

Procedimento Operacional Padrão

POP/CCIH/004/2015

1ª Revisão em 2017

2ª Revisão em 2019

**PROTOCOLO PARA
PREVENÇÃO DE INFECÇÃO
DO SÍTIO CIRÚRGICO**

Procedimento Operacional Padrão

POP/CCIH/004/2015

1ª Revisão em 2019

2ª Revisão em 2019

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE
INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO

Introdução

As infecções do sítio cirúrgico (ISC) figuram entre as complicações oriundas do ato cirúrgico mais recorrentes, aparecendo aproximadamente entre 3 e 20% no pós-operatório dos procedimentos realizados (ANVISA, 2017).

No Brasil, apesar de não haver dados sistematizados, elas são apontadas em terceiro lugar entre o conjunto das IRAS, sendo encontradas em, aproximadamente, 14% a 16% dos pacientes hospitalizados (ANVISA, 2017).

É inegável o seu impacto significativo na mortalidade ou na morbidade do paciente, uma vez que a ISC pode causar dano físico, social e/ou psicológico do indivíduo, sendo uma ameaça à sua segurança (ANVISA, 2017).

Além dos prejuízos físicos, psicológicos e financeiros aos pacientes acometidos, as ISC podem estender a sua estadia cerca de sete a onze dias, além de aumentar a chance de readmissão hospitalar, cirurgias adicionais e, por conseguinte, incrementar os gastos assistenciais com o tratamento (ANVISA, 2017).

Diante do efeito devastador causado pelas ISC, e, considerando que a implementação de medidas de prevenção são o melhor caminho para dar segurança ao paciente, apresentamos esse guia de boas práticas, com protocolos, listas de verificação e outras orientações técnicas, pautadas em evidências científicas que, aliadas à adesão dos profissionais da saúde, contribuirão para a redução desse tipo de complicação cirúrgica (ANVISA, 2017).

PRÉ-OPERATÓRIO

1) Recomendações para o pré-operatório:

- Sempre que possível, identificar e tratar qualquer infecção remota com relação ao local cirúrgico, antes de cirurgia eletiva. (1A)
- Incentivar a suspensão do tabagismo pelo menos 30 dias antes da cirurgia. (1B)
- Manter o controle da glicemia no período intraoperatório em pacientes diabéticos e não diabéticos, tendo como alvo níveis glicêmicos < 180mg/dl;
- Manutenção da normotermia em todo intraoperatório $\geq 35,5^{\circ}$ C.
- Otimizar a oxigenação tecidual no intraoperatório e pós-operatório
- Para preparo intraoperatório da pele do paciente, aplicar antisséptico (clorexidina 2%) em movimentos circulares e concêntricos, do centro para a periferia. A área proposta deve ser extensa o suficiente para que a incisão possa ser ampliada ou, se necessário, novas incisões ou locais de drenagem sejam feitos (ANVISA,2017).

- A clorexidina é ototóxica nas cirurgias de ouvido, devendo lavar com PVPI degermante seguido de antissepsia alcoólica.
- Não aplicar antisséptico alcoólico em mucosas.
- Não remover pelos pré-operatoriamente, a menos que estejam no local da incisão, ou próximos a este, e possam interferir na cirurgia. (1A)
- Se pelos tiverem de ser removidos, deve-se fazê-lo pouco antes da cirurgia, preferencialmente com tricotomizador elétrico, e fora da sala de cirurgia (não usar lâminas). (1A). Ver em anexo Diagramas dos Procedimentos de Tricotomia.
- Descartar lâmina do tricotomizador no pérfurocortante.
- Instruir os pacientes a tomarem banho com um agente antisséptico, pelo menos na noite anterior ao dia da cirurgia ou antes do encaminhamento ao centro cirúrgico se a cirurgia estiver marcada para o período da tarde (1B)
- Antes de fazer a preparação antisséptica da pele, lavar e limpar o local cirúrgico e suas proximidades para remover contaminação grosseira. (1B)
- Manter o período de permanência hospitalar pré-operatório o mais curto possível, enquanto se faz a preparação pré-operatória adequada. (2)

2) Antissepsia de mão e antebraço para membros da equipe cirúrgica:

- Remover anéis, relógios e pulseiras antes de iniciar a degermação ou antissepsia cirúrgica das mãos
- Manter unhas curtas e não usar unhas artificiais. (1B)
- Manter o leito ungueal e subungueal limpos, com auxílio de uma espátula remover a sujidade antes de fazer a primeira lavagem cirúrgica do dia.
- Fazer a degermação cirúrgica pré-operatória usando escova estéril impregnada com antisséptico degermante (clorexidina 2% ou Polivinilpirrolidona-iodo - PVPI) por 3 a 5 minutos para o primeiro procedimento do dia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes, se realizadas dentro de 1 hora após a primeira fricção. Lavar as mãos e os antebraços até os cotovelos.
- Após a lavagem, manter as mãos para cima e longe do corpo (cotovelos fletidos) de modo que água escorra das pontas dos dedos para os cotovelos. Secar as mãos com toalha estéril e vestir capote e luvas estéreis. (1B).

3) Profilaxia antimicrobiana (consultar protocolo de antibioticoprofilaxia em cirurgia da CCIH):

- Administrar um agente antimicrobiano profilático somente quando indicado, segundo recomendações publicadas. (1A)

- Administrar a primeira dose do antimicrobiano profilático pela via intravenosa, 1 hora antes do procedimento, de modo que a concentração bactericida do fármaco tenha sido alcançada no soro e nos tecidos quando a incisão for feita. Manter níveis terapêuticos do agente no soro e nos tecidos durante toda a cirurgia e até no máximo poucas horas após o fechamento da incisão na sala de cirurgia. (1A)
- Na maioria das cirurgias uma única dose na indução anestésica é suficiente. Em cirurgias longas, repetir o antibiótico obedecendo ao protocolo de antibioticoprofilaxia em cirurgia feito pela CCIH.

INTRAOPERATÓRIO

1) Ventilação

- Manter ventilação que gere pressão positiva na sala de cirurgia, com relação aos corredores e áreas subjacentes. (1B).
- Manter um mínimo de 15 trocas de ar por hora, das quais pelo menos três devem ser com ar fresco. (1B).
- Manter as portas das salas de cirurgia fechadas durante o ato operatório, exceto para passagem do equipamento, do pessoal e do paciente. (1B)
- Limitar o número de pessoas na sala cirúrgica, manter o número de pessoas necessário para atender o paciente e realizar o procedimento.
- Evitar abrir e fechar a porta da sala cirúrgica desnecessariamente.
- Não levar celular e bolsas para dentro da sala cirúrgica.

2) Roupas e campos cirúrgicos:

- Usar máscara cirúrgica que cubra totalmente a boca e o nariz, quando entrar na sala de cirurgia, se houver cirurgia a ser iniciada ou em andamento ou se instrumentos estéreis estiverem expostos. Usar a máscara ao longo da cirurgia. (1B)
- Usar gorro que cubra totalmente os cabelos, quando entrar na sala de cirurgia. (1B)
- O uso do propé é dispensável.
- Usar capote e campos que sejam barreiras efetivas quando úmidos (p. ex. feitos de material que resista à penetração de líquidos). (1B)

3) Assepsia e técnica cirúrgica:

- Aderir a princípios de assepsia quando instalar dispositivos intravasculares (p.ex. cateteres venosos centrais) ou quando preparar e administrar medicação intravenosa. (1A)
- Manipular os tecidos delicadamente, manter hemostasia efetiva, minimizar tecidos desvitalizados e corpos estranhos (p. ex. suturas, tecidos cauterizados, debris necróticos) e erradicação de espaçamento no local cirúrgico. (1B)

- Se o cirurgião considerar o local cirúrgico muito contaminado, deve retardar o fechamento da pele ou deixar a ferida cicatrizar por segunda intenção. (1B)
- Se for necessária a drenagem, utilizar um dreno fechado de sucção. Instalar drenos por meio de incisões separadas, distantes da incisão cirúrgica. Remover o dreno assim que possível. (1B)

4) Esterilização do instrumental cirúrgico:

- Esterilizar todo o instrumental cirúrgico de acordo com as recomendações publicadas. (1B)
- Não utilizar a esterilização flash como rotina ou alternativa para redução do tempo.

5) Limpeza e desinfecção de superfícies do ambiente:

- Quando ocorrer sujeira ou contaminação com sangue ou outros líquidos corpóreos visíveis durante uma cirurgia, em superfícies ou equipamentos, usar desinfetante apropriado, segundo recomendação do Serviço de Higiene e Limpeza, para limpar as áreas afetadas antes da cirurgia seguinte. (1B)
- Não fazer limpeza especial, nem fechamento da sala de cirurgia após cirurgias contaminadas ou infectadas. (1B)
- Não usar tapetes com antissépticos na entrada do bloco cirúrgico ou de salas de cirurgia para controle de infecção. (1B)
- Promover limpeza terminal da sala de cirurgia, depois da última cirurgia do dia ou noite, com um desinfetante apropriado.

PÓS-OPERATÓRIO

1) Recomendações para o pós-operatório:

- Proteger o curativo estéril por 24 a 48h no pós-operatório nas quais as incisões tenham sido fechadas primariamente. (1B)
- Lavar as mãos antes e depois das trocas de curativos e de qualquer contato com o local cirúrgico. (1B)
- Não há recomendação para cobrir incisões fechadas primariamente além de 48h, nem sobre o tempo apropriado para se tomar banho com incisão não coberta.

ANEXO

Diagramas dos Procedimentos de Tricotomia Local

LOCAL	ORIENTAÇÃO
Coluna cervical	– Retirar os pelos desde o queixo até abaixo da clavícula. – Fazer o paciente barbear-se conforme indicação do cirurgião.
Cirurgias com acesso torácico	– Retirar os pelos desde o queixo até abaixo da linha dos mamilos. – Fazer o paciente barbear-se conforme indicação do cirurgião.
Dissecção Radical do Pescoço	– Retirar os pelos da axila no lado afetado.
Torácico Anterior	– Retirar os pelos do pescoço até abaixo do umbigo. – Lateralmente, além da linha do mamilo.
Torácico Lateral	– Retirar os pelos desde o pescoço até a crista ilíaca; da linha média do tórax até a linha média dorsal. – Retirar os pelos da parte superior do braço, inclusive da axila.
Abdominal Superior	– Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até acima do púbis. – Da linha externa do mamilo até a crista ilíaca.
Abdominal Total	– Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até a parte superior da coxa e até o osso púbiano. – Da linha externa do mamilo até a crista ilíaca.
Ressecção Abdominoperineal	– Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até a parte superior da coxa. – Remover os pelos do púbis até após o ânus e até 10 centímetros em direção às pernas.
Masculino, abdominal Inferior, Virilha	– Retirar os pelos desde o umbigo até a parte superior das coxas, inclusive púbis e virilha. – Excluir o saco escrotal
Ombros	– Retirar os pelos da parte superior do braço até o pescoço. – Da linha média do peito até abaixo do mamilo e até a linha média dorsal.
Parte Superior do Braço	– Retirar os pelos desde o cotovelo até próximo ao pescoço, tórax e costas, inclusive axila.
Cotovelo	– Retirar os pelos desde a metade do antebraço até a metade do braço, anterior e posterior.
Antebraço	– Retirar os pelos desde o pulso até o cotovelo.
Punho	– Retirar os pelos da mão, até 10 centímetros acima do pulso, anterior e posterior.
Dorso Inferior Laminectomia Lombar	– Retirar os pelos das nádegas até acima da cintura com largura de 5 centímetros.

FONTE: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2017

REFERÊNCIAS

A Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2008; 29: 901-994.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.

Carrara, Dirceu. Controle de Infecção: a prática no terceiro milênio, 1ª Ed. Rio de Janeiro, 2017.

Medidas de Prevenção de Infecção relacionada à Assistência à Saúde, agência Nacional de Vigilância sanitária-ANVISA, 1ª edição. Brasília, 2013.

Pedroso, ERP. Série Medicina Interna: doenças infecciosas. 1ª edição. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

Elaborado por: Denyse Lucwu Martins Francisca de Sousa Barreto Maia Vânia Pessoa de Carvalho Dantas	Aprovação da CCIH Francisco de Assis S. Paiva Presid. CCIH/HULW/EBSERH CRM: 5580 <i>Francisco de Assis S. Paiva</i>	Reconhecido por <i>Prof. Dr. Abdes Didiogo de Lima</i> Superintendente em Exercício HULW/UFPB/EBSERH
Revisado por: Vânia Pessoa de Carvalho Dantas	Data: <u>16 / 05 / 19</u>	Data: <u>18 / 06 / 19</u>

João Pessoa, 31 de Maio de 2019.