizar troca dos conectores e danulas em conjunto com a troca do sistema de infusão a cada 96h.
- As entradas das dânuilas devem ser cobertas com tampa estéril.

Transdutores de pressão:

Devem ser trocadas a cada 96h

Bombas de Infusão:

Limpeza e desinfecção da superfície e do painel das bombas de infusão devem ser realizadas a cada 24h e na troca de paciente.

1.8 CUIDADOS COM MANIPULAÇÃO E PREPARO DE MEDICAÇÃO

- Não use nenhum frasco de fluido parenteral se a solução estiver visivelmente turva, apresentar precipitação ou corpo estranho.
- Não misture sobras de frascos de uso individual para usos posteriores.
- Se o frasco multidose for utilizado, datar de abertura e manter na geladeira de medicação.
- Limpe o diafragma do frasco multidose com álcool 70% antes de perfurá-lo.
- Use sempre material estéril para acessar o frasco multidose.
- Descarte o frasco multidose se a esterilidade for comprometida.
- O conjunto de agulha e seringa que acessar o frasco multidose deve ser utilizado uma única vez e descartado após o uso em recipiente adequado.

II. PREVENÇÃO DE INFECÇÃO URINÁRIA

2.1 CUIDADOS NO PROCEDIMENTO DE CATETERISMO VESICAL

- A indicação de sondagem é restrita a casos onde não houver outra alternativa;
- A calibre do cateter deve ser ideal para o paciente, não proporcionando perda da diurese e ou traumatismos;
- Utilizar técnicas assépticas rigorosa na passagem de SVD;
- Contra indica-se a irrigação vesical com soro fisiológico, exceto em casos de obstrução por coágulos em pós operatórios imediatos por cateter de 3 (três) vias.

2.2 CUIDADOS DIÁRIOS COM CATETERISMO VESICAL

- Os cuidados perineais incluem limpeza com água e sabão e anti-sepsia com clorexidine degermante perineal duas vezes ao dia e após evacuação;
- Manter a bolsa afastada do chão e nunca elevá-la acima da bexiga devido ao refluxo;
- Puncionar o tubo de drenagem no local específico para coleta de urina;
- A bolsa coletora deve ser esvaziada a cada 6 horas ou quando atingir 2/3 (dois terços) do seu volume;
- Não trocar rotineiramente a SVD em data pré determinada.

2.3 COLETA DE EXAME NA SUSPEITA DE INFECÇÃO

- Não desconectar o sistema fechado (sonda +coletor);
- Em caso de contaminação do sistema fechado, mudança do aspecto da urina, ou suspeita de infecção urinária trocar completamente o sistema (SVD e coletor) e coletar uma amostra de urina para exame parcial e urinocultura 24h (vinte e quatro horas) após a troca da SVD;
- Toda urina coletada de sonda para exame de urinocultura, ao ser enviada ao laboratório, deverá constar na requisição a data da última sondagem.

III. PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA

3.1 ORIENTAÇÕES GERAIS

- **HIGIENIZAR AS MÃOS** antes e após qualquer contato com secreções das vias aéreas, com materiais e equipamentos de assistência ventilatória ou realização de procedimentos nas vias respiratórias;
- Manter técnica asséptica rigorosa no cuidado com vias respiratórias;
- O Ambú (ressuscitador) deve ser de uso exclusivo do paciente devendo sofrer desinfecção de alto nível ou esterilização a cada 15 (quinze) dias;
- A lâmina do laringoscópio deve ser lavada com água e sabão, imediatamente após o uso e friccionada com álcool 70% durante 30 (trinta) segundos. Fazer também a desinfecção do cabo do laringoscópio com álcool 70%;
- O curativo de traqueostomia deve ser trocado diariamente, utilizando solução anti-séptica (PVPI degermante ou clorexidine), soro fisiológico e gases estéreis;
- Se não houver contra indicações elevar para 30° a 45° a cabeceira da cama do paciente em ventilação assistida ou que esteja com sonda enteral ou nasogástrica para diminuir a chance de aspiração do conteúdo gástrico;
- Verificar rotineiramente a posição de sonda enteral para evitar broncoaspiração de dieta;
- Monitorar rotineiramente a motilidade intestinal, verificando a presença de resíduo gástrico antes da infusão de dieta enteral, ajustando a velocidade de infusão;
- Instruir o paciente em pós operatório para tossir, inspirar profundamente e deambular precocemente;
- Não trocar sonda naso/orogástrica rotineiramente exceto em situações de mau funcionamento.

3.2 NEBULIZAÇÃO CONTÍNUA OU INTERMITENTE

- O sistema de nebulização intermitente para administração de medicamentos é de uso exclusivo do paciente devendo ser sempre trocado a cada 6 horas ou em caso de sujidade visível;
- Utilizar somente fluido estéril nos reservatórios de umidificador e nebulizador;

- Trocar a água desprezando o volume residual, nunca acrescentar volume;
- Trocar o umidificador do sistema de nebulização a cada 24 horas;
- Máscara de nebulização contínua, venturi e prolongamento são de uso exclusivo do paciente, devendo ser trocado em caso de sujidade visível.

3.3 VENTILAÇÃO MECÂNICA

- Não trocar os circuitos do respirador, exceto em caso de sujidade visível ou mau funcionamento;
- Drenar periodicamente o condensado do circuito utilizando o copo específico para drenagem, sempre utilizando luvas de procedimentos e rigorosa higienização das mãos após finalizar a tarefa;
- Complementar o reservatório do umidificador somente com água estéril conectando um equipo na abertura específica quando não estiver utilizando o filtro higroscópico;
- Trocar o filtro higroscópico, sistema de aspiração fechado e coletor de resíduos (Quin Pot) a cada 6 (seis) dias.
- Circuitos respiratórios sem uso de filtro higroscópico devem ser trocados a cada 15 (quinze) dias.

3.4 ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO ENDOTRAQUEAL

➤ **Materiais:**

- Luva de procedimento;
- Luva descartável estéril;
- 2 (duas) sondas de aspiração estéril;
- Água estéril ou SF 0,9% para limpeza do cateter.

➤ **Procedimento:**

- Higienizar as mãos conforme a técnica;
- Abrir a extremidade superior da embalagem, expor a parte saliente da sonda de aspiração e adaptar ao tubo de látex;
- Calçar a luva de procedimento;
- Introduzir a sonda boca/nariz e aspirar o conteúdo;

- Desconectar a sonda do tubo de látex, virar a luva do avesso e ao mesmo tempo envolver a sonda com a luva;
- Descartar sonda e luva no lixo;
- Lavar as mãos com água e sabão ou álcool gel 70%;
- Calçar a luva estéril na mão que irá segurar a sonda;
- Com a outra mão abrir o sistema de vácuo e proceder a aspiração na traqueostomia ou cânula endotraqueal;
- Desconectar a sonda do tubo de látex, virar a luva do avesso e ao mesmo tempo envolver a sonda com a luva;
- Descartar sonda e luva no lixo de saco branco;
- Se o paciente estiver com sistema fechado de aspiração, utilizar luva estéril para sua proteção;
- Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool gel.

➤ **Cuidados:**

- Utilizar avental, máscara e óculos de proteção devido a possibilidade de respingos de secreção durante procedimento;
- Aspirar a boca e nariz antes do tubo endotraqueal e ou traqueostomia para evitar broncoaspiração do conteúdo nasofaríngeo pela mobilização do tubo.

3.5 CUIDADOS COM CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA

A higienização da cânula deve ser realizada de 6/6h (ou em cada período) para evitar a formação de crostas de difícil remoção.

➤ **Materiais:**

- Luva estéril;
- Soro fisiológico ou água estéril;
- Campo estéril;
- Cuba estéril;
- Gaze estéril.

➤ **Procedimento:**

- Higienizar as mãos;
- Abrir o campo estéril na mesa ao lado da cama e colocar a cuba;
- Calçar luva estéril;
- Usar gaze para retirar a cânula (mandril) da traqueostomia;
- Colocar a cânula na cuba e lavá-la com soro fisiológico ou água estéril, friccionando uma gaze para retirar as crostas;
- Enxaguar bem a cânula;
- Secar a cânula com gaze ou compressa estéril;
- Reintroduzir o mandril na traqueostomia.
- Após higienização do mandril, realizar limpeza ao redor da traqueostomia friccionando com PVPI degermante em gaze estéril, enxaguar com soro fisiológico e secar o local com gaze estéril.

3.6 CUIDADOS COM SISTEMA DE DRENAGEM TORÁCICA

- **HIGIENIZAR AS MÃOS** antes e após qualquer contato com secreções, com materiais e equipamentos de assistência ventilatória ou realização de procedimentos nas vias respiratórias.
- Utilizar sempre luvas de procedimento para manipular o sistema de drenagem torácica.
- **CURATIVO:** o curativo no local da inserção do dreno deve ser feito diariamente ou sempre que estiver úmido e/ou sujo, ANOTANDO A DATA DA TROCA SOBRE O MESMO. Deve ser realizado utilizando soro fisiológico estéril, solução anti-séptica (PVPI degermante ou clorexidine 4 %), gaze estéril e instrumentais necessários para realizar técnica asséptica.
- **FRASCO DE DRENAGEM:** não é necessária a troca do sistema de drenagem, exceto quando esteja obstruído. O sistema é de uso único, devendo ser descartado após a retirada. O volume de soro fisiológico mantido no frasco (selo d'água) deve ser trocado DIARIAMENTE, utilizando técnica asséptica.

IV. PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO

4.1 ORIENTAÇÕES GERAIS

- O período de hospitalização que antecede à cirurgia deve ser o mais curto possível;
- A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS antes e após manipular os pacientes deve ser rigorosa, para evitar a colonização com flora hospitalar antes da cirurgia;
- O banho pré-operatório deve ser completo com água e sabão, o uso de anti-sépticos no banho é recomendado em caso de implante de próteses;
- A tricotomia deve ser realizada somente quando estritamente necessária, num período inferior a duas horas antes do ato cirúrgico devendo, ser limitada às áreas que dificulte a visualização ou manipulação do campo operatório;
- O uso de dispositivos elétricos para tricotomia é recomendado por ser menos lesivo à pele.

4.2 CURATIVOS:

- Os objetivos do curativo são: a proteção da ferida, prevenção da infecção em caso de fechamento por intenção secundária ou uso de dreno e facilitação do processo de cicatrização;
- HIGIENIZAR AS MÃOS antes e após a realização de cada curativo, mesmo que seja no mesmo paciente;
- Não tocar diretamente com as mãos a ferida, caso necessário a palpação utilizar luvas estéreis;
- Toda manipulação deve ser com técnica asséptica;
- Utilizar somente materiais estéreis: gaze, instrumentais e soluções;
- As trocas de curativo devem ser realizadas de acordo com o potencial de contaminação; obedecer o princípio básico do local menos contaminado para o mais contaminado;
- Os curativos umedecidos pelo banho ou com excesso de secreções devem ser trocados quantas vezes forem necessárias, não ultrapassando 6h (seis horas);
- Utilizar avental, gorro, máscara e luvas em grandes lesões, queimados e eviscerações;

- Em feridas cirúrgicas fechadas, não secretantes, recomenda-se o uso de curativo apenas nas primeiras 24h (vinte e quatro horas) após a cirurgia, realizando posteriormente a limpeza com água e sabão durante o banho. Não recomendamos o uso de PVPI ou outro anti-séptico nas feridas cirúrgicas limpas fechadas;
- Em ferida cirúrgica com secreção serosa ou sanguinolenta é recomendado:
 - Limpeza com soro fisiológico estéril, repetindo-se quantas vezes for necessário;
 - Cobertura da incisão com curativo que pode ser feita com compressa de gaze estéril, curativo hidrocolóide associando ou não com Alginato de Cálcio e Ácido Graxo Essencial;
- Em feridas infectadas:
 - Faz-se necessário limpeza meticulosa, utilizando solução fisiológica estéril;
 - As soluções de PVPI a 10% ou Clorexidina a 4% também podem ser utilizadas, lembrando que o processo de cicatrização pode ser retardado pelo seu uso;
 - Os drenos devem ser protegidos com compressas de gaze estéril para reduzir a possibilidade de penetração de microrganismos;

4.3 VIGILÂNCIAS DO SÍTIO CIRÚRGICO

- A inspeção do sítio cirúrgico deve ser realizada diariamente, observando sinais inflamatórios (dor, hiperemia e secreção), descrevendo em prontuário as alterações observadas e comunicando imediatamente o S.C.I.H..

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA DE FERIDA ABERTA

- Limpe a ferida aberta com solução Salina (SF 0,9%);
- Use PVPI degermante para eliminar a flora superficial, depois enxágüe com solução salina;
- Colete a secreção purulenta após expressão de óstio profundo ou faça um esfregaço vigoroso do fundo da ferida;
- Insira o “SWAB” no tubo de transporte;
- Leve imediatamente para o laboratório, pois a demora pode comprometer o resultado do exame;

- Os materiais coletados devem ser corretamente identificados descrevendo ao máximo as características da ferida cirúrgica;
- A cultura ideal é a punção de coleção fechada.

4.5 CLASSIFICAÇÕES DAS CIRURGIAS POR POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO DA INCISÃO CIRÚRGICA

- A classificação das cirurgias deve ser feita ao final do ato cirúrgico, pelo cirurgião;
- As infecções pós cirúrgicas são analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, que é entendido como o número de microorganismos presentes no tecido a ser operado.

CIRURGIAS LIMPAS:

São aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.

Exemplos:

- Cirurgias cardíacas e torácicas;
- Neurocirurgias;
- Cirurgias vasculares;
- Músculos, ossos e articulações;
- Artroplastia de quadril;
- Pele, tecido celular subcutâneo;
- Baço, fígado e pâncreas;
- Cirurgias do peritônio;
- Próstata sem acesso uretral;
- Ovários e trompas;
- Mastectomia radical ou parcial;
- Herniorrafia de todos os tipos.

CIRURGIAS POTENCIALMENTE CONTAMINADAS:

São aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no trans-operatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivos, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

Exemplos:

- Cirurgia das vias biliares sem estase ou obtenção biliar mais colangiografia;
- Cirurgia esofágica, gástrica (em pacientes hiperclorídricos), duodenal e íleo;
- Feridas traumáticas limpas – ação cirúrgica até 10h (dez horas) após o traumatismo;
- Cirurgias cardíacas prolongadas com circulação extracorpórea;
- Cirurgias de ouvido externo;
- Cirurgias de uretra;
- Cirurgias de útero cujo acesso não seja a vagina;
- Quebra menor da técnica asséptica;

CIRURGIAS CONTAMINADAS:

São aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também são incluídas nesta categoria.

Exemplos:

- Apendicectomia sem supuração;
- Cirurgia do reto, cólon e ânus;
- Cirurgia de vulva, vagina e curetagem uterina;
- Cirurgia de vias biliares em presença de biles contaminada (obstrução biliar);
- Fratura exposta com menos de seis horas;
- Debridamento de queimaduras;
- Cirurgia com quebra de técnica grosseira, (ex: massagem cardíaca a céu aberto);
- Cirurgia intra-nasal;
- Cirurgias de orofaringe, oral e dental;
- Cirurgia gástrica em pacientes hipoclorídricos (câncer, úlcera gástrica);
- Feridas traumáticas após dez horas de ocorrido o traumatismo.

CIRURGIAS INFECTADAS:

São todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico. Incluem-se nesta categoria as feridas traumáticas abertas tardias – com mais de 06h (seis horas).

4.6 LIMPEZA E ESTERILIZAÇÃO DE PRODUTOS MÉDICOS USADOS EM VÍDEO CIRURGIA

- Os produtos médicos utilizados na vídeo cirurgia devem ser imediatamente imersos desarticulados e desmontados em solução de água + sabão ou detergente enzimático após o uso, ainda na sala operatória.
- O transporte da sala cirúrgica para a CME deve ser feito em recipiente fechado.
- Na CME, na área suja, os materiais devem ser lavados manualmente com escovas específicas e após, enxaguados abundantemente com água corrente, sempre utilizando EPI.
- Após o enxágüe os materiais devem ser secos rigorosamente nos lumens, com ar comprimido, e inspecionado quanto a presença de matéria orgânica, fissuras e oxidação, entre outros.
- Caso tenha a presença de matéria orgânica, o material deve retornar ao processo de limpeza.
- Para os equipamentos resistentes ao calor, é indicado a autoclavação utilizando embalagens e acondicionamentos padronizados para a guarda e controle de validade.
- Para equipamentos sensíveis ao calor, deve ser utilizada esterilização por óxido de etileno.
- Quando desinfecção e/ou esterilização química, o equipamento deve ficar totalmente imerso em solução e seu lúmen preenchido com auxílio de seringa, por um período mínimo de 30 minutos.
- Este processo deve ser registrado em livro/protocolo com data e horário de início e final da imersão, responsável pelo procedimento, concentração da solução, nome do farmacêutico que diluiu o produto como também número de lote que deve conter na etiqueta da solução.

- Após decorrido o tempo mínimo de esterilização o equipamento deve ser submetido a três enxágües com água estéril, utilizando luva estéril para manipulação e seringa para enxaguar o lúmen/canal do equipamento.
- O transporte da CME para o Centro Cirúrgico, após o processo de esterilização deve ser em caixa ou bandeja esterilizada e embalada em campo estéril.

A solução de ácido peracético "in situ" tem validade de 24 horas e para seu uso deve ser solicitado pedido de diluição à farmácia hospitalar.

A reutilização de pinças, tesouras e trocartes não desmontáveis, de acordo com o preconizado na RE - ANVISA nº2605/06 é proibida.

4.7 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE APARELHOS ENDOSCÓPICOS

- Os endoscópios são classificados materiais semi-críticos, pois entram em contato com mucosa não-estéril ou não intacta.
- A presença de matéria orgânica nas diversas partes do material pode resultar em falha no processo de desinfecção. Assim, a limpeza eficiente do instrumental é necessária, e deve acontecer imediatamente após o término do exame para evitar ressecamento de secreção.
- O instrumental deve ser limpo com todas as suas partes desmontáveis desmontadas, utilizando água com detergente enzimático, escova e compressa ou esponja.
- Para lavagem dos canais (lumens) devem ser utilizados acessórios (seringas / escovas) com baixa pressão para não ocorrer ruptura.
- O processo de limpeza deve ser iniciado ainda na sala de exame, depois acondicionado em recipiente próprio e exclusivo do aparelho, e enviado a sala de processamento para finalização do processo em máquina.
- Após a limpeza na máquina o aparelho deve ser enxaguado em água corrente abundante, escorrer ao máximo e secar externamente por completo antes de colocar em solução desinfetante.

- Para desinfecção o aparelho deve ser imergido totalmente em solução de ácido peracético “in situ” e seu lúmen preenchido com auxílio de seringa estéril, e permanecer por um período mínimo de 10 minutos.
- Este processo deve ser registrado em livro / protocolo com data e horário de início e final da imersão, responsável pelo procedimento e solução utilizada.
- Após a desinfecção química, os materiais devem ser enxaguados com água corrente de torneira e pia exclusiva para este fim e com controle bacteriológico da água realizado mensalmente.
- Realizar enxágüe dos canais internos, secar externamente com compressa, podendo até ser utilizado ar comprimido sob baixa pressão para secar os canais internos.
- Depois de seco o aparelho deve ser guardado de forma que não sofra contaminação, oxidação e nem traumas (armário fechado).

ATENÇÃO:

- **O uso de equipamentos de proteção individual (EPI) é primordial tanto para o processo de limpeza quanto para a desinfecção dos aparelhos.**
- **Os materiais que entram em contato somente com mucosas devem sofrer processo de desinfecção, sempre após cada exame.**
- **Caso estes materiais entrem em contato com sangue (ex: biópsia), devem sofrer processo de esterilização, com ácido peracético “in situ” por 30 minutos.**

V. ROTINAS ESPECÍFICAS

5.1 ROTINAS PARA MATERIAL PÉRFURO-CORTANTE

Resíduo pérfuro-cortante é todo e qualquer material que possa causar ferimentos durante seu manuseio e que efetivamente pode danificar, perfurar ou romper a embalagem empregada para o seu acondicionamento tais como:

- Agulhas e seringas descartáveis;
- Vidros;
- Ampolas, frascos;
- Lâminas de bisturi;
- Lâminas de barbear;
- Agulhas de sutura;
- Scalpes;
- Pipetas;
- Abocath, intracath.

Acondicionamento:

- Deverão ser acondicionados em recipientes rígidos, reforçados e grandes (caixa padronizada);
- Utilizar somente 70% de sua capacidade, os recipientes não devem ser sobrecarregados;
- O recipiente quando cheio deve ser claramente identificado, devidamente fechado e acondicionado em saco plástico branco.

Cuidados com o manuseio:

- Não desconectar agulhas de seringas descartáveis;
- Não reencapar agulhas, scalpes, abocath antes de descartá-las;
- Não entortar e não quebrar as agulhas antes de descartá-las.
- As luvas protegem você, mas **não impedem** acidentes com material pérfuro-cortantes.

5.2 ROTINAS DE ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALARES CONTAMINADOS AO C.M.E.

Os materiais médico-hospilares (instrumentais, vidrarias, traquéias) após o uso deverão ser encaminhados à CME conforme os procedimentos abaixo:

- passar o material em água corrente;
- deixar os instrumentais separados e presos com elástico;
- acondicionar em saco plástico branco;
- deixar no expurgo;
- o funcionário da CME passará nos horários preestabelecidos recolhendo.

Obs.: Utilizar luvas de procedimento para manipular material sujo e contaminado.

5.3 ROTINAS PARA RECIPIENTES DE ALGODÃO UTILIZADO COM ÁLCOOL PARA ASSEPSIA

- Colocar as “bolinhas” de algodão seca em recipientes de plástico ou vidro com tampa;
- Identificar o recipiente com data de desinfecção, data de validade e assinatura do responsável;
- Somente umidecer as bolinhas de algodão com álcool 70% no momento do uso;
- Fazer desinfecção dos recipientes a cada 7 (sete) dias;
- Para recipientes de vidro encaminhar ao C.M.E., para processamento de esterilização.
- Em caso de recipiente de plástico:
 - Lavar o recipiente com água e sabão e secar;
 - Aplicar solução de álcool 70% esfregando por 30 segundos;
 - Secar naturalmente.

5.4 ROTINAS PARA DESINFECÇÃO DE BANDEJAS

- A desinfecção das bandejas deve ser realizada antes e após o uso, com materiais de cada paciente;
- Realizar a aplicação de álcool 70% com algodão, friccionando no sentido proximal para distal por no mínimo 30”.

5.5 ROTINA PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE INCUBADORA

- A limpeza e desinfecção concorrente devem ser realizadas diariamente com pano umedecido de ácido peracético + peróxido de hidrogênio 0,5%;
- Limpeza e desinfecção terminal deve ser realizada a cada 15 dias ou na alta do recém nato, utilizando ácido peracético + peróxido de hidrogênio 0,5%. Quando houver necessidade utilizar detergente enzimático (Endozime®) seguido de enxágüe e secagem, para posterior aplicação do ácido peracético + peróxido de hidrogênio 0,5% em pano umedecido;
- O filtro da incubadora deve ser inspecionado a cada desinfecção terminal e trocado quando necessário, não devendo ultrapassar três (3) meses de uso;
- A água do reservatório deve ser trocada diariamente, escoando todo o conteúdo e repondo com água destilada nova. O recipiente pode ser trocado na desinfecção terminal da incubadora.
- Quando for instalar O2 na incubadora, se a mesma possuir reservatório com água, não há necessidade de umidificar o processo.

5.6 ROTINA DE CUIDADOS COM DRENO ABDOMINAL

- Durante o banho deve-se evitar molhar o curativo, protegendo com plástico impermeável.
- Manter sempre o curativo fechado
- A troca do curativo deve ser diária ou na frequência necessária para evitar extravasamentos .
- Evitar manipulação excessiva ou desnecessária dos drenos.

5.6.1 Troca do curativo durante o internamento:

- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Utilizar luvas de procedimento para retirar o curativo;
- Desprezar no lixo infectante e retirar as luvas;
- Realizar novamente a higienização das mãos antes da troca de luvas;
- Com luvas de procedimento realizar curativo de forma asséptica, utilizando material de curativo estéril;
- Utilizar solução anti-séptica degermante (clorexidine ou PVPI) ao redor dos drenos, retirando a sujidade grosseira ou incrustada e após com soro fisiológico;
- A cobertura do curativo deve ser com compressas ou gaze queijo estéril;
- Evitar uso de embalagens ou saco coletor (não estéril) para mensurar os fluidos, se necessário pesar compressas para calcular o volume;
- Ao final do procedimento, recolher o material e proceder à destinação correta, fazer a retirada das luvas e higienizar as mãos;
- Registrar em prontuário a realização do procedimento, descrevendo em detalhes o aspecto dos tecidos e das secreções.

5.6.2 Orientações simplificadas para cuidados com dreno abdominal tubular de Kehr no domicílio:

- Evitar molhar o curativo durante o banho, protegendo com plástico impermeável;
- Manter sempre curativo fechado;
- A troca do curativo deve ser diária seguindo as recomendações;
- Higienizar as mãos com água e sabão antes do procedimento;

- Utilizar luvas de procedimento para retirar o curativo;
- Desprezar no lixo e retirar as luvas;
- Higienizar novamente as mãos antes da troca de luvas e usar outras luvas para confecção do curativo;
- Com auxílio de gaze estéril aplicar solução anti-séptica degermante (clorexidine ou PVPI) ao redor dos drenos, retirando a sujidade grosseira ou Incrustada;
- Utilizar soro fisiológico para enxágüe e limpeza final;
- Utilizar compressas de gaze estéril para cobertura do curativo;
- Por fim retirar as luvas e higienizar as mãos.

5.6.3 Rotina para prevenção de infecção em procedimento de colangiografia pelo dreno de Kehr:

- O médico técnico ou docente responsável deve informar ao paciente sobre a realização do exame e seus riscos;
- A equipe de enfermagem deve auxiliar o procedimento, providenciando o material necessário solicitado pela equipe médica com antecedência, provendo entre estes: material de curativo estéril, campo estéril, luvas estéreis e outros EPIs para paramentação da equipe (avental plumbífero, avental de procedimento, máscara e óculos de proteção);
- Devido ao risco de respingo de secreções o profissional deve utilizar avental, máscara e óculos de proteção;
- É imprescindível a realização da higienização das mãos de toda equipe, inclusive enfermagem e técnicos de radiologia;
- Utilizar luvas de procedimento para retirar o curativo e posicionar o paciente;
- Desprezar no lixo infectante e retirar as luvas e higienizar as mãos;
- A equipe médica deve realizar a higienização das mãos com água e sabão anti-séptico (clorexidine) antes de colocar luvas estéreis;
- Deve ser realizada a degermação rigorosa do óstio e do dreno de Kehr, com solução anti-séptica (clorexidine ou PVPI), utilizando material de curativo e gaze estéril;
- Colocar campos estéreis para facilitar o manejo do procedimento, sem risco de contaminação dos materiais com germes do meio-ambiente, mantendo técnica asséptica;

- Aspirar conteúdo do dreno e encaminhar para cultura.
- O contraste a ser utilizado no procedimento deve ser de primeiro uso, verificando a integridade do frasco e ausência de precipitações ou turvação do fluido;
- Durante realização do procedimento radiológico, deve haver o cuidado do técnico de radiologia para não contaminar o campo estéril;
- Após o procedimento, a equipe deve proceder o descarte adequado dos materiais;
- Retirar a paramentação e higienizar as mãos;
- A equipe médica deve descrever o procedimento em prontuário e a equipe de enfermagem deve registrar em prontuário ou impresso próprio os artigos e produtos utilizados, anotando sua validade e número de lote, para possibilitar a rastreabilidade.

5.7 ROTINAS LIMPEZA E DESINFECÇÃO/ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS UTILIZADOS EM ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA

MATERIAL	TEMPO DE TROCA	LIMPEZA	DESINFECÇÃO/ESTERILIZAÇÃO	LOCAL	OBSERVAÇÃO
NEBULIZAÇÃO INTERMITENTE					
Máscara e copo medicação	6 horas	Termodesinfectora		CME	
Prolongamento	6 horas	Termodesinfectora		CME	
Fluxometro	desnecessário	Não	Aplicar álcool 70%	unidade	

NEBULIZAÇÃO CONTÍNUA					
Máscara comum	desnecessário	Termodesinfectora		CME	
Traquéia	desnecessário	Termodesinfectora		CME	
Copo Nebulizador	24 horas	Termodesinfectora		CME	
Máscara de Venturi	desnecessário	Água sabão	Óxido etileno	CME	
Prolongamento Venturi	desnecessário	Água sabão	Óxido etileno	CME	
Umidificador	24 horas	Termodesinfectora		CME	
Capacete, halo, tenda	desnecessário	Água + sabão	Álcool 70%	unidade	
Banho Maria	24 horas	Água + sabão	Aplicar álcool 70%	unidade	
Prolongamento de Látex	24 horas				Descarte após uso
“Y” metálico	24 horas	Água sabão	Autoclave	CME	

ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS					
Válvula de parede (ANEXO)	24 horas	Imersão por 5' em sabão enzimático	Fricção 30'' com álcool 70%	CME	
Frasco pequeno de vidro	24 horas	Água e sabão	Autoclave	CME	
Frasco pequeno de plástico	24 horas	Não	Termodesinfectora	CME	
Frasco de vidro grande	24 horas	Água e sabão	Fricção 30'' com álcool 70%	Unidade	
Tampa do frasco de vidro grande	24 horas	Imersão por 5' em Sabão enzimático	Fricção 30'' com álcool 70%	CME	Após sabão enzimático enxaguar e secar para usar álcool.
Prolongamento de Látex aspiração	24 horas				Descarte após uso.
Sondas	Cada uso	Não	Não		
Sistema de aspiração fechado	06 dias	Não	Não		

VENTILAÇÃO MECÂNICA					
Coletor fechado de resíduos respiratórios	Troca a cada 6 dias ou se estiver com volume completo				Descarte após uso.
Cânula para nebulização PM VM	Troca a cada 6 dias ou com sujidade visível				Descarte após uso.
Traquéias, conexões, tubos de espaço morto, Copo de umidificador	Não trocar rotineiramente	Água e sabão	Esterilização por óxido de etileno	CME	Exceto caso observar sujidade visível, ou mal funcionamento
Adaptador “Y” e copo nebulizador para inalação	12 horas	Termodesinfectora		CME	
Prolongamento de silicone do copo de nebulizador	Não trocar rotineiramente	Água e sabão	Esterilização por óxido de etileno	CME	Manter montado no respirador com a outra ponta protegida
Tubo orotraqueal e cânula de plástico de traqueostomia	Não	Não			Descarte após o uso.
CPAP – pronga, traquéias e prolongamentos.	Não trocar rotineiramente	Água e sabão	Esterilização por óxido de etileno	CME	
Filtro higroscópico	6 dias , no mesmo paciente		Não		Descarte após o uso

OUTROS MATERIAIS UTILIZADOS					
Unidade bolsa-valva (Ambú) e reservatório	15 dias no mesmo paciente	Água e sabão	Esterilização por óxido de etileno	CME	Manter conexão protegida com gaze estéril
Cabo laringoscópio	Após o uso	Não	Aplicar o álcool 70%.	Unidade	Cabo laringoscópio
Fio Guia para intubação	Após o uso	Água e sabão	Autoclave	CME	
Aspirador móvel (aparelho)	Não	Não	Aplicar o álcool 70%.	Unidade	Realizar a limpeza e desinfecção diária
Aparelho de Ventilação mecânica (respirador)	Não	Não	Aplicar o álcool 70%.	Unidade	Realizar a limpeza e desinfecção diária

*** O ACONDICIONAMENTO E GUARDA DESTES MATERIAIS DEVE SER EM LOCAL LIMPO PERIÓDICAMENTE E SEMPRE EM ARMÁRIO FECHADO (EVITAR ARMÁRIO SOB A PIA DEVIDO A INTENSA UMIDADE).**

**** A DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO SOMENTE É EFETIVA QUANDO RESPEITAMOS O TEMPO DE VALIDADE DEFINIDO PARA CADA PRODUTO E PROCESSO, ASSIM A CONFERÊNCIA DA DATA DE VALIDADE É OBRIGATÓRIA.**

***** CASO O INVÓLUCRO DO MATERIAL A SER UTILIZADO ESTEJA VIOLADO, ESTE MATERIAL DEVE SER ENCAMINHADO PARA REPROCESSAMENTO.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CASSETTARI, V C.; BALSAMO, A. C.; SILVEIRA, I. R.: Manual para prevenção das infecções hospitalares 2013-2014. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.

AMECI – Associação Mineira de Epidemiologia e Controle de Infecções.: Epidemiologia, Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 2013.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, S.M.: Infecção Hospitalar, Epidemiologia e controle, MEDSI, 1997.

FERNANDES, A. T. et al. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na área da Saúde. São Paulo, Editora Atheneu, 2000.

RODRIGUES, E.A.C.; MENDONÇA, J.S.; AMARANTE, J.M.B.; ALVES, M.B.; GRINBAUN, R.S.; RICHTMANN, R., Infecção Hospitalar, Prevenção e Controle, Sanvier, 1997.

STARLING, C.,E.,F.; PINHEIRO, S.,M.,C.; COUTO, ,M., B.,R.,. Vigilância epidemiológica na prática diária – Editora.Cuatiara, Belo Horizonte, 1993.