

GLOBAL GUIDELINES  
FOR THE PREVENTION OF  
SURGICAL SITE INFECTION



# PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

ANGELA F. SOLA

ENFERMEIRA DO SCIH - HOSPITAL NOVE DE JULHO

MEMBRO DA DIRETORIA DA APECIH

MESTRE PELA DISCIPLINA DE INFECTOLOGIA – UNIFESP

[www.webbertraining.com](http://www.webbertraining.com)

6 de dezembro de 2017

# OBJETIVO

- Atualizações e práticas recomendadas para prevenção de ISC;
- Destaque nas diretrizes da OMS para os hospitais em priorizar os esforços de prevenção do ISC;

# INTRODUÇÃO

- As infecções de sítio cirúrgicos (ISC) são complicações potenciais associadas a qualquer tipo de procedimento cirúrgico.
- Embora as ISC sejam dentre as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) as mais evitáveis, elas ainda representam um problema significativo em termos de custos, morbidade e mortalidade.
- As taxas de ISC servem como indicador de qualidade e comparação (benchmark) para as instituições, elas devem ser calculadas de forma confiável para garantir comparações válidas.

# DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

## ➤ Nos EUA:

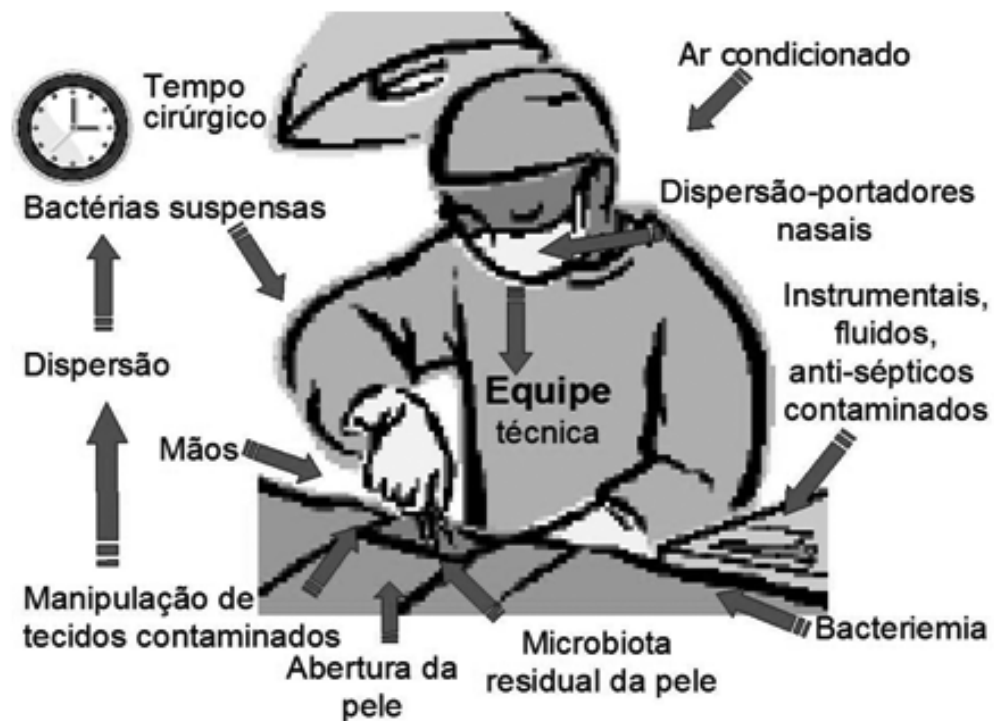
- 160.000 a 300.000 ISC por ano;
- 2% - 5% dos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica;
- Custo:
  - 3.5 a 10 bilhões anualmente;
- Aumento tempo de internação:
  - 7 – 11 dias;
- Mortalidade:
  - 2 – 11 vezes maior risco de morte em comparação com o doente cirúrgico não infectado;
  - 77% das mortes entre os pacientes com ISC são diretamente atribuíveis à infecção;

# DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

## ➤ OMS:

- A incidência combinada de ISC foi de 11,8 por 100 procedimentos cirúrgicos (intervalo de 1,2 a 23,6).
- Embora a incidência de ISC seja muito menor em países de alta renda, continua sendo o segundo tipo de IRAS mais frequente na Europa e EUA.

# PRINCIPAIS FONTES DE INFECÇÃO



# CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO GRAU DE CONTAMINAÇÃO

## ➤ Limpa:

- Cirurgias eletivas, primariamente fechadas, com drenos fechados, não traumáticas, sem presença de achado inflamatório no local da cirurgia;
- Não são manipulados órgãos com elevada concentração de microrganismos;

## ➤ Potencialmente contaminada:

- Cirurgias com abordagem de órgãos colonizados (TGI, respiratório, genitourinário e orofaringe em situações controladas e sem contaminação);
- Sem evidência de infecção ou uma ruptura importante na técnica asséptica.

# CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO GRAU DE CONTAMINAÇÃO

## ➤ Contaminada:

- Contaminação grosseira durante cirurgia de trato gastrointestinal;
- Procedimento com quebra maior de técnica asséptica;
- Feridas traumáticas recentes e abertas, achado inflamatório é encontrado, incluindo tecido necrótico sem evidência de drenagem purulenta.



# CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO GRAU DE CONTAMINAÇÃO

## ➤ Infectada:

- Secreção purulenta, tecido desvitalizado, corpos estranhos, contaminação fecal;
- Trauma com atraso no tratamento;

# INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

- A infecção cirúrgica refere-se a uma infecção que ocorre após o procedimento cirúrgico e pode ocorrer em qualquer parte da área manipulada.
- As infecções do local cirúrgico podem às vezes ser infecções superficiais envolvendo apenas pele e tecido subcutâneo. Outras infecções do local cirúrgico são mais sérias e podem envolver os tecidos mais profundos e músculos, órgãos ou material implantado.



# MEDIDAS DE PREVENÇÃO: PRÉ-OPERATÓRIO

- Banho;
- Triagem de colonização – não recomendado;
- **Descolonização nasal** – colonizados por *S. aureus* (cardiotorácica e ortopédicas);
- Antibiótico profilaxia cirúrgica – 120min. antes da incisão;
- **Preparação mecânica do intestino e o uso de antibióticos orais;**
- Tricotomia – somente se interferir no procedimento cirúrgico;
- Aporte nutricional - paciente com baixo peso.

# MEDIDAS DE PREVENÇÃO: INTRA-OPERATÓRIO

- Preparação cirúrgica das mãos;
- Preparação do sítio cirúrgico - antisséptico à base de álcool, soluções baseadas em CHG;
- Adesivos com antimicrobiano;
- Imunossupressor – não interromper;
- Campos e paramentação - impermeáveis;
- Luvas – dupla luva, troca, modelo específico;

# MEDIDAS DE PREVENÇÃO: INTRA-OPERATÓRIO

- Normotermia;
- **Controle de glicemia** – pacientes adultos;
- Normovolêmia;
- **Oxigenação** - pacientes adultos, com anestesia geral e IOT, deve receber um 80% de fração de oxigênio inspirado intra-operatório e, se possível, no pós-operatório imediato período de 2-6 horas para reduzir o risco de ISC.

# MEDIDAS DE PREVENÇÃO: INTRA-OPERATÓRIO

- Irrigação da ferida - solução aquosa solução PVP-I antes do fechamento. Não utilizar antimicrobiano;
- Troca de instrumental;
- **Fios revestidos com antimicrobiano** – triclosan;
- Fluxo laminar – não recomendado;
- Sala cirúrgica e equipamentos;

# MEDIDAS DE PREVENÇÃO: PÓS-OPERATÓRIO

- Antibiótico profilático – não utilizar após o término da cirurgia, mesmo em paciente com drenos;
- Curativos;

# VIGILÂNCIA

- O objetivo principal da vigilância é a coleta de dados sobre ISC para obter uma medida da magnitude do problema.
- Os dados devem ser analisado para identificar e investigar as tendências. Devem orientar a identificação de ações de melhoria e avaliar a eficácia dessas intervenções.
- O projeto SENIC (Study of Efficacy of Nosocomial Control-1970) demonstrou que um programa de prevenção e controle com ambos componentes de vigilância podem diminuir as taxas de ISC significativamente.
- A vigilância de ISC faz parte das diretrizes de cirurgia segura da OMS.





# VIGILÂNCIA PÓS ALTA

- Estima-se que uma proporção significativa de ISC são detectados após a alta do paciente.
- Esta proporção varia de acordo com as configurações, mas foi estimado como sendo entre 13% a 71%.
- Não existe um método padrão-ouro para esse tipo de vigilância, pode ser realizada por contato telefônico, carta, questionário, retorno ambulatorial.



# CONCLUSÃO

- A ISC é uma das mais frequente IRAS identificada nos hospitais;
- Os riscos de ISC variam de acordo com o tipo de cirurgia;
- Existem múltiplos fatores que contribuem para o desenvolvimento do ISC;
  - Nenhuma intervenção única será suficiente para evitar ISC.





**OBRIGADA!**

Angela Sola  
Tel: 55-11-31479272  
[ccih@h9j.com.br](mailto:ccih@h9j.com.br)