



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DE SAÚDE

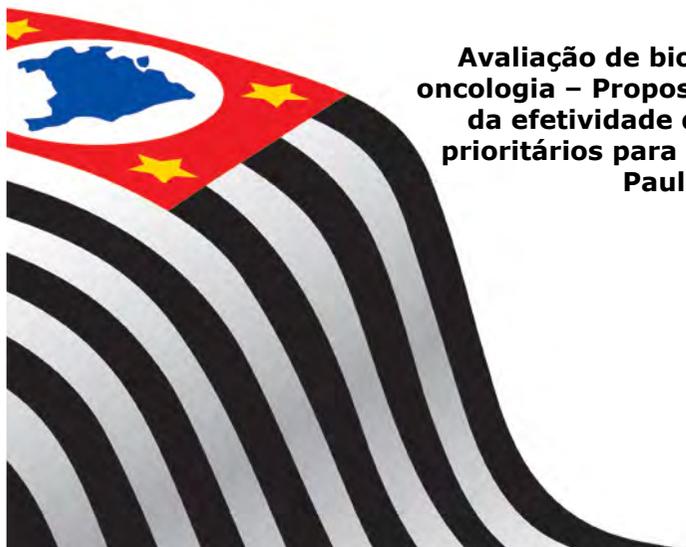
GABINETE DO COORDENADOR

Ata da Reunião NATSs - Núcleos de Avaliação de Tecnologias de Saúde - CCTIES

Reunião 11 de Abril de 2012 –10hs - SES/SP Aud. Vranjac

- 1- Abertura - Dr. Sérgio S. Muller -. Coordenador CCTIES
- Dra. Evelinda – Responsável pelo projeto NATS/SES
- 2- Aprovação da Ata da reunião de 29 de fevereiro de 2012
- 3- Apresentações dos Projetos relacionados à Neurocirurgia _ Dr. Fernando - HCFMUSP
 - ../ Cirurgias de correção de Meningiomielocele em tempo zero para neonatos
 - ../ Infusão de correção de NaCl nos suportes avançados de vida pré-hospitalar
 - ../ Inclusão de válvulas anti-sifão programáveis na lista de artigos reembolsáveis pelo SUS, além do acompanhamento sistemático de pacientes portadores de válvulas implantáveis a exemplo do que já ocorre com os pacientes portadores de marca-passo .
 - ./ Cirurgias endoscópicas para implante da Válvulas
- 4- Discussão sobre o tópico de Infecções Hospitalares e os Bundles, ficando a Dra. Lucieni de Oliveira, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, a vicecoordenação do tópico, juntamente com o Dr. Carlos Magno Fortaleza, do Hospital das Clínicas de Botucatu.
- 5- Apresentação pelo Farmacêutico Ricardo Paranhos Moreira da relação dos medicamentos oncológicos mais solicitados através de ações judiciais e de maior impacto econômico para a Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo e a importância de serem criados pareceres embasados em evidencia clínica para a inclusão destes na tabela SUS.
- 6- Apresentação do tópico sobre a problemática dos saneantes utilizados nos aparelhos de endoscopia (Glutaraldeído x água ácida x ácido peracético) e a necessidade de uma discussão mais ampla sobre as evidencias clínicas de desinfecção de cada um deles embasadas em processos de validação.
- 7- Ficando as seguintes discussões para a reunião do dia 16 de Maio de 2012:
 - ../ Pré qualificação de Produtos (HC Botucatu, 10T FMUSP,
 - ../ Cuidados Paliativos (
 - ../ Medicamentos *pl* PTC : insulina, horrnônios, palivizumabe (CA mama).
 - boceprevir e telaprevir (VHC)
 - ../ Implantes
- 8- Realização prevista, confirmada e anunciada da 2ª. Oficina de Parecer Técnico científico nos próximos dias 16,17 e 18 de Maio de 2012.

NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Avaliação de biológicos para oncologia – Proposta de avaliação da efetividade de fármacos prioritários para o SUS em São Paulo

Data: 11 de abril de 2012

Comissão de Farmacologia da SES/SP



FORMAÇÃO DE COMITÊS TÉCNICOS

**COMITÊ TÉCNICO DOS
MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS**

HOSPITAIS ESCOLA QUE RECEBEM OS MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS FORNECIDOS PELA SES/SP

1. Fundação Pio X II – Hospital do Câncer de Barretos
2. Faculdade de Medicina de Marília
3. Hospital e Fundação Amaral Carvalho de Jaú
4. Hospital do Câncer A.C. Camargo
5. Hospital Santa Marcelina
6. Hospital de Base de São José do Rio Preto
7. Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - IBCC
8. Hospital das Clínicas da Fac. Med. de Botucatu – UNESP
9. Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – FMRPUSP
10. Hospital Estadual de Bauru
11. Hospital Estadual Mario Covas de Santo André
12. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
13. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
14. Hospital São Paulo - UNIFESP

COMITÊ TÉCNICO DOS MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

NOME	INSTITUIÇÃO
Dra. Sonia Lucena Cipriano	Secretaria de Estado da Saúde
Dr. Ricardo Paranhos P. Moreira	Secretaria de Estado da Saúde
Dr. Antonio Carlos O. Misiara	Secretaria de Estado da Saúde
Dr. Francisco C. F. de Castro	Secretaria de Estado da Saúde
Dra. Evelinda Trindade	Secretaria de Estado da Saúde
Prof. Dr. Paulo Marcelo Gehm Hoff	ICESP
Dra. Maria Del Pilar Estevez Diz	ICESP
Dr. Sérgio Simon	UNIFESP
Dr. Carmino de Souza	UNICAMP
Prof. Dr. José Barreto Campelo Carvalheira	UNICAMP
Prof. Dr. Eduardo Magalhães Rego	HCFMUSP Ribeirão Preto
Dr. Carlos Sergio Chiattonne	Santa Casa de Misericórdia de SP
Dra. Silvia Brandalise	Centro Infantil Boldrini
Dr. Sidnei Epelman	Hospital Santa Marcelina
Dr. Luciano de Souza Viana	Hospital de Câncer de Barretos
Dr. José Getulio Martins Segalla	Hospital e Fundação Amaral Carvalho de Jaú

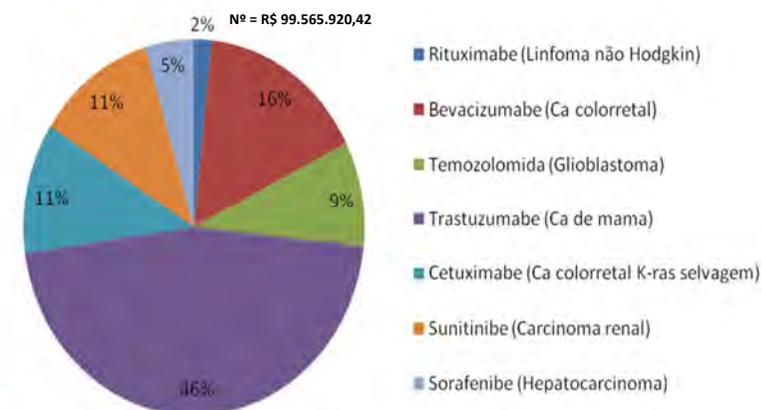
ONCOLÓGICOS ATUALMENTE FORNECIDOS PARA OS 14 HOSPITAIS ESCOLA

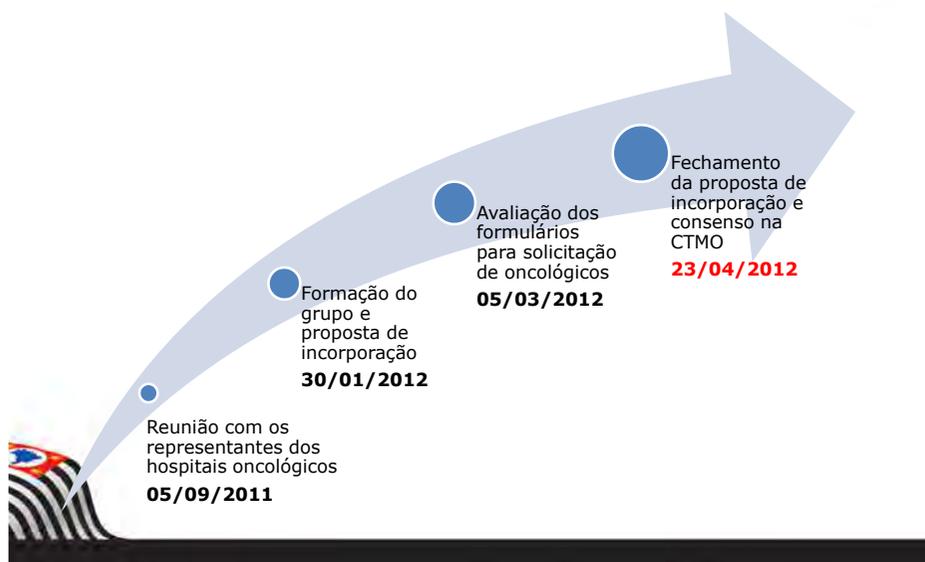
MEDICAMENTO	INDICAÇÃO
Rituximabe	Linfoma não Hodgkin de células B, não associados ao vírus HIV
Bevacizumabe	Câncer colorretal Estádio IV, primeira linha combinado com regimes baseados em irinotecano
Temozolomida	Tratamento adjuvante (tumor totalmente ressecado) concomitante à radioterapia e por mais 6 ciclos
Trastuzumabe	Carcinoma de mama HER-2 positivo (+++/+++ na IHQ ou FISH positivo). Tratamento adjuvante, linfonodo negativo T>1 cm ou linfonodo positivo, por 12 meses.
Cetuximabe	Tratamento paliativo, terceira linha em tumores K-ras selvagem
Sunitinibe	Doença renal metastática
Sorafenibe	Doença extra-hepática ou paciente não candidato a cirurgia Child-Pugh A, ECOF 0-1

MEDICAMENTOS FORNECIDOS PARA OS HOSPITAIS ESCOLA E RESPECTIVO Nº DE PACIENTES E IMPACTO FINANCEIRO PARA A SES/SP

MEDICAMENTO	CUSTO TRAT./PAC./MÊS (R\$)	Nº DE PACIENTES	CUSTO TOTAL ANO 2011(R\$)
Rituximabe 100/500 mg	2.656,07	72	1.653.961,90
Bevacizumabe 100/400 mg	6.538,57	354	15.799.038,16
Temozolomida 5/20/100/250 mg	6.651,36	258	9.092.301,10
Trastuzumabe 440 mg	10.468,54	982	45.894.101,28
Cetuximabe 5 mg/mL	3.592,70	148	11.329.220,18
Sunitinibe 12,5/25/50 mg	9.540,00	178	11.230.135,00
Sorafenibe 200 mg	7.345,20	137	4.567.162,80
TOTAL		2129	99.565.920,42

DISTRIBUIÇÃO DOS 7 MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS E DOENÇAS DE ACORDO COM O IMPACTO FINANCEIRO (ANO 2011)





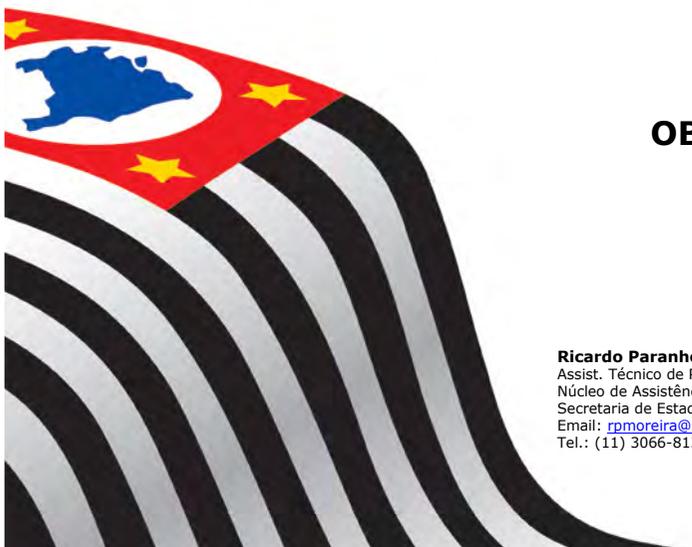
MEDICAMENTOS/INDICAÇÕES PROPOSTOS PARA INCORPORAÇÃO NO ANO 2012

MEDICAMENTOS/INDICAÇÕES PROPOSTOS PARA INCORPORAÇÃO NO ELENCO DE ONCOLÓGICOS PELO CTMO

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO
Rituximabe	<ul style="list-style-type: none"> • Linfoma folicular • Linfoma da zona marginal • Linfoma linfoplasmocítico • Linfoma de células de manto
Trastuzumabe	Câncer de mama metastático
Erlotinibe	Carcinoma de pulmão de não pequenas células, em pacientes com mutação do gene EGRF
Bortezomibe	Mieloma múltiplo com insuficiência renal ou FISH t(4,14), t(4,16), ou citogenética com deleção do cromossomo 13 hipodiploidia
Lapatinibe	Carcinoma HER-2 positivo para pacientes refratários ao trastuzumabe
Everolimo	Carcinoma renal de células claras, em pacientes refratários ao sunitinibe

MEDICAMENTOS DISCUTIDOS COM PROPOSTAS DE INCLUSÃO PELO COMITÊ TÉCNICO DOS MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

MEDICAMENTOS/INDICAÇÕES COM **PRIORIDADE MÁXIMA** PARA REALIZAÇÃO DE PARECER TÉCNICO CIENTÍFICO - PTC



OBRIGADO!

Ricardo Paranhos Pires Moreira
Assist. Técnico de Planej. de Ações de Saúde III
Núcleo de Assistência Farmacêutica
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Email: rpmoreira@saude.sp.gov.br
Tel.: (11) 3066-8139

Surgical Treatment of Myelomeningocele Carried Out at 'Time Zero' Immediately after Birth

Fernando Campos Gomes Pinto^a Hamilton Matushita^a André Luiz Beer Furlan^e
Eduardo Joaquim Alho^a Dov Charles Goldenberg^b Victor Bunduki^c
Vera Lúcia Jornada Krebs^d Manoel Jacobsen Teixeira^a

^aDivision of Neurosurgery, Departments of ^bPlastic Surgery and ^cObstetrics and ^dDiscipline of Pediatrics, Hospital das Clínicas, ^eSão Paulo University Medical School, São Paulo, Brazil

Key Words

Myelomeningocele · Neurosurgery · Hydrocephalus · Shunt · Pediatric

Abstract

Background/Aims: To present a protocol of immediate surgical repair of myelomeningocele (MMC) after birth ('time zero') and compare this surgical outcome with the surgery performed after the newborn's admission to the nursery before the operation. **Methods:** Data from the medical files of 31 patients with MMC that underwent surgery after birth and after admission at the nursery (group I) were compared with a group of 23 patients with MMC admitted and prospectively followed, who underwent surgery immediately after birth – 'at time zero' (group II). **Results:** The preoperative rupture of the MMC occurred more frequently in group I (67 vs. 39%, $p < 0.05$). The need for ventriculoperitoneal shunt was 84% in group I and 65% in group II and 4 of them were performed during the same anesthetic time as the immediate MMC repair, with no statistically significant difference. Group I had a higher incidence of small dehiscences when compared to group II (29 vs. 13%, $p < 0.05$); however, there was no statistically significant difference regarding in-

fections. After 1 year of follow-up, 61% of group I showed neurodevelopmental delay, whereas only 35% of group II showed it. **Conclusions:** The surgical intervention carried out immediately after the birth showed benefits regarding a lower incidence of preoperative rupture of the MMC, postoperative dehiscences and lower incidence of neurodevelopmental delay 1 year after birth.

Copyright © 2009 S. Karger AG, Basel

Introduction

Myelomeningocele (MMC) is the most common open spinal dysraphism eligible for surgical repair. Several considerations have been made regarding the best time for surgical repair, aiming at the lowest number of complications, especially surgical wound dehiscences, CSF fistulae and infections (meningitis and ventriculitis), as well as the best possible neurological evolution [1–5].

Several studies have reported the outcome of intrauterine surgery, with the decrease in Chiari II malformations as the main benefit, as well as the consequent lower need for ventriculoperitoneal shunts (VPS) for the treatment of hydrocephalus [6–9].

Novel Treatment Immediately after Myelomeningocele Repair Applying Low-Level Laser Therapy in Newborns: A Pilot Study

Fernando C. Pinto^a M. Cristina Chavantes^b Nathali C. Pinto^b Eduardo J.L. Alho^a
Elisabeth M. Yoshimura^d Hamilton Matushita^a Vera L.J. Krebs^c
Manoel J. Teixeira^a

^aDivision of Functional Neurosurgery of the Institute of Psychiatry, ^bLaser Medical Center Incor, and
^cDepartment of Pediatrics (HC/FMUSP), and ^dDosimetry Department of Physics Institute, University of São Paulo, São Paulo, Brazil

Key Words

Laser therapy · Neurosurgery · Wound healing · Postoperative complications · Myelomeningocele

Abstract

Background/Aims: The use of low-level laser therapy (LLLT) in neurosurgery is still hardly disseminated and there are situations in which the effects of this therapeutic tool would be extremely relevant in this medical field. The aim of the present study is to analyze the effect of LLLT on tissue repair after the corrective surgical incision in neonates with myelomeningocele, in an attempt to diminish the incidence of postoperative dehiscences following surgical repair performed immediately after birth. **Materials and Methods:** Prospective pilot study with 13 patients submitted to surgery at birth who received adjuvant treatment with LLLT (group A). A diode laser CW, $\lambda = 685$ nm, $p = 21$ mW, was applied punctually along the surgical incision, with 0.19 J delivered per point, accounting for a total of 4–10 J delivered energy per patient, according to the surgical wound area and then compared with the results obtained in 23 patients who underwent surgery without laser therapy (group B). **Results:** This pilot study disclosed a significant decline in dehiscences of

the surgical wounds in neonates who were submitted to LLLT (7.69 vs. 17.39%). **Conclusion:** This new adjuvant therapeutic modality with LLLT aided the healing of surgical wounds, preventing morbidities, as well as shortening the period of hospital stay, which implies a reduction of costs for patients and for the institution.

Copyright © 2010 S. Karger AG, Basel

Introduction

Myelomeningocele (MMC) is the most prevalent form of neural tube malformation, in which the incomplete closure of the embryonic neural tube occurs. It is one of the most disabling congenital malformations in the lumbar and/or sacral region [1]. The treatment of these cases generally consists of surgical procedures performed immediately after birth. A total of 3,072 living neonates were admitted at the High-Dependency Neonatal Care Unit of the Clinic Hospital of the Medical School in the University of São Paulo (HC/FMUSP) from June 2005 to December 2006, where the incidence of neurosurgical congenital pathologies was 1.14%, representing 0.36% of cases of MMC and totaling 11 cases.

KARGER

Fax +41 61 306 12 34
E-Mail karger@karger.ch
www.karger.com

© 2010 S. Karger AG, Basel
1016-2291/10/0464-0249\$26.00/0

Accessible online at:
www.karger.com/pne

Fernando Campos Gomes Pinto
Av. Angélica, 1968, cj. 21
São Paulo, SP 01228-200 (Brazil)
Tel. +55 11 3825 2444, Fax +55 11 3662 4661
E-Mail fernando.neuro@terra.com.br



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA "EMÍLIO RIBAS"



Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
Diretoria do Serviço de Diagnóstico por Imagem e Métodos Gráficos
Seção de Endoscopia

Dr. Richard Calanca
Chefe da Seção de Endoscopia

Ácido Peracético

- ◆ Revolução na Biossegurança;
- ◆ Proteção ao meio Ambiente;
- ◆ Facilidade no Manuseio.

Ácido Peracético

- ◆ Criticidade dos materiais → Direciona o processamento dos materiais.
 - Esterilização?
 - Desinfecção?
 - Qual método?
 - Qual produto?
 - Tipo de embalagem?

Ácido Peracético

1. Escolha do Método de Processamento dos Materiais

- ◆ O grau de sensibilidade e o tipo de flora microbiana encontrada nos materiais a serem processados também auxiliam na decisão.

Esterilização?

Desinfecção?

Ácido Peracético

- ◆ Conhecer o risco potencial de contaminação dos materiais reprocessáveis (classificação de Spaulding – 1968).

Tecido Estéril → Esterilização

Mucosas colonizadas → Desinfecção de alto nível

Pele íntegra → Limpeza

Ácido Peracético

- ◆ **Limpeza** → 1º Passo para o sucesso do método escolhido no processamento dos artigos e equipamentos (endoscópios)

Ácido Peracético

- ◆ Rutala – 1996 – Dimensionou quantos m.o estavam presentes nos instrumentais utilizados em cirurgia de “hemicolectomia”.

Verificou – se que, após limpeza correta 72% dos instrumentais não conseguia - se recuperar microorganismos.

Sujeira não combina nem com desinfecção nem com esterilização.

Ácido Peracético

- ◆ **Biofilme** → “Colonias de organismos”, multicamadas de células bacterianas ou fungos em volta por um material extracelular amorfo, composto de exopolissacarídeos de origem bacteriana que tem função de unir firmemente as células a superfície.

Ácido Peracético

Natureza dos Materiais

♦ Materiais resistentes aos métodos convencionais de esterilização:

Esterilização por calor úmido (autoclave) → De preferência autoclave pré-vácuo

• Materiais termosensíveis

O que fazer?

Limpeza criteriosa

- ♦ Escovas de 1mm;
- ♦ Pistolas de água e ar;
- ♦ Lavadoras ultrassônicas.

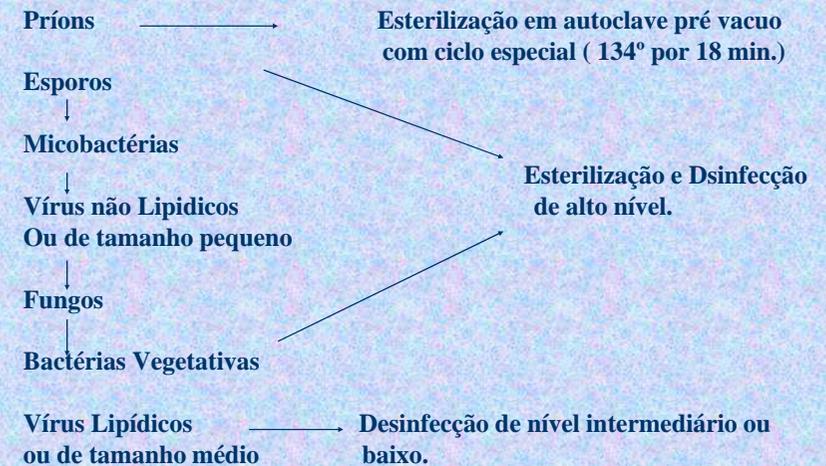
Uso de produtos adequados:

Conhecer ordem decrescente de resistência a germicidas químicos

Conseguo um processamento correto e previne formação de biofilme.

Ácido Peracético

Cadeia de Resistência dos Microorganismos



Ácido Peracético

♦ A escolha correta do método de processamento confere:

Segurança ao cliente e a instituição

→ Processamento correto em todas as suas etapas e uso correto de produtos.

Ácido Peracético

2. Propriedades:

- Bactericida;
- Micobactericida;
- Fungicida;
- Esporacida
- Viruscida;
- ♦ Atividade na presença de matéria orgânica.
- ♦ Ativo na presença de soro, sangue, fluidos corpóreos e gorduras, favorece retirada de resíduos orgânicos das superfícies dos artigos.

Ácido Peracético

- ♦ **Segurança para o profissional:**
 - **Considerado ATÓXICO, não ALERGÊNICO, irritante leve;**
- ♦ **Segurança para o Paciente / Cliente;**
 - **É considerado ATÓXICO, sem feito residual se decompõe em oxigênio e água (Biodegradável);**

Ácido Peracético

3. Legislação

1. Port. N°. 15 de Agosto 1988 – dispõe sobre registro de produtos saneantes de ação antimicrobiana;

Ácido Peracético:

2. Port. N°. 122 (29/11/93) – inclui na Portaria N°. 15 (23/08/88) o princípio ativo **Ácido Peracético** para uso como desinfetante / Esterelizante;
3. RDC N°.14 (28/02/2007) – dispõe sobre regulamento técnico para produtos saneantes de ação antimicrobiana;

Ácido Peracético:

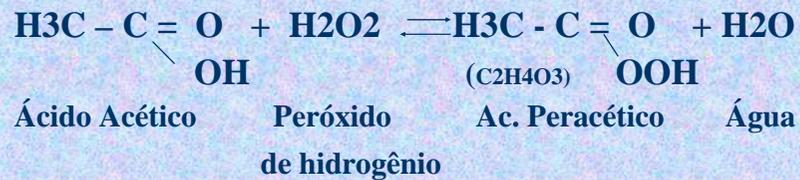
4. Res. RDC N°. 2 (8/1/2004) – aprova o uso do **ácido peracético** para controle de microorganismos na lavagem de ovos, peixes, crustáceos e hortifrutícolas;

4. Formulação:

Formulado a partir do **Ácido Acético** misturando volumes calculados de peróxido de hidrogênio e ácido acético.

Ácido Peracético:

1ª Formulação



Grupo Químico → Peróxido Orgânico
Ph – Em torno 2 – 3 (Ácido)

Ácido Peracético

2ª Formulação

A partir do acetilcaprolactana
Acetilcaprolactana + peróxido de hidrogênio → ácido peracético
Ph entre 5,5 a 7,0 (menor teor de Acidez)

OBS: Acompanha um ativador, catalizador de agente anti – oxidante.

Ácido Peracético

♦ Cálculo de Concentração:

% Ácido Peracético

1 L. —————→ Y (Concentração do produto puro sem diluição).

Z (Quantidade necessária para a % desejada) —————→ X

X = Concentração de peracético na diluição desejada.

Ex: Hemodiálise 0,2% de peracético quando diluído a 4%

Ácido Peracético:

5. Estabilidade

♦ Teste de Estabilidade;

Descrição: Durante 7 dias, armazenados 2 amostras em frascos fechados e protegidos da luz direta diluídas a 0,5% e 1%.

A análise da concentração foi efetuado com fita teste da Merk (Merkquant) e observou –se os seguintes resultados:

Ácido Peracético

- ♦ Solução diluída à 1%
1º Dia – 600 ppm
4º Dia – 500 ppm
7º Dia – 400 ppm
- ♦ Solução diluída à 0,5%
1º Dia – 300 ppm
4º Dia – 250 ppm
7º Dia – 150 ppm

Ácido Peracético:

6. Manipulação

▪ Teste de Resíduos:

Descrição: Preparado solução de ácido peracético à 1%.

Colocado os materiais (inaladores), dentro de cuba fechada por 30min., retirados e colocado em superfície limpa e seca, deixando secar naturalmente por 2 horas em temperatura ambiente.

Ácido Peracético:

Após a secagem, foram mergulhados em cuba limpa com água limpa, para rápido enxague.

Retirado uma amostra desta água (150 ml) e adicionado 2 gotas de indicador de ácido peracético.

Resultado: Água do enxague apresentou – se sem resíduo de ácido peracético.

Ácido Peracético:

Conclusão: A solução em contato com o ar se degrada e libera oxigênio e água. Após secagem este material não mais possuía resíduos de ácido peracético.

Concluimos que um breve enxague do material exposto na solução é suficiente para que o material esteja em condições de uso após sua secagem.

Ácido Peracético

7. Comparação com outros produtos

- ♦ Ácido Peracético possui vantagens quando comparada à outros produtos utilizados em larga escala:

Hipoclorito de sódio:

- TÓXICO persistente, altamente poluente, permanece após emitido na natureza acima de 8 anos.
- Em contato com ácidos (inclusive urina), forma vapores tóxicos cancerígenos.

Ácido Peracético

- Corrosivo mancha e corroe tecidos;
- Inativado na presença de matéria orgânicas;
- Não tem ação micobactericida comprovada (exigência para uso em artigos semi críticos).

Ácido Peracético

- ♦ Álcool à 70%:

- Não é ativo contra esporos;
- É inativado em presença de matéria orgânica;
- Volátil;
- Desgasta materiais sintéticos (EX: acrílico, PVC, Plásticos, etc.....).

Ácido Peracético

- ♦ Fenol Sintético:

- Tóxico (cels. Hepáticas e pele);
- Altamente tóxico ao meio ambiente;
- Não possui ação contra esporos;
- Atividade viruscida baixa;
- Danifica materiais sintéticos;
- Efeito residual importante;
- Não possui efeito micobactericida comprovado.

Ácido Peracético

8. Ação no Meio Ambiente

♦ Serviços de Saúde e poluição ambiental:

Os serviços de saúde possuem papel importante na poluição ambiental, toneladas de lixo infectante, substâncias radiativas e químicas são gerados diariamente .

A reciclagem é contra indicada por razões de segurança e razões psicológicas.

Ácido Peracético

Substâncias tóxicas usadas em desinfecção e limpeza são jogadas no meio ambiente.

A proteção ao ambiente é um fato de suma importância e necessita do suporte dos profissionais de saúde que necessitam pensar na prevenção das infecções nosocomiais, nos aspectos econômicos e ecológicos, sendo medidas práticas, inteligentes e urgentes.

Ácido Peracético:

9. Utilidades

♦ Desinfecção de superfícies

As superfícies fixas no ambiente Hospitalar e outros serviços de saúde.

↓
Baixo risco na transmissão patógenos aos pacientes

Ácido Peracético

↓
Contribuem na Infecção cruzada quando permanecem transitóriamente contaminadas e albergam microorganismos que são veiculados pelas mãos enluvadas ou não até fomites, equipamentos, mobiliários e outras superfícies atingindo a curto e médio prazo o paciente.

↓

Ácido Peracético

O uso do desinfetante diariamente diminui a carga microbiana das superfícies próximas aos clientes / pacientes resultando na diminuição do cruzamento das infecções no serviço de saúde.

Ácido Peracético

- ◆ Germes Multi resistentes (MRSA, VRE.....): controle é extrema importância para a prevenção das infecções graves.

O uso do desinfetante nas áreas críticas e unidades de isolamento tem se mostrado eficiente na disseminação destes agentes.

Ácido Peracético

◆ Desinfecção de alto nível em artigos termossensíveis

- Materiais de inaloterapia
- Materiais de oxigenoterapia (nebulizadores, circuitos de respiradores, umidificadores...)

Ácido Peracético

Equipamentos termossensíveis

◆ Endoscópios X Escolha do Método

Novamente – Classificação de Spaulding segundo sua invasibilidade e possíveis microorganismos presentes a eliminar.

Crítico – Laparoscópio

Artroscópio

Semi-crítico – Broncoscópio

Cistoscópio

Endoscópio digestivo

Colonoscópio

Ácido Peracético

- ❖ **Limpeza (Efetiva)** – previne Biofilme
- ❖ **Desinfecção de Alto Nível**
Glutaraldeído (RDC 55-27) restrições
Ácido Peracético – Alternativa viável com formulação e propriedade anticorrosiva (2ª formulação)

Ácido Peracético

- ❖ Estudos demonstram contaminação de instrumentos endoscópios pela flora normal nos locais do corpo onde foram realizados os procedimentos.
- ❖ As infecções pós procedimentos endoscópicos se dão mais comumente por rompimento da barreira da pele e microorganismos próprios (ST. Aureus)
- ❖ Bacteremias transitórias podem ocorrer por trauma em mucosa nas gastroscopias e colonoscopias.

Ácido Peracético

- ❖ Infecções pós cistoscópias – flora da uretra (E. coli, Enterococcus faecalis, Proteus spp.....).
- ❖ Infecções por broncoscópias – micobacterias de diversas espécies, Pseudomonas aeruginosa.
- ❖ Endoscopias / colonoscopias – Risco de transmissão de Helicobacter pylori, hepatite B, Criptosporideos.....).

Ácido Peracético

Esterilização

- Materiais de aço inox puro
- Materiais de fibra ótica
- Materiais termosensíveis

Ácido Peracético

Hemodiálise

- **Desinfecção do dialisador / linhas - 4%;**
- **Desinfecção química - 1% à 2%;**
 - **Tanque de água tratada;**
 - **Tubulação que alimenta os pontos de consumo;**
 - **Bomba de recirculação;**
 - **Reprocessadoras de capilares.**

Ácido Peracético

10. Tempo de Ação x Concentração

Desinfecção de superfícies 0,5% - 10 min.

- Descontaminação de matéria orgânica em superfícies 1,0 % - 10 min.

Desinfecção de alto nível em artigos 1,0% - 30 min.

Esterilização 2,0% - 60 min.

Ácido Peracético

Referências Bibliográficas

- Spaulding E H. – Chemical disinfection of medical and surgical materials. In: BLOCK, S S. Disinfection, sterilization and preservation. Lea Fabiger. Philadelphia. 1968;517-531.
- Rutala W A; Weber D J. Low – temperature sterilization technologies: do we need to redefine “sterilization” ? Infect Control Hosp Epidemiol. 1996; 17:87-91.
- Russel AD. Bacterial resistance to disinfectants. J Hosp Infection. 1998; 43 (suppl): S57- S68.