

# Infecto-News

Grupo de Suporte de Infecção – outubro 2009

## Paciente com quadro febril



Suspeita de infecção da corrente sanguínea não associada a CVC (pneumonia, ITU, sinusite, etc)?

Suspeita de infecção da corrente sanguínea associada a CVC (o CVC pode ser o “vilão”)?

Colher 2 pares de **hemocultura periférica** (aeróbio e anaeróbio)  
Volume: 10 ml em cada frasco



**Solicitar hemocultura pareada**  
Coleta simultânea (coletar primeiro sangue periférico e depois sangue do CVC)

### Coleta por punção periférica + Coleta de um lúmen do CVC

Colher 20 ml (Hemobac Trifásico + frasco aeróbio)  
Colocar o mesmo volume de sangue nos dois frascos (10 ml em cada frasco) – volume ideal

Obs: caso consiga colher menor volume de sangue periférico, dividir igualmente a amostra entre os frascos e colher exatamente o mesmo volume do CVC



Caso não haja condições de colher hemocultura por punção periférica, proceder a coleta do CVC utilizando apenas o frasco Bactec.

Qdo o volume por punção for inferior a 20 ml dar preferência ao frasco aeróbio e depois completar o anaeróbio.

Lembre-se isto deve ser **EXCEÇÃO**.

Recomenda-se aguardar 48 horas para resultado de Hemocultura  
Não retirar o CVC antes do resultado exceto quando houver sinal flogístico local.

# Questões importantes sobre coleta de hemocultura



1. É importante colher hemocultura no pico febril?

Não. O mais importante associado a positividade é a coleta de VOLUME adequado.

2. É importante fazer um intervalo entre as amostras?

Não. O mais importante associado a positividade é a coleta de VOLUME adequado.

3. Quantas hemoculturas eu devo colher?

2 a 3 amostras (pares). Lembre-se de fazer a COLETA adequada.

4. Caso faça a coleta de hemocultura, é necessário desprezar volume inicial?

Não. Não há necessidade de desprezar volume inicial para coleta de hemocultura.

5. Quando devo coletar hemocultura de cateter para cultura?

Apenas quando há suspeita de infecção relacionada ao CVC ou ao sítio de inserção. Neste caso, para a correta interpretação de resultados, é obrigatória a coleta de hemocultura periférica simultânea e de preferência 2 amostras.

**Lembre-se, o diagnóstico adequado faz parte da estratégia de prevenção e controle das infecções!**

# INFECTO-NEWS

São Paulo, outubro de 2009

Grupo de Suporte de Infecção – UTI-A

---

---

## Meningococemia: Conheça essa doença!

**Agente:** *Neisseria meningitidis*. Sorotipos A, B, C, D, X, Y, Z, 29E e W135.  
Atualmente o sorotipo mais comum no Brasil é o C.  
A doença pode ou não ser acompanhada de meningite .

**Quadro clínico:** Cefaléia, mal estar, prostração, vômitos, febre e petéquias.

Em alguns casos o quadro clínico pode ser abrupto, evoluindo rapidamente para coagulação intravascular disseminada, choque e púrpura fulminante. Sendo denominada ***Síndrome Waterhouse-Friderichsen***.

**Transmissão:** De pessoa a pessoa através de gotículas, mais frequentemente dos portadores sadios da bactéria na orofaringe que dos casos com doença.

**Diagnóstico:** Cultura do sangue (hemocultura), líquido, ou demonstração direta do agente em raspado de lesão cutânea.

**Isolamento (precauções):** Gotículas (máscara cirúrgica) até 24 horas após início do tratamento efetivo.

**Quimioprofilaxia:** Contatos domiciliares. Em caso de domicílio coletivo limita-se as pessoas que compartilharam o dormitório com o doente. Está também indicada para os profissionais de saúde que realizaram intubação do paciente sem utilização de máscara cirúrgica.

### **Imunização:**

- Vacinas polissacarídicas (conferem imunidade por período curto e limitado)
- Vacina conjugada quadrivalente A, C, Y e W-135 (não tem registro no Brasil)
- Vacina conjugada C (disponível gratuitamente nos centros de referência de imunobiológicos especiais para pessoas com doença de base com maior risco para doença meningocócica e também em clínicas privadas)