Orientação para o processamento de endoscópios flexíveis

escrito por Ana Miranda | 6 de abril de 2016
INSTRUÇÕES PERIOPERATÓRIAS
ORIENTAÇÃO – Briefing
Orientação para o processamento de endoscópios flexíveis.
Kelly Putnam, Diretor Editorial

ENDOSCÓPIOS FLEXÍVEIS

A "Orientação para o processamento de endoscópios flexíveis" atualizada detalha como minimizar a contaminação do endoscópio flexível. 1De acordo com uma revisão de lapsos relatados, deixar de fazer a pré-limpeza dos endoscópios antes do processamento, o uso de recipientes incorretos para o transporte de endoscópios contaminados e a limpeza inadequada dos canais e elevadores estavam entre os eventos de não conformidade que podem expor os pacientes a endoscópios contaminados.2 A orientação atualizada fornece recomendações baseadas em evidências para o projeto da sala de processamento de endoscópios e as melhores práticas para testes de vazamento, limpeza, inspeção e armazenamento de endoscópios flexíveis.

Projeto eficaz da sala de processamento de endoscópios
Após a pré-limpeza de endoscópios flexíveis na sala de procedimento, os membros da equipe perioperatória devem transportá-los para a área de processamento designada o mais rapidamente possível. Os funcionários devem manter os endoscópios úmidos, mas não submersos em líquido que poderia derramar ou espirrar e contaminar outras áreas. Para transportar endoscópios flexíveis do ponto de uso para a sala de processamento, os membros da equipe devem usar um

recipiente fechado, a prova de vazamentos, resistente a perfurações ou um carrinho grande o suficiente para conter os endoscópios enrolados em grandes voltas para evitar danos de enrolamento apertado.

Ter uma área fisicamente separada para atividades de processamento evita a contaminação das salas de procedimento e áreas de atendimento ao paciente. “O projeto da sala de endoscopia, os protocolos estabelecidos para manter e controlar o ambiente e os procedimentos realizados na unidade, todos afetam o processamento de endoscópios flexíveis”, diz Sharon Van Wicklin, MSN, RN, CNOR, CRNFA (E), CPSN-R, PLNC, especialista sênior em prática perioperatória da AORN e principal autora da orientação. O projeto mínimo recomendado para uma área de processamento de endoscópios é uma sala individual com áreas de descontaminação e limpeza separadas para minimizar a contaminação cruzada; a orientação atualizada 2 detalha os componentes recomendados da área de processamento (por exemplo, portas automáticas ou operadas por pedal).1

Os funcionários que trabalham na sala de processamento de endoscópios devem usar máscaras cirúrgicas, proteção para os olhos, aventais impermeáveis, luvas para limpeza que se estendem sobre a manga do avental e capas impermeáveis para sapatos para protegê-los da exposição a materiais potencialmente infecciosos ao manusear os endoscópios.

Principais passos para minimizar a contaminação de endoscópios

Funcionários qualificados devem limpar e desinfetar ou esterilizar endoscópios flexíveis de acordo com as instruções de uso dos fabricantes (IFU). Limpar manualmente os endoscópios o mais rápido possível após o teste de vazamento limita a formação de biofilme. Após a limpeza manual e inspeção visual, os funcionários devem seguir as IFUs (instruções de uso dos fabricantes) para acondicionamento e esterilização ou processamento mecânico, o que ajuda a garantir uniformidade e limita a exposição dos funcionários a materiais de risco biológico.

Teste de vazamento

Os funcionários devem realizar o teste de vazamento em todos os endoscópios flexíveis, incluindo os novos, emprestados, consertados ou que requerem processamento antes de sua utilização.1 O objetivo do teste de vazamento é identificar qualquer dano ao endoscópio e prevenir que mais danos ocorram ao longo do processo de limpeza caso o mesmo não seja vedado. Para endoscópios que exigem o teste de vazamento, os funcionários devem remover todas as tampas de portas e válvulas de função, pressurizar o endoscópio enquanto ele estiver em uma configuração solta, manipular todas as partes móveis e acionar os interruptores de vídeo. Pressurizar o endoscópio na pressão recomendada pelo fabricante durante pelo menos 30 segundos, aumenta a probabilidade de detectar um vazamento e minimiza o risco de danificar o endoscópio.

Limpeza manual

A limpeza utiliza fricção, água e soluções de limpeza para remover o material orgânico e sujidades; não elimina diretamente os microrganismos. As soluções de limpeza podem incluir produtos de limpeza de utilização geral, que atuam como detergentes, e produtos de limpeza enzimáticos, que contêm uma mistura de enzimas que eliminam um substrato específico (por exemplo: lipídios, proteínas, carboidratos). Em um estudo comparando a eficácia de várias soluções de limpeza e desinfetantes para remover biofilme, produtos de limpeza enzimáticos foram mais eficazes do que os detergentes; produtos compostos de aldeído não só não conseguiram remover o biofilme como também tornaram-no mais difícil de remover.3

Os funcionários devem seguir as IFUs (instruções de uso dos fabricantes) em relação à qualidade, dureza, pH e temperatura da água; concentração, armazenamento e prazo de validade da solução de limpeza; e tempo de contato entre o dispositivo e a solução. Além disso, os funcionários devem usar escovas do tamanho e do material recomendado, especialmente para os lumens dos canais; a escova precisa ter contato máximo com as

superfícies do endoscópio sem danificá-las. Avanços na tecnologia de escovas (por exemplo, discos de elastômero, escovas de microfibra) têm como objetivo otimizar o contato entre a escova e as superfícies para ajudar a garantir a remoção da carga biológica.

Inspeção Visual

Antes da desinfecção de alto nível ou esterilização, os funcionários devem inspecionar os endoscópios flexíveis e acessórios limpos visualmente para identificar quaisquer detritos residuais ou defeitos que justifiquem a retirada de uso e conserto.1 A orientação recomenda o uso de ampliação magnificada para inspecionar endoscópios em busca de danos e sugere que a inspeção dos canais internos (Figura) com uma câmera ou com um boroscópio. Inspeções visuais devem avaliar limpeza, peças faltantes, clareza das lentes, integridade das vedações e junções, umidade, e funcionamento correto.1

Desinfecção de alto nível e esterilização

De acordo com a classificação de Spaulding, itens críticos que penetram o tecido estéril ou o sistema vascular devem ser esterilizados, enquanto itens semicríticos que entram em contato com a pele rompida ou membranas mucosas podem ser esterilizados ou desinfetados em alto nível4 Uma modificação recentemente proposta para o sistema de classificação Spaulding seria expandir a definição dos itens críticos incluindo dispositivos que penetram tecidos estéreis ou o sistema vascular secundariamente através de uma membrana mucosa (por exemplo, um broncoscópio adentra os brônquios através da boca ou do nariz).5 Adotar esta modificação significaria que todos os endoscópios flexíveis devem ser esterilizados; isso pode ajudar a prevenir infecções de pacientes pois a esterilização elimina todos os microrganismos e esporos de bactérias, que podem persistir mesmo após a desinfecção de alto nível. A modificação também abordará a questão de acessórios críticos de endoscópios que passam pelo endoscópio e podem ser expostos a agentes patogênicos

residuais em um endoscópio que não tenha sido esterilizado.

Requisitos para o armazenamento de endoscópios
Os funcionários devem armazenar os endoscópios em armários com portas que devem estar localizados perto, mas não dentro da sala de procedimentos endoscópicos, e a pelo menos três pés (92cm) de uma pia a fim de reduzir a 4 contaminação potencial. Endoscópios devem ser armazenados em um armário de secagem onde ar filtrado circule e onde ar filtrado também seja forçado através dos canais do endoscópio. Se um armário de secagem não estiver disponível, os endoscópios devem ser armazenados em um armário fechado com pressão positiva que permita a circulação de ar filtrado em torno dos endoscópios.1

“Nossa recomendação anterior para um tempo máximo de armazenamento de cinco dias antes do reprocessamento não é mais aplicável”, diz Van Wicklin. “Agora recomendamos que uma equipe multidisciplinar que inclui prevencionistas de infecções, RNs de endoscopia, pessoal de processamento de endoscópios, endoscopistas e outros funcionários envolvidos estabeleçam uma política para determinar o tempo máximo de armazenamento que endoscópios flexíveis processados são considerados seguros para uso sem reprocessamento.” Esta equipe deve considerar fatores específicos de cada instalação que podem ditar o tempo de armazenamento, tais como a eficácia de processamento, condições de armazenamento (por exemplo, acesso restrito, cabine de secagem), frequência de utilização e população de pacientes.

Canais internos dos endoscópios flexíveis. Reproduzido com permissão das Orientações para Prática Perioperatória. Copyright 2016, AORN, Inc. 2170 S. Parker Road, Suite 400, Denver, CO 80231. Todos os direitos reservados.

Conclusão
Os membros da equipe perioperatória e pessoal de processamento de esterilização devem seguir as recomendações baseadas em evidências para atualização das diretrizes afim de maximizarem

a eficácia dos seus procedimentos de processamento. Os funcionários devem seguir as IFUs (instruções de uso dos fabricantes) de cada dispositivo para garantir uma limpeza eficaz sem danificar o dispositivo. A área de processamento cuidadosamente projetada e a execução consciente de cada passo de limpeza e desinfecção ou esterilização minimizam a potencial propagação de patógenos entre os dispositivos e os pacientes.

Referências

1. Guideline for processing flexible endoscopes. In: Guidelines for Perioperative Practice. Denver, CO: AORN, Inc; 2016:675-758.
2. Dirlam Langley AM, Ofstead CL, Mueller NG, Tosh PK, Baron TH, Wetzler HP. Reported gastrointestinal endoscope reprocessing lapses: the tip of the iceberg. Am J Infect Control. 2013;41(12):1188-1194. 5
3. Merritt K, Hitchins VM, Brown SA. Safety and cleaning of medical materials and devices. J Biomed Mater Res. 2000;53(2): 131-136.
4. Spaulding EH, Lawrence Carl A Block Seymour Stanton Reddish George F. Chemical disinfection of medical and surgical materials. In: Lawrence Carl A Block Seymour Stanton Reddish George F, ed. Disinfection, sterilization, and preservation. Philadelphia: Lea & Febiger; 1968:517-531.
5. Rutala WA. ERCP scopes: a need to shift from disinfection to sterilization? Meeting of the FDA Gastroenterology and Urology Devices Panel of the Medical Devices Advisory Committee [transcript]. Annapolis, MD: Free State Reporting, Inc.; Meeting date May 15, 2015.

Traduzido por