



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS - CCD  
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"  
DIVISÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

# **MANUAL DE ORIENTAÇÕES E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS**

## **HOSPITAL DE LONGA PERMANÊNCIA E/OU PSIQUIÁTRICO**

### **SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**2023**

## ÍNDICE

<b>ASSUNTO</b>	<b>Pág</b>
1. Critérios diagnósticos	3
1.1. Critérios constitucionais	3
1.2. Infecção do trato urinário	5
1.3. Pneumonia	6
1.4. Gastroenterites	7
1.5. Infecção Tegumentar	8
2. Instruções para o preenchimento do instrumento de coleta de dados de infecção hospitalar	9
2.1. Arquivo "Hospital Psiquiátrico e/ou de Longa Permanência"	9
PLANILHA DE IDENTIFICAÇÃO	9
PLANILHA DE REGISTRO DE INFECÇÕES	11
BIBLIOGRAFIA	13

## **ORIENTAÇÕES E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS – HOSPITAIS DE LONGA PERMANÊNCIA E/OU PSIQUIÁTRICOS**

Para fins de vigilância, não deve haver nenhuma evidência de uma infecção em incubação no momento da admissão com base em documentação clínica dos sinais e sintomas e não apenas em dados microbiológicos. Além disso, o início das manifestações clínicas deve ocorrer 2 dias após a admissão.

Três importantes condições devem basear o diagnóstico de infecção hospitalar em hospitais de longa permanência e/ou psiquiátricos:

1. Todos os sintomas devem ser novos ou piora aguda. Muitos pacientes apresentam sintomas crônicos, como tosse ou urgência urinária, não associados a infecções. A mudança na condição clínica do paciente é um importante indicador de que uma infecção pode estar presente.
2. Causas não infecciosas de sinais ou sintomas devem ser considerados
3. O diagnóstico de uma infecção não deve ser baseado em uma única evidência. Achados microbiológicos e radiológicos devem ser utilizados para confirmar a evidência clínica de uma infecção, assim como o diagnóstico do médico deve ser acompanhado por sinais e sintomas compatíveis com infecção.

### **1. Critérios diagnósticos**

#### **1.1. Critérios constitucionais**

##### **A. Febre**

1. Temperatura oral > 37,8°C

**OU**

2. Temperaturas orais repetidas > 37,2°C ou temperaturas retais > 37,5° C

**OU**

3. Temperatura única > 1,1°C acima da basal de qualquer local (oral, timpânica, axilar).

##### **B. Leucocitose**

1. Neutrofilia (> 14.000 leucócitos/mm<sup>3</sup>)

**OU**

2. Desvio à esquerda (> 6% de bastonetes ou ≥ 1.500 bastonetes/mm<sup>3</sup>)

**C. Mudança aguda no estado mental basal (todos os critérios devem estar presentes)**

1. Início agudo
2. Oscilação de humor
3. Desatenção

**E**

4. Qualquer pensamento desorganizado ou alteração do nível de consciência

**D. Declínio funcional agudo**

1. Aumento agudo de 3 pontos na escala de atividades diárias basal (variação, 0-28 pontos) com base nos 7 itens abaixo, cada um pontuando de 0 (independente) a 4 (dependência total)
  - a. Mobilidade na cama
  - b. Transferência
  - c. Locomoção dentro do hospital
  - d. Vestir roupas
  - e. Uso do banheiro
  - f. Higiene pessoal
  - g. Alimentação

## 1.2. Infecção do Trato Urinário

Os critérios para o diagnóstico de infecção do trato urinário para hospitais de longa permanência e/ou psiquiátricos são apresentados no **Quadro 1**.

### QUADRO 1 - Critérios diagnósticos de Infecção do Trato Urinário (ITU) – SINTOMÁTICA

<b>Critério 1</b>	<p><b>Paciente sem sonda vesical de demora:</b> os itens 1 e 2 devem estar presentes</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Disúria aguda ou dor aguda, inchaço ou sensibilidade dos testículos, epidídimo ou da próstata.</li> <li>b. Febre ou leucocitose e pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas associados ao trato urinário:<ol style="list-style-type: none"><li>i. Dor ou sensibilidade aguda no ângulo costovertebral</li><li>ii. Dor suprapúbica</li><li>iii. Hematúria macroscópica</li><li>iv. Início ou piora da incontinência urinária</li><li>v. Início ou piora da urgência miccional</li><li>vi. Início ou piora do aumento do número de micções</li></ol></li> <li>c. Na ausência de febre ou leucocitose, <b>pelo menos dois</b> dos seguintes sinais e sintomas associados ao trato urinário<ol style="list-style-type: none"><li>i. Dor suprapúbica</li><li>ii. Hematúria macroscópica</li><li>iii. Início ou piora da incontinência urinária</li><li>iv. Início ou piora da urgência miccional</li><li>v. Início ou piora da frequência de micções</li></ol></li></ol></li></ol> <p style="text-align: center;"><b>E</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Um dos seguintes achados microbiológicos<ol style="list-style-type: none"><li>a. Pelo menos <math>10^5</math> UFC / mL de não mais de 2 espécies de microrganismos numa amostra de urina de jato médio.</li><li>b. Pelo menos <math>10^2</math> UFC / ml de qualquer número de microrganismos numa amostra coletada por cateter vesical.</li></ol></li></ol>
-------------------	---

<b>Critério 2</b>	<p><b>Pacientes com sonda vesical de demora:</b> os itens 1 e 2 devem estar presentes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Febre, tremores, hipotensão, sem outro foco de infecção.</li> <li>b. Qualquer alteração aguda do estado mental ou declínio funcional agudo, sem diagnóstico alternativo e leucocitose.</li> <li>c. Dor ou sensibilidade em flanco ou em região supra púbica de início agudo.</li> <li>d. Secreção purulenta ao redor do cateter ou dor, inchaço ou sensibilidade dos testículos, epidídimo ou da próstata de início agudo.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>E</b></p> </li> <li>2. Urocultura com pelo menos 10<sup>5</sup> UFC / mL de qualquer microrganismo.</li> </ol>
-------------------	--

### 1.3. Pneumonia

Os critérios para o diagnóstico de pneumonia para hospitais de longa permanência e/ou psiquiátricos são apresentados no **Quadro 2**.

#### QUADRO 2 – Critérios diagnósticos para pneumonia

**Todos abaixo devem estar presentes:**

1. Raio X de tórax demonstrando pneumonia ou presença de novo infiltrado pulmonar.
2. Pelo menos uma das seguintes alterações respiratórias: tosse de início recente ou piora da tosse; expectoração ou piora de expectoração crônica; dor torácica tipo pleurítica; ausculta respiratória alterada ou com piora recente (estertores, roncos, sibilos ou broncofonia); aumento da frequência respiratória ( $\geq 25$  por minuto); saturação de O<sub>2</sub>  $<94\%$  em ar ambiente ou uma redução de saturação basal de O<sub>2</sub>  $> 3\%$ .
3. Pelo menos um critério constitucional (**consultar item 2.1 página 3**).

## 1.4. Gastreenterites

Os critérios para o diagnóstico de gastroenterite para hospitais de longa permanência e/ou psiquiátricos são apresentados no **Quadro 3**.

<b>QUADRO 3 – Critérios diagnósticos para gastroenterites</b>		
<b>Paciente deve preencher <u>pelo menos um</u> dos critérios abaixo:</b>		
<b>Critério 1</b>	<b>Critério 2</b>	<b>Critério 3</b>
Diarréia: 3 ou mais evacuações líquidas ou fezes pastosas acima do normal para o paciente dentro de um período de 24 h	Vômitos: 2 ou mais episódios em um período de 24 h	Os <b>dois seguintes</b> :  (a) Amostra de fezes positiva para um enteropatógeno (por exemplo, Salmonella, Shigella, Escherichia coli O157: H7, espécie Campylobacter, rotavírus).  <b>E</b>  (b) Pelo menos um dos seguintes: náusea, vômitos, dor ou sensibilidade abdominal, diarréia
Obs: Descartar causas não infecciosas como, por exemplo, novas medicações.		

## 1.5. Infecção Tegumentar

Os critérios para o diagnóstico de infecção tegumentar para hospitais de longa permanência e/ou psiquiátricos são apresentados no **Quadro 4**.

<b>QUADRO 4 – Critérios diagnósticos para Infecção Tegumentar</b>	
<b>Critério 1</b>  <b>Celulite/ partes moles/ infecções profundas, úlcera de pressão infectada.</b>	<b><u>Pelo menos um dos itens deve estar presente:</u></b>  1. Secreção purulenta em ferida, pele ou partes moles <b>OU</b> 2. Novo achado ou piora de pelo menos quatro dos seguintes sinais a. Calor no local afetado b. Vermelhidão no local afetado c. Edema no local afetado d. Sensibilidade ou dor no local afetado e. Drenagem de secreção serosa do local afetado f. Um critério constitucional ( <b>consultar item 2.1 página 3</b> )
<b>Critério 2</b> <b>Infecção fúngica</b>	<b>Os dois itens abaixo devem estar presentes:</b> 1. Erupção característica ou lesões <b>E</b> 2. Diagnóstico médico ou confirmação laboratorial de raspagem ou biopsia
<b>Critério 3</b> <b>Herpes simplex e Herpes zoster</b>	<b>Os dois itens abaixo devem estar presentes</b> 1. Erupção vesicular <b>E</b> 2. Diagnóstico médico ou confirmação laboratorial
<b>Critério 4</b> <b>Escabiose</b>	<b>Os dois itens abaixo devem estar presentes:</b> 1. Uma erupção maculopapular e / ou prurido <b>E</b> 2. Pelo menos um dos seguintes: a. Diagnóstico médico b. Confirmação laboratorial (raspagem ou biópsia) c. Vínculo epidemiológico com caso de escabiose com confirmação laboratorial.



## 2. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR

### 2.1. ARQUIVO "HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E/OU DE LONGA PERMANÊNCIA"– Planilha 7: indicado para os Hospitais de Longa Permanência e/ou Psiquiátricos.

#### Período:

Cada arquivo permite o registro das infecções para o período de um ano, discriminadas em quadros para cada mês. **Preencher um quadro para cada mês do ano e enviar os dados mensalmente para o gestor local. Não excluir os dados dos meses já notificados. Os novos arquivos enviados substituirão os anteriores.**

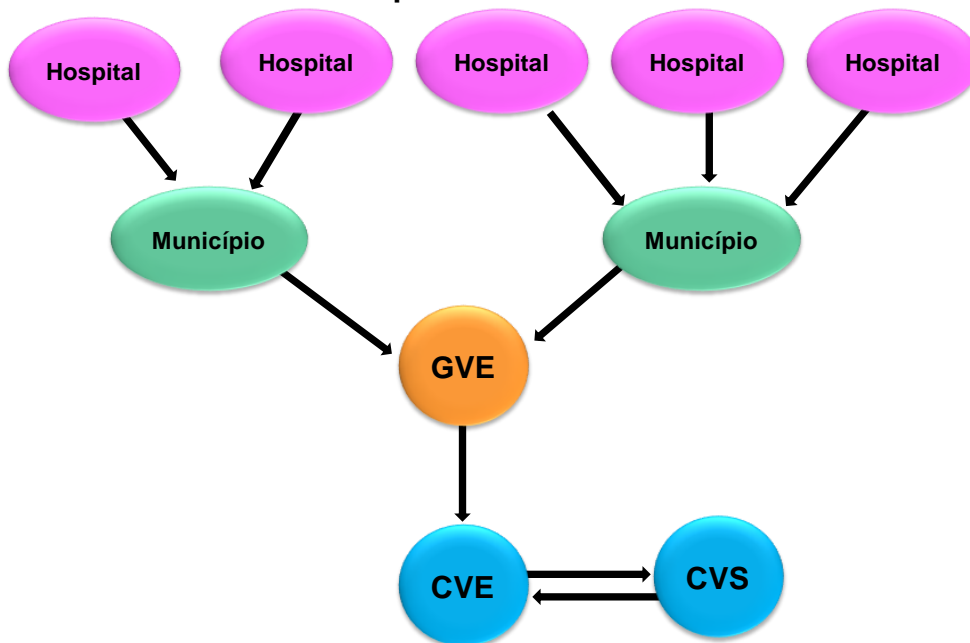


Figura 1. Fluxo de informações das Planilhas de Infecção Hospitalar no Sistema de Vigilância Epidemiológica das IH do Estado de São Paulo

**Data de envio das planilhas:** Os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) deverão enviar as planilhas para o CVE até o dia 30 do mês seguinte ao mês de notificação, **exclusivamente** através de arquivo eletrônico.

### PLANILHA DE IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

O preenchimento da planilha de identificação deverá ser feito na primeira vez que for iniciada a utilização do arquivo, uma vez que este será utilizado para preenchimento dos dados do ano todo. Nos meses subsequentes basta apenas completar os dados referentes às infecções, a cada mês, salvando o arquivo conforme orientações já descritas.

**ANO DE NOTIFICAÇÃO:** preencher o ano referente à vigilância que está sendo

notificada.

**HOSPITAL:** preencher com o nome completo do hospital. (Razão social e Nome Fantasia)

**TIPO DE HOSPITAL:** Preencher com (X) se é hospital de longa permanência e/ou psiquiátrico. **Hospitais psiquiátricos devem preencher o número de pacientes moradores**

**NATUREZA DO HOSPITAL:** Preencher com (X) se é hospital Público, Privado ou Filantrópico.

**EM CASO DE HOSPITAL PÚBLICO, QUAL A ESFERA DE GOVERNO?** Federal. Estadual ou Municipal. Preencher com (X).

**NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES:** Preencher o número de leitos totais do hospital.

**PRESIDENTE DA CCIH:** preencher o nome do responsável pela CCIH

**MUNICÍPIO:** preencher o nome do município

**GVE:** preencher o número e nome do GVE correspondente.

**RESPONSÁVEL NO MUNICÍPIO:** preencher o nome do responsável pelo recebimento e encaminhamento das planilhas do sistema de vigilância epidemiológica no município.

**RESPONSÁVEL NO GVE:** preencher o nome do responsável pelo recebimento e encaminhamento das planilhas do sistema de vigilância epidemiológica no GVE.

**Modelo: Planilha de Identificação de Hospital Psiquiátrico e/ou de Longa Permanência**

PLANILHA DE IDENTIFICAÇÃO DE HOSPITAL LONGA PERMANÊNCIA e/ou PSIQUIÁTRICO			
REGISTRO DE INFECÇÕES HOSPITALARES			
<b>ANO DE NOTIFICAÇÃO:</b>		2023	
<b>HOSPITAL:</b>			
<b>CNES:</b>		<b>Nº DE LEITOS TOTAL</b>	
<b>TIPO DE HOSPITAL: MARCAR COM (X)</b>			
<b>LONGA PERMANÊNCIA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>PSIQUIÁTRICO</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>Nº DE MORADORES</b>	<input type="checkbox"/>
<b>TIPO DE NATUREZA: (X)</b>		<b>SE PÚBLICO, QUAL ESFERA DE GOVERNO? (X)</b>	
<b>PÚBLICO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>FEDERAL</b>	<input type="checkbox"/>
<b>PRIVADO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>ESTADUAL</b>	<input type="checkbox"/>
<b>FILANTRÓPICO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>MUNICIPAL</b>	<input type="checkbox"/>
<b>PRESIDENTE DA CCIH:</b>			
<b>EMAIL INSTITUCIONAL</b>			
<b>EMAIL DA CCIH:</b>			
<b>TELEFONE DA CCIH:</b>			
<b>MUNICÍPIO:</b>			
<b>GVE:</b>			
<b>RESPONSÁVEL NO MUNICÍPIO:</b>			
<b>RESPONSÁVEL NO GVE:</b>			

## **PLANILHA DE REGISTRO DE INFECÇÕES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E/OU DE LONGA PERMANÊNCIA – PLANILHA 7**

### **Modo de Preenchimento**

**Primeira coluna:** preencher com o tipo de unidade de internação do paciente. Ex.: ala masculina, ala feminina, ala pediátrica etc. Esta coluna deverá ser preenchida apenas no primeiro mês de notificação, pois os demais meses serão preenchidos automaticamente.

**Segunda coluna: ITU** (infecção do trato urinário). Preencher com o número total de infecções urinárias diagnosticadas no período, para cada tipo de unidade de internação.

**Terceira coluna: PN** (pneumonia). Preencher com o número total de pneumonias diagnosticadas no período, para cada tipo de unidade de internação.

**Quarta coluna: GE** (gastroenterite). Preencher com o número total de gastroenterites diagnosticadas no período, para cada tipo de unidade de internação.

**Quinta coluna: IT** (infecção tegumentar). Preencher com o número total de infecções tegumentares diagnosticadas no período, para cada tipo de unidade de internação.

**Sexta coluna:** Pacientes-dia. Preencher com a soma total dos dias de internação de todos os pacientes no período de um mês, para cada tipo de unidade de internação.

**Última linha: Total.** O arquivo em planilha "Excel" já calcula automaticamente o número total de casos de infecção em cada topografia, bem como a densidade de infecções das diferentes topografias. **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO.**



## **BIBLIOGRAFIA**

STONE ND, ASHRAF MS, CALDER J. Surveillance Definitions of Infections in Long-Term Care Facilities: Revisiting the McGeer Criteria. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2012 October; 33(10): 965–977.