



Conceitos básicos e vigilância das infecções hospitalares

**Módulo 6: Bases Científicas para
Prática de Enfermagem I –
Prevenção e Controlo de
Infecções (PCI)**



Conceito

- A vigilância consiste na recolha e análise sistemática de dados acerca dos cuidados aos doentes, com rápida elaboração de relatórios para tomada de decisão.
 - ✓ Vigilância activa: recolha de dados directamente dos doentes ou dos trabalhadores de saúde;
 - ✓ Vigilância passiva: inclui o exame de relatórios, informações de laboratórios e dados de fontes secundárias.





Objectivos da vigilância das infecções

- Determinar os níveis de base das infecções adquiridas em unidades sanitárias;
- Avaliar as medidas de controlo das infecções (por exemplo, gestão de infecções multiresistentes);
- Monitorizar as boas práticas de cuidados aos doentes;
- Responder aos padrões de segurança exigidos pelos organismos reguladores;
- Detectar surtos e exposições.



Surto, epidemia e pandemia

- O surto acontece quando uma doença ocorre em números maiores do que o esperado em uma comunidade ou região ou estação do ano. Pode estabelecer-se em uma comunidade ou estender-se a vários países, podendo durar dias a anos.
- Um único caso de uma doença contagiosa desconhecida ou nova em uma comunidade, ou ter estado ausente por muito tempo é considerado um surto.
- A epidemia ocorre quando uma doença infecciosa é rapidamente disseminada a muitas pessoas.
- A pandemia é um surto global da doença. HIV/Sida é um exemplo de pandemia mais destruidora da história.



Princípios da vigilância das infecções

- Esforços para evitar que doentes hospitalizados adquiram infecção (por exemplo, uma flebite consequente de infusões IV) incluem as práticas de PI e a vigilância dos cuidados prestados.
- As actividades de vigilância das infecções são concebidas para orientar acções correctivas, com base em informações precisas ou para fornecer a fundamentação para não agir.





Princípios da vigilância das infecções

- Actividades de vigilância mal concebidas podem desperdiçar recursos pela recolha de dados que nunca são utilizados ou que não fornecem um panorama adequado daquilo que está a acontecer;
- Embora todas as unidades sanitárias sejam obrigadas a realizar acções de vigilância para PI e minimizar surtos, deve-se salientar que a vigilância exige muitos recursos.





Como pode então uma unidade sanitária monitorizar a qualidade relativa às infeções quando os recursos são limitados?

- Deve ser utilizada unicamente caso proporcione informações específicas não disponíveis a um custo mais baixo.
- Não deve consumir recursos que podem ser bem aproveitados em outras áreas muito prioritárias.



Prioridades para unidades com recursos limitados

- Garantir que práticas de PI recomendadas, como a esterilização ou a DAN, estejam adequadas;
- Garantir que as práticas de cuidados aos doentes utilizadas sejam as comprovadas, ou seja, precauções básicas para todos os doentes;
- Monitorizar a conformidade com as práticas recomendadas para procedimentos de alto risco, como a inserção de cateteres venosos centrais;



Prioridades para unidades com recursos limitados

- Procurar eliminar injeções desnecessárias e não seguras;
- A vigilância de rotina não deve prevalecer sobre a investigação de surtos ou o fornecimento de água, alimentação e saneamento seguro;
- A vigilância bem organizada está acima dos programas repetitivos de “formação do pessoal”, especialmente aqueles que não estão associados a actividades de mudanças comportamentais.





Prioridades para unidades com recursos limitados

- É essencial conhecer a diferença entre monitorizar um processo (Estão a fazer o que devem? Por quê não?) e monitorizar um surto (Está a acontecer algo mau? Com quem? O quê? Onde? Quando?)
- Quando os recursos são limitados, a utilização da vigilância como ferramenta de monitorização das infecções deve ser limitada, geralmente, à investigação de surtos.
- Quando se considera dar início a outras actividades de vigilância, os objectivos devem ser razoáveis em termos dos recursos e tempo disponíveis e as utilizações planeadas dos dados devem ser claramente definidas antes que seja definida a recolha de rotina dos dados.



Quando considerar a realização de vigilância

- A vigilância só deve começar depois de implantadas medidas de PI adquiridas em unidades sanitárias;
- Forma simples de vigilância: detecção de casos.
 - ✓ Consiste na revisão de registos médicos e entrevista aos doentes e trabalhadores.
 - ✓ Orienta-se por pistas obtidas pela vigilância passiva (relatórios e informações de laboratório).
 - ✓ A detecção de casos é lenta, não recomendada onde os recursos são limitados, mas indicada para investigar surto suspeito (por exemplo, maior número de recém-nascidos com diarreia infecciosa e septicemia em curto período de tempo).



Quando considerar a realização de vigilância

- Quando o tempo e os recursos são limitados, a utilização de rotina da detecção de casos deve centrar-se nas áreas de alto risco (UCI, unidades de pós-operatório).
- Em um estudo abrangente, mais de 70% de todas as infecções adquiridas em unidades sanitárias ocorreram em doentes que tinham sido submetidos a cirurgias.
 - ✓ As infecções nestas unidades tendem a ser mais graves do que noutras áreas onde as infecções ocorrem com menos frequência.



Entrevista com trabalhadores

- O diálogo com os trabalhadores da área afectada (por exemplo, creche ou UTI neonatal) deve tratar sobre as actividades de cuidados aos doentes recomendadas (por exemplo, higiene das mãos e utilização de luvas): se estão a ser realizadas correctamente e nos momentos apropriados.
- As informações de laboratório que devem ser verificadas incluem: revisão de cultivos e outros resultados de diagnóstico. Caso o pessoal de laboratório ou da radiologia tenha conhecimento do tipo de informações que podem sugerir infecções adquiridas, poderão alertar o coordenador da PI ou o grupo de trabalho, a fornecer indicações úteis.



Detecção e gestão de surtos

- Os surtos adquiridos em unidades sanitárias ocorrem de facto, apesar dos esforços de prevenção.
- Quando ocorrem, é importante identificar e interromper as práticas responsáveis o mais rápido possível, de forma a minimizar o risco para os doentes e para os trabalhadores.
- A investigação e a gestão de surtos pode revelar-se complexa, exigindo apoio de epidemiologistas e de pessoal de PI experiente.
- Em muitos casos, contudo, a causa do surto pode ser facilmente identificada (relacionada com uma prática de cuidados ou ausência de prática comum).



Erros comuns na investigação de surtos

- Supor o surto quando de fato não existe.
 - ✓ Aumento aparente de casos em determinado período pode ser apenas uma variação normal; assim, quando possível, confirmar o diagnóstico, procurar casos adicionais e determinar se o aumento é real antes de concluir que está a ocorrer um surto.
 - ✓ O isolamento de um organismo raramente explica um surto.
- A presença de organismos de locais múltiplos ou dos trabalhadores sugere geralmente que esses locais se tornaram colonizados a partir de outra fonte e que não constituem a causa do surto.



Erros comuns na investigação de surtos

- Culturas negativas não justificam que se conclua que o local (trabalhadores ou objectos inanimados) não foi o responsável pelo surto.
- Razões de culturas negativas: colheita e manuseamento incorrectos das amostras, técnica deficiente de cultivo (teste incorrecto ou utilizar os reagentes errados e recolha incorrecta da amostra).
- Assim que se suspeita de um surto, as práticas aos doentes que dele poderiam ser responsáveis devem ser avaliadas e todos os problemas identificados e corrigidos, sem esperar pelos resultados de uma investigação.



Erros comuns na investigação de surtos

- Quando são identificados problemas com o reprocessamento de instrumentos ou com práticas específicas de cuidados aos doentes, a mesma falha existe frequentemente noutra ponto do hospital;
- Todas as situações similares devem ser avaliadas e corrigidas o mais depressa possível.



- O Quadro 28-1 apresenta as origens comuns das infecções adquiridas em unidades sanitárias em diversos locais e algumas práticas recomendadas para redução de risco (p.28-6)