	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA		
	Código: PSP – CIHPAV	Elaboração: Fevereiro/2009	Revisão: Agosto/2020

1 – INTRODUÇÃO

A PAV é a segunda infecção mais frequente em UTIs americanas e a mais frequente dentro das UTIs brasileiras. Sua importância clínica decorre, além de sua frequência, a sua associação ao aumento da morbidade e mortalidade, tempo de internação, uso de antimicrobianos e elevação de custos hospitalares. Por sua incidência e suas implicações, devem ser adotadas medidas preventivas para se evitar as infecções do trato respiratório relacionadas à assistência à saúde.

1.1 Definições

Pneumonia: Infecção pulmonar identificada pela utilização de uma combinação de critérios: clínicos, de imagem e laboratorial.

Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV): pneumonia diagnosticada no paciente em ventilação mecânica invasiva (VM) por um período > 48 horas e que no dia do diagnóstico o paciente estava em VM ou havia removido o dispositivo no dia anterior.

Ventilador mecânico (VM): é definido como o dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal. Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores (ex. Pressão positiva contínua em vias aéreas – *Continuous Positive Airway Pressure* – CPAP), exceto se utilizados na traqueostomia ou pela cânula endotraqueal.

2 – OBJETIVO

Padronizar condutas para a prevenção e tratamento de infecção relacionada à ventilação mecânica; reduzir sua densidade de incidência e oferecer serviços aos usuários com qualidade e segurança.

3 – EXECUTANTES

Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares, técnicos de enfermagem.


4 – POPULAÇÃO ALVO

Pacientes em uso de Ventilação Mecânica Invasiva, que recebem cuidados neste estabelecimento, abrangendo o período total de sua permanência.

5 – AVALIAÇÃO DE RISCO PARA PAV E MEDIDAS PREVENTIVAS

Todos os pacientes admitidos no setor em uso de Ventilação Mecânica (Intubados na instituição), ou submetidos a tal procedimento durante período de internação serão classificados com o risco para Pneumonia associada à ventilação mecânica.

Elaborado por: Cláudia Rocha Biscotto, Henderson Barbosa Pimenta, Fernando Emídio Vargas, Ana Paula Lopes, Carla Caldeira e Zilá Aparecida Soares Pereira. Revisado por: Bruno Rafael Cangussu Brito / Raissa Oliveira Residente Clínica Médica / Enfermeira SCIH	Aprovado por: Luciano Freitas – Médico Infectologista Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
---	--	--

	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA		
	Código: PSP – CIHPAV	Elaboração: Fevereiro/2009	Revisão: Agosto/2020

Estes pacientes deverão ser avaliados diariamente pela equipe médica, enfermagem e fisioterapia, a fim de se prevenir e/ou diagnosticar a PAV, possibilitando o tratamento oportuno.


5.1 Fatores que aumentam a probabilidade de risco para PAV:

- Presença de tubo endotraqueal, por via oral ou nasal;
- Idosos, com idade superior a 70 anos;
- Posição supina/decúbito dorsal;
- Doença pulmonar crônica, sobretudo doença pulmonar obstrutiva crônica;
- Depressão do nível de consciência com prejuízo de proteção de via aérea;
- Aspiração do conteúdo oral ou gástrico ou de via aérea superior;
- Cirurgia torácica ou cardiotorácica;
- Presença de tubo gástrico ou enteral via oral ou nasal, para alimentação;
- Re-intubação ou intubação prolongada;
- Troca desnecessária do circuito de ventilação mecânica;
- Uso de antibióticos nos últimos 90 dias;
- Imunossupressão;
- Desnutrição.

5.2 Medidas adotadas para prevenção de PAV:

- Higienização das mãos antes e após cada procedimento.
- Avaliação diária da equipe multiprofissional da escala de Ramsay e discussão da possibilidade de diminuir sedação, favorecendo o despertar diário;
- Manter a cabeceira elevada entre 30° a 45° – ENFERMAGEM;
- Higiene oral rigorosa com clorexidine conforme prescrição médica de 12/12 horas – ENFERMAGEM;
- Troca do curativo de TQT diário e quando apresentar sujidade – ENFERMAGEM EM CONJUNTO COM A FISIOTERAPIA;
- Troca de água estéril dos umidificadores dos ventiladores mecânicos sempre que necessário, utilizados na ausência do filtro bacteriológico – FISIOTERAPIA;
- Troca de látex de aspirar a cada 24h – ENFERMAGEM;
- Desprezar secreção do frasco de aspiração quando atingir 2/3 do volume e a cada final de plantão, realizando o enxágue com água corrente – ENFERMAGEM;

Elaborado por: Cláudia Rocha Biscotto, Henderson Barbosa Pimenta, Fernando Emídio Vargas, Ana Paula Lopes, Carla Caldeira e Zilá Aparecida Soares Pereira. Revisado por: Bruno Rafael Cangussu Brito / Raissa Oliveira Residente Clínica Médica / Enfermeira SCIH	Aprovado por: Luciano Freitas – Médico Infectologista Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
---	--	--

	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA		
	Código: PSP – CIHPAV	Elaboração: Fevereiro/2009	Revisão: Agosto/2020

- Teste de posição e estase gástrica a cada administração de dieta – ENFERMAGEM;
- Interromper dieta 30 minutos antes de aspirar em pacientes com histórico de estase – ENFERMAGEM APÓS COMUNICAÇÃO DA NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO PELA FISIOTERAPIA;
- Retirar os circuitos respiratórios do box após 24 horas de ventilação espontânea pós extubação ou 48 horas pós desmame da ventilação em pacientes traqueostomizados – ENFERMAGEM APÓS LIBERAÇÃO PELA FISIOTERAPIA;
- Rotina de extubação programada, evitando reintubação – FISIOTERAPIA;
- Aspiração traqueal de rotina previamente a extubação, incluindo aspiração de orofaringe – FISIOTERAPIA;
- Avaliação diurna e noturna da pressão de balonete (*cuff*), mantendo índices entre 15 a 20 mmHg – FISIOTERAPIA;
- Desprezar periodicamente os condensados dos circuitos dos respiradores – FISIOTERAPIA;
- Após intubação trocar Unidade Ventilatória (“ambú”) por uma limpa no CME – ENFERMAGEM;
- Fazer a troca do kit de nebulização a cada 24h – ENFERMAGEM.

Para registro das ações/cuidados de prevenção da PAV, a Enfermagem e Fisioterapia deverão utilizar impressos próprios, os *Check lists* de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (**ANEXO B** - Enfermagem e **ANEXO C** - Fisioterapia). As anotações se referem à realização de medidas de prevenção da PAV para cada paciente que apresenta o risco, nos plantões diurnos e noturnos; e justificativa de sua não realização, se for o caso.

6 – ROTINA DIAGNÓSTICA


O diagnóstico da PAV será definido quando o paciente apresentar infiltrado novo ou progressivo, opacificação e/ou cavitação em radiografia de tórax somado de no mínimo 2 dos seguintes critérios:

- Leucocitose ou leucopenia
- Febre ou hipotermia
- Surgimento de secreção purulenta ou mudança das características da secreção ou aumento da secreção ou aumento na necessidade de aspiração
- Piora da troca gasosa (piora da relação PaO₂/FiO₂ ou aumento da necessidade de oxigênio ou aumento dos parâmetros ventilatórios)

Os principais diagnósticos diferenciais a serem considerados previamente a instituição da terapêutica empírica são:

- Atelectasia
- Embolia Pulmonar
- Congestão Pulmonar
- Hemorragia Alveolar

Elaborado por: Cláudia Rocha Biscotto, Henderson Barbosa Pimenta, Fernando Emídio Vargas, Ana Paula Lopes, Carla Caldeira e Zilá Aparecida Soares Pereira. Revisado por: Bruno Rafael Cangussu Brito / Raissa Oliveira Residente Clínica Médica / Enfermeira SCIH	Aprovado por: Luciano Freitas – Médico Infectologista Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
---	--	--

	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA		
	Código: PSP – CIHPAV	Elaboração: Fevereiro/2009	Revisão: Agosto/2020

6.1 Solicitação de Exames Microbiológicos

Hemoculturas – 2 amostras devem ser coletadas, preferencialmente após o pico febril e antes de iniciar o antibiótico, mesmo na vigência de febre.

Aspirado endotraqueal – deve ser coletado, através de técnica asséptica, por profissional treinado e paramentado, em todos os pacientes com suspeita clínica, devendo ser solicitado Gram e cultura semiquantitativa.

Lavado broncoalveolar – nos casos de suspeita de pneumonia lobar, com infiltrados localizados, deve ser cogitado ficando a critério do médico após considerar os riscos e benefícios.

Estes exames devem ser coletados preferencialmente antes da instituição da terapêutica antimicrobiana, excetuando-se o lavado broncoalveolar coletado via fibrobroncoscopia.

7 – PROPOSTA TERAPÊUTICA

7.1 Tratamento

O início do tratamento está indicado nos casos de suspeita clínica, o caso clínico deverá ser discutido com o médico horizontal do CTI e/ou Infectologia, que definirá junto com o médico plantonista o início ou não de terapêutica específica.

O esquema antimicrobiano a ser instituído será baseado nas seguintes condições clínicas:

a) PAV Precoce – paciente com até 4 dias de internação hospitalar:

Ceftriaxone ou Amoxicilina com clavulanato

Caso haja suspeita de aspiração, associar **Clindamicina**.

Pensar em aspiração em pacientes adultos internados que apresentem uma ou mais condições predisponentes para aspiração descritas abaixo:

Condições associadas à alteração do nível de consciência: alcoolismo, overdose, Acidente Vascular Cerebral, trauma crânio-encefálico, lesão intracraniana e anestesia geral.

Condições esofágicas: disfagia, neoplasia esofágica, fistula traqueoesofágica, doença de refluxo gastroesofágico, diverticulite esofágica.

Desordens neurológicas: esclerose múltipla, demência, doença de Parkinson, miastenia *gravis* e paralisia pseudobulbar.


Condições mecânicas: sonda nasogástrica, traqueostomia, endoscopia digestiva alta, broncoscopia, gastrostomia e sondas de alimentação pós pilóricas.

b) PAV Tardia – mais de 4 dias de internação, sem fatores de risco:

Cefepime

Caso haja suspeita de aspiração, associar **Clindamicina**.


Elaborado por: Cláudia Rocha Biscotto, Henderson Barbosa Pimenta, Fernando Emídio Vargas, Ana Paula Lopes, Carla Caldeira e Zilá Aparecida Soares Pereira. Revisado por: Bruno Rafael Cangussu Brito / Raissa Oliveira Residente Clínica Médica / Enfermeira SCIH	Aprovado por: Luciano Freitas – Médico Infectologista Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
---	--	--

	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA		
	Código: PSP – CIHPAV	Elaboração: Fevereiro/2009	Revisão: Agosto/2020

c) PAV Tardia com fatores de risco:


Paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, história prévia de colonização por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA), portador de insuficiência renal crônica ou diálise nos últimos 30 dias, portador de patologia estrutural pulmonar, uso de antibioticoterapia nos últimos 30 dias, residência em asilos, doença ou terapia imunossupressora (incluindo corticoterapia).


Cefepime + Vancomicina

 Paciente em uso prévio de Cefepime ou colonização por Gram negativo produtor de **ESBL** iniciar **Meropenem**

 Em risco para MRSA acrescentar **Vancomicina** ao tratamento, se ainda não estiver em uso.

 Pacientes colonizados por germe **produtor de Carbapenemase (KPC)** iniciar **Polimixina B**.

 *Acinetobacter baumannii* pode ser tratado com **Ampicilina-Sulbactam** ou um **Carbapenêmico** se o germe for sensível. Caso resistente, considerar o uso de **Polimixina B**.

 Nos casos de antibioticoterapia nos últimos 30 dias, sempre trocar a classe do antimicrobiano utilizado previamente.

d) Ajuste na Terapia – Descalonamento

O ajuste da antibioticoterapia inicialmente proposta deve ser realizado tão logo sejam disponibilizados os primeiros resultados de Gram e culturas coletadas no paciente. As modificações incluem a redução no número e no espectro da antibioticoterapia utilizada. Esta medida tem por objetivo limitar a exposição desnecessária a antibióticos de largo espectro e importantes efeitos colaterais, com o benefício secundário de redução da pressão seletiva na unidade e de custos. Caso o patógeno não seja identificado, o descalonamento é difícil, não devendo ser realizado.


 Resultado de Gram do aspirado traqueal, lavado broncoalveolar ou sangue:

 Presença de germe Gram positivo: Manter **Vancomicina**, suspender demais antimicrobianos

 Presença de germe Gram negativo: Suspender **Vancomicina**, manter cobertura Gram negativa (**Cefalosporina** ou

Meropenem)

 Resultados de Cultura de secreção ou sangue:


 Guiar-se pelo antibiograma, sempre optando pelo esquema com cobertura mais estreita possível. Estes casos serão, sempre que possível discutidos com o médico horizontal do CTI e/ou Infectologia.


7.2 Resposta Clínica

 A resposta clínica será considerada satisfatória quando houver pelo menos dois dos seguintes:


 Redução da febre

 Redução da leucocitose e/ou desvio para esquerda

 Diminuição da secreção traqueal

 Melhora na relação PaO₂/FiO₂

Elaborado por: Cláudia Rocha Biscotto, Henderson Barbosa Pimenta, Fernando Emídio Vargas, Ana Paula Lopes, Carla Caldeira e Zilá Aparecida Soares Pereira. Revisado por: Bruno Rafael Cangussu Brito / Raissa Oliveira Residente Clínica Médica / Enfermeira SCIH	Aprovado por: Luciano Freitas – Médico Infectologista Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
---	--	--

	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA		
	Código: PSP – CIHPAV	Elaboração: Fevereiro/2009	Revisão: Agosto/2020

7.3 Tempo de Tratamento

Será baseado na resposta clínica e nos resultados de cultura:

■ Para pacientes com PAV, recomendamos um curso de 7 dias de terapia antimicrobiana em vez de uma duração mais longa.

■ Caso não haja resposta clínica após 7 dias de tratamento excluir complicações (empiema, abscesso pulmonar) e reavaliar esquema antimicrobiano (superinfecção ou presença de germes multirresistentes ainda não cobertos).

8 – INDICADORES

■ Densidade de incidência de PAV $[(N^\circ \text{ de casos novos de PAV} / N^\circ \text{ de pcts em VM-dia}) * 1000]$;

■ Taxa de utilização de ventilação mecânica $[(N^\circ \text{ de pcts em VM-dia} / N^\circ \text{ de pcts-dia}) * 100]$.

9 – ANEXOS

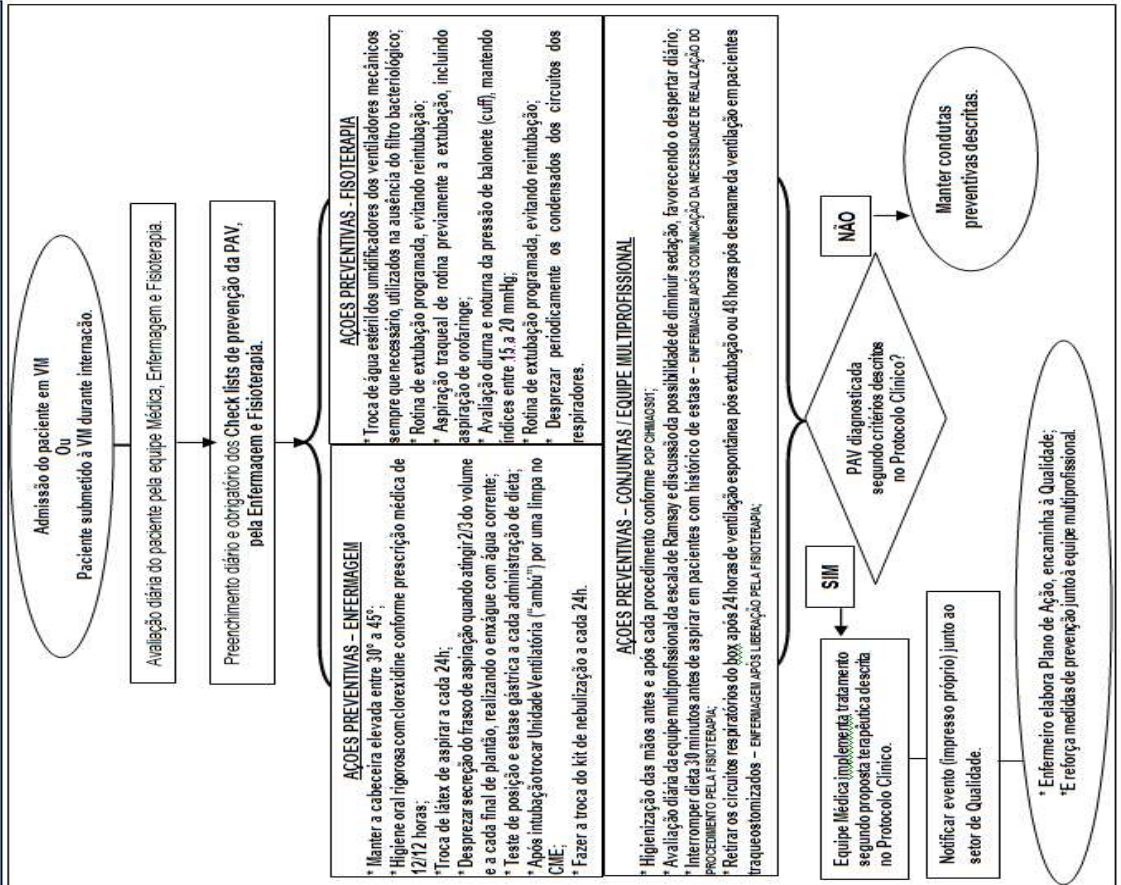
a) Fluxograma

Elaborado por: Cláudia Rocha Biscotto, Henderson Barbosa Pimenta, Fernando Emídio Vargas, Ana Paula Lopes, Carla Caldeira e Zilá Aparecida Soares Pereira. Revisado por: Bruno Rafael Cangussu Brito / Raissa Oliveira Residente Clínica Médica / Enfermeira SCIH	Aprovado por: Luciano Freitas – Médico Infectologista Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
---	--	--

PROTOCOLO PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DE PAV.

Objetivo: Descrever as etapas do acompanhamento aos pacientes com Risco para Pneumonia Associada à Ventilação mecânica (PAV) utilizadas na instituição, bem como as ações preventivas, visando evitar a PAV e danos ao cliente hospitalizado.

FLUXOGRAMA



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes em uso de Ventilação Mecânica (VM), através de TOT ou TQT.

Fatores que aumentam a probabilidade de risco para PAV:

- * Presença de tubo endotraqueal, por via oral ou nasal;
- * Idosos, com idade superior a 70 anos;
- * Posição supina/decúbito dorsal;
- * Doença pulmonar crônica, sobretudo doença pulmonar obstrutiva crônica;
- * Depressão do nível de consciência com prejuízo de proteção de via aérea;
- * Aspiração do conteúdo oral ou gástrico ou de via aérea superior;
- * Cirurgia torácica ou cardiotorácica;
- * Presença de tubo gástrico ou enteral via oral ou nasal, para alimentação;
- * Re-intubação ou intubação prolongada;
- * Troca desnecessária do circuito de ventilação mecânica;
- * Uso de antibióticos nos últimos 90 dias;
- * Imunossupressão;
- * Desnutrição.

MARCADOR (ES)

Não se aplica.

AÇÕES EDUCATIVAS: SUGESTÕES DE CONTEÚDOS

1. Importância e benefícios do protocolo de prevenção;
2. Orientação e importância do diagnóstico precoce e prevenção de danos decorrente;
3. Orientação quanto ao registro seguro das informações;
4. Importância do envolvimento do equipe multidisciplinar na prevenção de PAV;
5. Apresentação e discussão dos dados mensais (construção de plano de ação em conjunto).

RESULTADOS ESPERADOS

Meta: Zero de PAV.

INDICADORES:

- * Densidade de incidência de PAV [(Nº de casos novos de PAV / Nº de pts em VM-dia) * 1000];
- * Taxa de utilização de ventilação mecânica [(Nº de pts em VM-dia / Nº de pts-dia) * 100];

Elaborado por: Cláudia Rocha Biscotto, Henderson Barbosa Pimenta, Fernando Emídio Vargas, Ana Paula Lopes, Carla Caldeira e Zilá Aparecida Soares Pereira.
Revisado por:


Bruno Rafael Cangussu Brito / Raissa Oliveira
Residente Clínica Médica / Enfermeira SCIH

Aprovado por: Luciano Freitas – Médico Infectologista

Núcleo de Segurança do Paciente

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade

	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA		
	Código: PSP – CIHPAV	Elaboração: Fevereiro/2009	Revisão: Agosto/2020

b) Check-list de Prevenção de PAV – Enfermagem



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MONTES CLAROS
HOSPITAL AROLDO TOURINHO
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR



CHECK LIST DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA ENFERMAGEM

PACIENTE: _____ UNIDADE: _____ LEITO: _____ REGISTRO: _____

Data da entubação:
Setor da entubação:
Motivo da entubação:
Médico que realizou a entubação

	Elevação da cabeça a 45°						Higiene oral com clorexidine 0,12% (12/12)				Curativo TQT			Justificativa da não-adesão	
	Manhã		Tarde		Noite		Diurno		Noturno		S	N	NA		
	DATA	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO				
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

c) Check-list de Prevenção de PAV – Fisioterapia



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MONTES CLAROS
HOSPITAL AROLDO TOURINHO
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR




CHECK LIST DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA FISIOTERAPIA

PACIENTE: _____ UNIDADE: _____ LEITO: _____ REGISTRO: _____

Data da entubação:
Setor da entubação:
Motivo da entubação:
Médico que realizou a entubação

	Pressão do Cuff				Interrupção da Sedação				Justificativa da não-adesão	
	Diurno		Noturno		Diurno		Noturno			
	DATA	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM		NÃO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Elaborado por: Cláudia Rocha Biscotto, Henderson Barbosa Pimenta, Fernando Emídio Vargas, Ana Paula Lopes, Carla Caldeira e Zilá Aparecida Soares Pereira. Revisado por: Bruno Rafael Cangussu Brito / Raissa Oliveira Residente Clínica Médica / Enfermeira SCIH	Aprovado por: Luciano Freitas – Médico Infectologista Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
--	---	---

	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA		
	Código: PSP – CIHPAV	Elaboração: Fevereiro/2009	Revisão: Agosto/2020

d) Formulário de busca ativa – pacientes em ventilação mecânica


BUSCA ATIVA PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA (VM) – Epidemiologia CTI/HAT
 Setor: _____ Mês/Ano: _____

DATA	Total de pacientes	Nº Pacientes em VM	Dispositivo		Preenchimento dos Check lists de prevenção de PAV		Incidências de Pneumonia Associado à Ventilação Mecânica (PAV)
			TOT	TQT	ENFERMAGEM	FISIOTERAPIA	
Total							

Observação: Para os finais de semana e feriados, serão considerados os dados do dia anterior.

10 – REFERÊNCIAS

Elaborado por: Cláudia Rocha Biscotto, Henderson Barbosa Pimenta, Fernando Emídio Vargas, Ana Paula Lopes, Carla Caldeira e Zilá Aparecida Soares Pereira. Revisado por: Bruno Rafael Cangussu Brito / Raissa Oliveira Residente Clínica Médica / Enfermeira SCIH	Aprovado por: Luciano Freitas – Médico Infectologista Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
--	---	---

	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA		
	Código: PSP – CIHPAV	Elaboração: Fevereiro/2009	Revisão: Agosto/2020

1 BRASIL. Agência de Vigilância Sanitária. ANVISA. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2ª edição, 2017.

2 SPI. Diretrizes sobre Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV). **Sociedade Paulista de Infectologia**, Ed. Office.

3 HSR. PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA – PAV. **Hospital Santa Rita**, 2013.

4 KALIL, Andre C. et al. **Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society**. 2016.

51 p. (-) - University of Nebraska Medical Center, Omaha, 2016.

Elaborado por: Cláudia Rocha Biscotto, Henderson Barbosa Pimenta, Fernando Emídio Vargas, Ana Paula Lopes, Carla Caldeira e Zilá Aparecida Soares Pereira. Revisado por: Bruno Rafael Cangussu Brito / Raissa Oliveira Residente Clínica Médica / Enfermeira SCIH	Aprovado por: Luciano Freitas – Médico Infectologista Núcleo de Segurança do Paciente	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
---	--	--