

NORMA

Prevenção da transmissão da infeção por
Clostridium difficile

Aprovado em:

Elaborado em:
Novembro 2014Revisão:
2017

O.C.A. aprova

1. OBJETIVO

Diminuir a transmissão da infeção por *Clostridium difficile*.

2. ÂMBITO

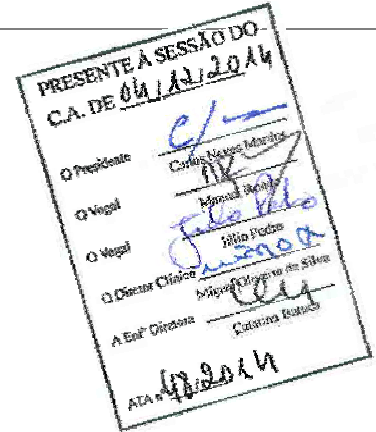
Todos os serviços clínicos do CHLN.

3. INTRODUÇÃO

Clostridium difficile (CD) é um bacilo gram-positivo anaeróbio, com a capacidade de formar esporos resistentes à maioria dos agentes desinfetantes, ao pH baixo, aos antibacterianos e apresentando elevada termo resistência. O reservatório principal é o intestino de vários mamíferos, existindo também no intestino de algumas pessoas saudáveis, em equilíbrio com os outros microrganismos do intestino (microbioma) sem causar doença. A taxa de colonização em hospedeiros adultos assintomáticos é habitualmente inferior a 10%, ao contrário das crianças cuja percentagem de colonização pode ser de 66%. Após o internamento hospitalar a taxa de colonização, em adultos, pode chegar aos 50%, sem manifestação de doença.

É a principal causa de diarreia infecciosa com origem hospitalar e de diarreia associada aos antibacterianos. Embora com risco variável, pode acontecer praticamente com todos os antibacterianos, provavelmente por alteração do microbioma intestinal.

Apesar de a infeção por *Clostridium difficile* (CDI) causar quase exclusivamente doença cólica, estão descritos quer o envolvimento do ileon terminal nos quadros de pancolite, quer quadros de ileite em doente colectomizados, com clínica em tudo sobreponível à dos outros doentes.





As toxinas produzidas pelo CD (enterotoxina A, citotoxina B e toxina binária) são responsáveis pelo quadro clínico, apesar de existirem estirpes que não produzem toxinas, e que colonizam o intestino sem capacidade patogénica. A toxina binária parece ser incapaz de isoladamente produzir lesão da mucosa, no entanto, é capaz de potenciar o efeito das outras duas toxinas, estando associada a aumento da mortalidade.

Transmissão

A transmissão é fecal-oral, com fácil disseminação dos esporos libertados pelas fezes, através das mãos (do doente e dos profissionais de saúde), da roupa, de dispositivos médicos e do ambiente circundante. Sem medidas de proteção adequadas, pode acontecer rápida contaminação a partir de outros doentes.

Ao contrário das formas vegetativas, que rapidamente morrem no *adverso* ambiente extracorporal, os esporos conseguem manter a potencialidade infecciosa durante meses ou anos. Mesmo quando são adotadas medidas de proteção, os esporos podem persistir em 24% das mãos dos profissionais de saúde após a prestação de cuidados a um doente com CDI.

Fatores de risco

O fator de risco mais reconhecidamente implicado, mas também o mais facilmente modificável, é a utilização de antibacterianos. Se por um lado os antibacterianos destroem a flora intestinal, criando um nicho favorável à proliferação do CD, por outro lado algumas estirpes resistentes a antibacterianos (por exemplo clindamicina e fluoroquinolonas) são mais virulentas.

Salientam-se ainda a idade avançada, a gravidade da doença subjacente, o número de dias de hospitalização, a supressão da acidez gástrica, a alimentação entérica, a cirurgia gastrointestinal, a obesidade, a imunossupressão e a transplantação de medula óssea.

A contaminação do ambiente a partir dos doentes ou de portadores assintomáticos e a contaminação das mãos (pessoal de saúde e das equipas de limpeza, doentes e visitas) também são fatores de risco a ter em conta.



Diagnóstico

No diagnóstico laboratorial é, atualmente utilizado um algoritmo que começa pela deteção simultânea da enzima desidrogenase do glutamato (GDH) e das toxinas A e B por métodos imunoenzimáticos, seguidos, nos casos de GDH positiva com toxinas negativas, da pesquisa por RT – PCR do gene da toxina B.

O diagnóstico pode também ser estabelecido por colonoscopia, com reconhecimento da presença de colite pseudomembranosa ou por exame anatomo-patológico das biopsias.

Para efetuar colheita de fezes, consultar as respetivas recomendações do Serviço de Patologia Clínica (<http://intranet/hsmintra/tabid/429/Default.aspx#ID6>).

Com a utilização dos novos métodos diagnósticos não está aconselhada a repetição da colheita se o resultado inicial for negativo. A monitorização da terapêutica é clínica, e portanto os testes diagnósticos não podem ser utilizados para este fim, pois a pesquisa de toxina pode permanecer positiva por muito tempo além da cura clínica.

4. Recomendações

Atendendo às características deste agente bacteriano e dos fatores que condicionam o risco de infeção e a transmissão deste agente, decorrem as recomendações para a prevenção e controlo em seguida preconizadas.

a) Princípios gerais

- ◆ No caso de suspeita de CDI devem ser adotadas as medidas de isolamento de contato, de acordo com a disponibilidade do serviço, até que o diagnóstico seja esclarecido;
- ◆ Para que o diagnóstico seja comprovado, o mais precocemente possível, a colheita de fezes diarreicas deve ser prontamente realizada;
- ◆ Nos casos de elevada suspeita clínica, apesar do resultado negativo, se for iniciada terapêutica para CDI o doente deve ser mantido em isolamento de contacto;
- ◆ Por se saber que os doentes com CDI podem manter colonização por CD até vários dias após a resolução da diarreia (70% aos 6 dias e 40% aos 9 dias), sempre que possível o isolamento deve ser mantido até à alta clínica, ou pelo menos até 48 horas após a resolução da diarreia. Neste caso toda a unidade do doente deve ser



descontaminada como se se tratasse de uma descontaminação terminal (após alta), antes de serem levantadas as precauções de isolamento de contacto.

b) Localização e acomodação do doente

- ◆ Preferencialmente o doente deve ser isolado fisicamente em quarto individual com casa de banho, por permitir um maior rigor no cumprimento das medidas de controlo da infeção;
- ◆ Como alternativa, juntar dois ou mais doentes com CDI no mesmo quarto (coorte);
- ◆ Na impossibilidade de colocar o doente em quarto individual ou de o juntar a um coorte, tendo que partilhar a sala com outros doentes sem CDI, o doente deve ser colocado num extremo da sala, longe de locais de passagem e de doentes suscetíveis à infeção por este microrganismo (doentes sujeitos a antibioticoterapia, imunocomprometidos, idosos, desnutridos, etc.);
- ◆ Quando o quarto individual não tiver casa de banho, ou nos casos de coorte, se não for possível reservar uma instalação sanitária para estes doentes, a higiene, a eliminação vesical e a eliminação intestinal devem ser feitas na unidade do doente sempre que possível.

c) Higienização das mãos

- ◆ Como a maioria dos agentes antissépticos utilizados para higiene das mãos não são ativos contra os esporos do CD, a ação mecânica da lavagem das mãos com água e sabão permanece a forma mais eficaz de remover os esporos das mãos, pelo que deve ser a forma preferencial de higienização das mãos após contacto com um doente com CDI;
- ◆ Se a torneira for acionada por manípulo, este deve ser fechado com o papel com que se limpam as mãos;
- ◆ Antes do contacto com o doente os profissionais devem manter as precauções básicas para a higienização das mãos, podendo, neste caso, substituir a lavagem com água e sabão pela utilização da solução antisséptica de base alcoólica.

d) Utilização de equipamento de proteção individual (EPI)

- ◆ Utilizar luvas sempre que haja contacto direto com o doente, com soluções de continuidade ou líquidos orgânicos, materiais e roupas potencialmente contaminadas com matéria fecal. Retirá-las de imediato após o procedimento e higienizar as mãos;



- ◆ Se as luvas ficarem extensamente contaminadas (por exemplo com fezes) ou se se rasgarem, devem ser imediatamente substituídas;
- ◆ Utilizar avental durante procedimentos que exijam contacto direto de curta duração com o doente, com superfícies potencialmente contaminadas e sempre que haja a possibilidade de conspurcação da roupa;
- ◆ As batas com mangas deverão ser utilizadas, quando existe um contacto mais extenso com o doente por exemplo, durante a higiene e levante do doente, para proteger a área dos braços desnudados;
- ◆ O equipamento de proteção deve ser colocado imediatamente antes de entrar no quarto do(s) doente(s);
- ◆ Todo o equipamento utilizado deve se retirado imediatamente após a sua utilização e descartado antes de sair do quarto em saco branco. Lavar as mãos após a remoção do equipamento de proteção.

e) Cuidados ao doente

- ◆ Sempre que haja capacidade do serviço deve-se afetar exclusivamente profissionais de saúde para a prestação de cuidados a este(s) doente(s), ou não sendo viável este método de trabalho, os cuidados a este(s) doente(s) deverão ser planificados para depois da prestação dos cuidados aos outros (*barrier nursing*);
- ◆ O material de uso clínico deve ser individualizado, principalmente as arrastadeiras, os urinóis e as bacias de higiene, devendo ser utilizado saco absorvente para a arrastadeira (código - 4000000632);
- ◆ Os estetoscópios, esfigmomanómetros e oxímetros devem ser individualizados. A sua descontaminação deve ser feita com água e detergente e de seguida com os desinfetantes esporicidas em uso, tendo em conta a compatibilidade com os materiais (o álcool a 70º não destrói as formas esporuladas).
- ◆ Deve ser ponderada a utilização de material de uso único, sempre que não exista a possibilidade de descontaminação do mesmo;
- ◆ Os produtos de higiene e conforto (solução para o banho, pomadas, óleos, etc.) devem ser individualizados;
- ◆ A roupa do doente, da cama e toalhas devem ser mudadas diariamente. Evitar agitar estas peças de roupa para não espalhar os esporos;
- ◆ Os resíduos e a roupa suja devem ser colocados em saco próprio e fechados no local antes de saírem da unidade;



- ◆ O despejo de líquidos (água do banho, urina, líquidos de drenagens, água da limpeza da unidade, etc.) deve ser feito na zona de sujos, de forma cuidada e de modo a evitar a formação de salpicos e aerossóis.

f) Limpeza e desinfeção do ambiente de contacto com o doente

- ◆ Utilizar EPI (bata/avental e luvas);
- ◆ O EPI utilizado deve ser retirado e descartado no local onde foi utilizado e de seguida proceder á higienização das mãos;
- ◆ A descontaminação do ambiente do doente deve ser regular (no mínimo diariamente), iniciando-se com uma cuidadosa limpeza (lavagem com água morna e detergente de uso comum, enxaguamento e secagem), seguida de desinfeção com pastilhas de NaDCC (*Presept®*) na concentração de 2500ppm – 2 pastilhas de 2,5g num litro de água, dando especial atenção às zonas de toque frequente (manivelas, manípulos, barras da cama, interruptores, suportes dos soros);
- ◆ Diariamente deve ser realizada a limpeza do chão com água quente e detergente de uso comum. O material utilizado deve ser exclusivo mas, se tal não for possível, esta limpeza deve ser realizada em último;
- ◆ Na utilização das instalações sanitárias, dar especial atenção à sua descontaminação imediatamente após a utilização por um doente infetado. Esta deve ser feita conforme indicado acima, dando especial atenção ao rebordo da sanita, manípulo do autoclismo, maçaneta da porta e outros locais que possam ter sido contaminados com matéria fecal;
- ◆ Os colchões e as almofadas devem manter-se limpos. Neste caso é a ação mecânica da limpeza que se reveste de particular importância pois o NaDCC nas concentrações requeridas danificaria o material. Assim, devem vser cuidadosamente lavados com água morna e detergente de uso comum diariamente. No caso de apresentar sujidade visível, para além da limpeza deve ser associada uma desinfeção com desinfetante esporicida *Anioxy spray ws®* e deixar atuar durante 30 minutos;
- ◆ Todo o material eletrónico/frágil que não tolere o cloro, deve ser desinfetado com o desinfetante esporicida acima referido por pulverização indireta, desde que não haja incompatibilidade expressa;
- ◆ A descontaminação da unidade após a alta/transferência do doente deve consistir em:
 - Retirar e enviar os cortinados à lavandaria;
 - Inspeccionar os colchões e as almofadas, e, no caso de se encontrarem deteriorados (rasgados ou com fissuras) devem ser descartados;
 - Descartar todos os frascos de sabão, produtos de higiene, toalhetes assim como outro material descartável que se encontre na unidade;



- Realizar a limpeza com água e detergente de uso comum de todo o material ou equipamento que se encontre na unidade do doente, seguida de uma desinfeção com pastilhas de NaDCC (Presept®) na concentração de 2500 ppm – 2 pastilhas de 2,5 g num litro de água ou com desinfetante esporicida (*Anioxy spray ws®*) e deixar atuar durante 30 minutos, de acordo com a tolerância e compatibilidade com o material/equipamento. Dar especial atenção às superfícies de toque frequente (manivelas, manípulos, botões, barras das camas, interruptores, puxadores, suportes dos soros, telefones, comandos, suportes dos desinfetantes, torneiras);
- Acondicionar a roupa e os resíduos em sacos próprios, fechados na unidade.

g) Circulação do doente

- ◆ A circulação de doentes infetados/colonizados, fora do quarto/enfermaria deve ser restringida ao estritamente necessário;
- ◆ Se for necessária a deslocação de um doente para fora da enfermaria (realização de MCDT, cirurgia, técnica dialítica, transferências, etc.), o percurso deve ser o mais rápido e direto possível;
- ◆ Antes da deslocação do doente a outros serviços, estes devem ser contactados antecipadamente de forma a combinar a observação/exame do doente (de preferência no fim da sessão). Este contacto tem como objetivos limitar o tempo de permanência no local, minimizar o contacto com outros doentes e proceder à descontaminação correta das superfícies com que o doente contactou;
- ◆ As roupas do doente e da cama ou maca de transporte devem ser mudadas antes da deslocação do doente para fora do serviço;
- ◆ Reduzir ao máximo o material que acompanha o doente;
- ◆ Nos locais de destino do doente, qualquer contacto com o mesmo deve ser feito utilizando corretamente EPI;
- ◆ Reforçar a importância da higienização das mãos dos profissionais que contactem com o doente (maqueiros, técnicos, etc.).

h) Ensino

O doente deve ser instruído:

- ◆ A lavar cuidadosamente as mãos principalmente após a utilização dos sanitários e antes das refeições;
- ◆ A não utilizar as instalações sanitárias de uso comum, se possível;



- ◆ A avisar o pessoal de saúde no caso de ter utilizado instalações sanitárias de uso comum de modo a que estas sejam descontaminadas antes da utilização por outros doentes;
- ◆ Instruir o doente para não utilizar as cadeiras ou outros utensílios de outros doentes.

A família/visitas devem ser informadas (anexo: “*Clostridium difficile* – O que deve saber”):

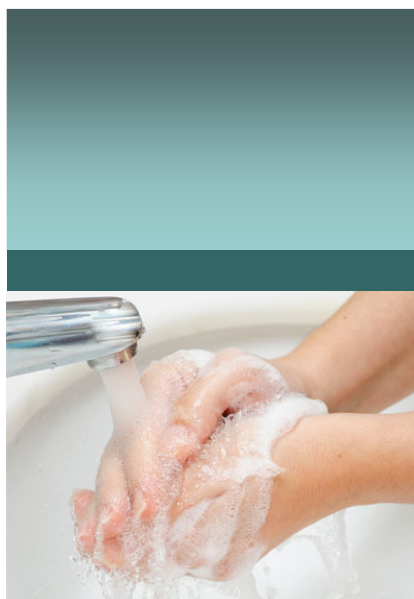
- ◆ Só devem contactar fisicamente com o doente que visitam;
- ◆ Os contactos devem ser reduzidos ao estritamente necessário;
- ◆ Lavar as mãos antes e após o contacto com o doente.

Não se revela necessária a utilização de equipamento de proteção pelas visitas, desde que os procedimentos corretos estejam assegurados.

Para qualquer esclarecimento adicional, contactar o GCL - PPCIRA pelos telefones 55159/31064

Clostridium difficile

O que deve saber



**Lave
sempre
as mãos
com água e
sabão após
a visita!**



Grupo de Coordenação Local -

Programa de Prevenção e Controlo de
Infeção e Resistências aos
Antimicrobianos

Telefone: 217 805 159— 217 548 064

E-mail: cci@chln.min-saude.pt

O que é?

É uma bactéria que se encontra no intestino de algumas pessoas saudáveis sem causar doença, porque a flora indígena (as “bactérias boas”) do intestino não deixa que se desenvolva. Em doentes que tomam antibióticos, sobretudo os hospitalizados, a flora indígena morre e o *Clostridium difficile* pode multiplicar-se e causar diarreia.

Como se transmite?

Nas pessoas infetadas e com diarreia, o *Clostridium difficile* forma esporos que contaminam superfícies como camas e casas de banho (sanitas, manípulo do autoclismo, etc).

As outras pessoas ao tocar nessas superfícies contaminam as mãos, podendo infetar-se ou transmitir a doença a outras pessoas. Ao comerem ou tocarem na boca sem lavar as mãos, as bactérias são ingeridas e chegam ao intestino podendo provocar infeção.

O que deve fazer quando visita um doente com *Clostridium difficile*?

LAVE AS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO DEPOIS DA VISITA

Lave as mãos com água e sabão depois da visita. As soluções alcoólicas que existem à porta das enfermarias, não são indicadas para as situações de infeção com esta bactéria. Pode usar as soluções alcoólicas apenas antes da visita.

NÃO CONTACTE COM OS OUTROS DOENTES, FAMILIARES OU OBJETOS DESTES

Os doentes são mais suscetíveis à infeção por *Clostridium difficile*. Ao contactar com eles depois de contactar com o seu familiar pode transmitir-lhes esta bactéria.

É necessário usar luvas, bata ou máscara?

Não as deve usar, a não ser que lhe seja pedido por razões especiais e que lhe expliquem como as usar.

Os profissionais de saúde usam bata e luvas ao cuidar do seu familiar porque cuidam de vários doentes e deste modo evitam a transmissão desta doença a esses doentes.

Se estiver a tomar antibióticos ou se estiver a cuidar de uma pessoa muito debilitada, informe o enfermeiro que lhe explicará como deve fazer.

A maneira mais eficaz de proteger os outros e de se proteger é lavar as mãos com água e sabão.

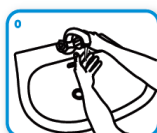
Quais os cuidados a ter quando o seu familiar tiver alta?

O seu familiar, quando sair do hospital, pode voltar à sua vida normal, pois provavelmente já não terá diarreia. No entanto, existem alguns cuidados que ele deve manter para não se voltar a infetar e não transmitir a doença aos outros:

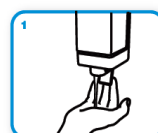
- ◆ Cumprir a prescrição médica corretamente (tomar os antibióticos até ao fim).
- ◆ Lavar as mãos com frequência, sempre após a utilização dos sanitários e antes de preparar ou contactar com alimentos;
- ◆ Contatar o médico se voltar a ter diarreia e referir que teve infeção por *Clostridium difficile*;
- ◆ Em relação à higiene da casa, contacte a equipa de enfermagem para esclarecimento de dúvidas antes do doente ter alta

Doente: Lavar as mãos após a utilização dos sanitários e antes de preparar ou contactar com alimentos é uma medida simples mas muito importante para a proteção de toda a família.

Visitas: Lavar as mãos com água e sabão depois da visita é muito importante para a sua proteção, dos outros doentes e da sua família.



Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo em sentido rotativo, entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



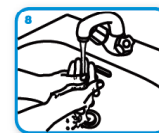
Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



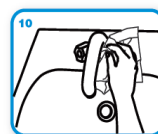
Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável



Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.