



Acidentes Perfurocortantes: Orientação para o Anestesiologista

• O anestesista está exposto a muitas doenças infecciosas transmitidas pelo sangue, com alto potencial de gravidade, incluindo a hepatite B, a hepatite C e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aidas). Acidentes de trabalho no ambiente hospitalar devem ser tratados como emergência.

Profilaxia

Precauções universais que devem ser adotadas na assistência a todos os pacientes durante a manipulação de sangue, secreções e excreções e o contato com mucosas e pele não íntegra (Quadro 1), assim como a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), (Quadro 2).

Quadro 1 – Precauções universais para a proteção profissional contra transmissão de infecções

- Lavagem frequente das mãos.
- Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI): luva - sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções, mucosas ou áreas não íntegras da pele; máscara, gorro e óculos de proteção - durante a realização de procedimentos nos quais haja a possibilidade de respingo de fluidos corpóreos e sangue com as mucosas da boca, do nariz e dos olhos; avental (capote) - durante procedimentos com a possibilidade de contato com material biológico; proteção dos pés - em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante, como nos centros cirúrgicos.
- Descarte imediato de agulhas contaminadas sem que sejam reencapadas.
- Reesterilização de equipamentos e instrumentais de reutilização permitida.
- Transporte de material com sangue em recipiente adequado que não permita vazamento.

- Indicação criteriosa de hemotransfusão.
- Vetar o contato de profissionais portadores de dermatite exudativa ou úmida com pacientes.
- Atenção especial às profissionais grávidas.
- Descarte imediato de agulhas contaminadas sem que sejam reencapadas.

Quadro 2 – Precauções básicas para a utilização de EPI

Procedimento	Lavar as mãos	Luvas	Avental	Máscara e óculos
Exame de paciente sem contato com sangue, secreções, mucosas ou áreas não íntegras da pele	X			
Exame de paciente com contato com sangue, secreções, mucosas ou áreas não íntegras da pele	X	X	*	
Coleta de sangue, fezes e urina para exame	X	X		
Realização de curativos	X	X	*	**
Aplicação parenteral de fármacos	X	X		**
Punção ou dissecação venosa profunda	X	X	X	X
Aspiração das vias aéreas e entubação traqueal	X	X	X	X
Endoscopias e broncoscopias	X	X	X	X
Procedimentos dentários	X	X	X	X
Procedimentos com o risco de respingo de sangue e secreções	X	X	X	X

*Uso em curativos de grande porte (grandes feridas cirúrgicas, queimaduras graves e escaras de decúbito).

**Uso quando houver possibilidade de respingo ou para a aplicação de quimioterápicos.

Em acidente com material infectado pelo HIV ou com paciente fonte desconhecido, o profissional exposto deverá receber acompanhamento por seis meses.

Medidas após acidente com exposição percutânea

Cuidados devem ser imediatamente iniciados, incluindo a limpeza local exaustiva, com água e sabão. Soluções antissépticas degermantes, do tipo PVP-Iodo ou clorexidina, podem ser úteis, embora sem evidências objetivas de superioridade em relação ao uso de sabão. Na contaminação da conjuntiva ocular, deve-se realizar o enxágue com solução fisiológica.

Em seguida, deve-se procurar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para que seja feita uma avaliação do estado vacinal do paciente fonte e do profissional exposto, segundo normas estabelecidas (Quadros 3 e 4).

Quadro 3 – Conduta sorológica para o paciente fonte

- | |
|---|
| - Anti-HIV (teste rápido). |
| - Anti-HVC e HbsAg (dispensado quando o profissional ferido apresenta anti-HBs positivo). |

Quadro 4 – Conduta sorológica adotada para o profissional

- | |
|---|
| - Anti-HIV I, II (Elisa) e anti-HVC. |
| - HbsAg (para profissional não vacinado ou que tenha esquema vacinal incompleto, ou seja, < 3 doses). |
| - Anti-HBs (para profissional que tenha recebido esquema vacinal completo, porém não tenha imunização comprovada ou tenha apresentado anti-HBs negativo). |

Nos acidentes graves, deve-se iniciar a profilaxia e, posteriormente, reavaliar a manutenção ou mudança de tratamento. Caso, no teste rápido, a sorologia do paciente seja positiva para HIV, o profissional deve

receber os fármacos e iniciar a quimioprofilaxia para um período de três dias, após o qual deverá retornar a CCIH para acompanhamento.

Um resultado negativo do teste rápido no paciente fonte evita o início da quimioprofilaxia para o profissional de saúde, porém, não é definitivo para excluir o diagnóstico de infecção no paciente.

Em acidente com material infectado pelo HIV ou com paciente fonte desconhecido, o profissional exposto deverá receber acompanhamento por seis meses. Já se ocorreu exposição a paciente fonte anti-HIV negativo, o acompanhamento do profissional acidentado será indicado se o paciente fonte tiver sido exposto ao HIV nos últimos três a seis meses, pelo raro, mas possível, risco de conversão recente (janela imunológica).

Embora seja de se esperar que todo profissional de saúde seja vacinado contra a hepatite B, caso não a tenha recebido, diante de exposição ocupacional, recomendações para profilaxia estão bem estabelecidas. Não obstante, em relação à hepatite C, não há medida específica eficaz para reduzir o risco de infecção após exposição ocupacional, sendo a prevenção da ocorrência da exposição percutânea ou de mucosa a sangue ou outro material biológico contaminado por sangue a única medida pertinente que deve ser adotada por todos os profissionais de saúde para reduzir os riscos de infecção em ambiente ocupacional. ■

*O autor é responsável pelo CET do Hospital Municipal de São José dos Campos; doutor em anesthesiologia/mestre em farmacologia; professor-doutor da Universidade de Taubaté; diretor do Departamento Científico – SBA.