

FCECON	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Página: 1 de 6
ÁREA EMITENTE: : COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH		
ASSUNTO: Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico		
1. Objetivo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir a infecção do Sítio Cirúrgico. 		
2. Materiais Necessários: <ol style="list-style-type: none"> 1. Água; 2. Sabonete líquido; 3. Álcool à 70%; 4. Gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis; 5. Campo fenestrado (barreira máxima); 6. gliconato de clorexidina > 0,5%. 		
3. Considerações Gerais: <p>As ISC são consideradas eventos adversos frequentes, decorrente da assistência à saúde dos pacientes que pode resultar em dano físico, social e/ou psicológico do indivíduo, sendo uma ameaça à segurança do paciente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abordagens NÃO recomendadas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar vancomicina como droga profilática rotineiramente; ▪ Postergar a cirurgia para prover nutrição parenteral; ▪ Utilizar suturas impregnadas com antissépticos de rotina; ▪ Utilizar curativos impregnados com antissépticos de rotina. 2. Recomendações básicas para todos os serviços de saúde. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antibioticoprofilaxia <ul style="list-style-type: none"> – Indicação apropriada; – Escolher a droga adequada levando em consideração o sítio a ser operado; – Atenção especial em relação ao uso de torniquetes (administrar a dose total antes de insuflar o torniquete); – Descontinuar em 24 horas; – Ajustar a dose para pacientes obesos; – Repetir as doses em cirurgias prolongadas; – Combinar administração via intravenosa (IV) e via oral (VO) de antimicrobiano para cirurgia coloretal. 		

Responsável:
Equipe multiprofissional

- Controle de glicemia no pré-operatório e no pós-operatório imediato
- Objetivo: níveis glicêmicos <180 mg/dl.
- Manutenção da normotermia em todo perioperatório
- Objetivo: $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$.
- Otimizar a oxigenação tecidual no peri e pós-operatório
-
- Utilizar preparações que contenham álcool no preparo da pele
- Altamente bactericida, ação rápida e persistente (preparações alcoólicas com clorexidina ou iodo).

4. Medidas de controle pré-operatória

Avaliação de colonização nasal ou microbiota endógena

- Realizar descontaminação nasal com mupirocina intranasal associada à descolonização extra-nasal com clorexidina degermante em pacientes diagnosticados como portadores nasal de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (MRSA);
- Aplicar nas narinas mupirocina nasal a cada 12 horas, durante 5 dias seguidos;
- Monitorar a resistência à mupirocina;
- Utilizar clorexidina degermante em todo o corpo, durante o banho, por 5 dias seguidos, exceto em mucosas ocular e timpânica .

5. Banho

Orientar previamente o paciente nas cirurgias eletivas quanto aos cuidados pré-operatórios e banho. Tomar banho com água e sabão antes da realização do procedimento cirúrgico, noite anterior ou manhã da cirurgia.

Ainda não foi demonstrada uma clara associação entre banho pré-operatório com produto antisséptico e redução do risco de ISC. Assim, não há consenso na indicação de banho com agente antisséptico para todos os procedimentos cirúrgicos. O banho com antisséptico está reservado a situações especiais como antes da realização de cirurgias de grande porte, cirurgias com implantes ou em situações específicas como surtos.

Responsável:
Equipe multiprofissional

Cuidados durante o banho (ANEXO I)

- Incluir a higiene do couro cabeludo e o cuidado com as unhas;
- Dar atenção especial à higiene da cabeça nas cirurgias cranio-encefálicas;
- Observar que o cabelo deve estar seco antes de ir para o bloco operatório;
- Enfatizar a importância da higiene oral; nos casos que houver previsão de intubação orotraqueal fazer higiene oral com clorexidina 0,12%.
- Fornecer toalhas limpas ao paciente para o banho pré-operatório;
- Proceder à troca de pijama/camisola, da roupa de cama ou da maca de transporte após o banho.
- Recomendações básicas para todos os serviços de saúde.
- **Preparo pré-operatório ou antisepsia cirúrgica das mãos**
- **Verificar o POP HCM/60**
- **Tricotomia pré-operatória**

Não deve ser feita de rotina, se os pelos tiverem que ser removidos, deve-se fazê-lo imediatamente antes da cirurgia, utilizando tricotomizadores elétricos, e fora da sala de cirurgia. O uso de laminas está contra indicado.

- **Tempo de internação pré-operatória**

Internação no dia da cirurgia ou anterior (exceção: preparo de cólon/desnutrição).

6. Medidas de controle intraoperatória

- **Circulação de pessoal**

O ato de circular em uma sala cirúrgica exige conhecimentos e habilidades essenciais, portanto a circulação na sala operatória consiste em atividade desenvolvida exclusivamente pela equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, os quais durante todo ato anestésico-cirúrgico, desenvolvem atividades a fim de garantir condições funcionais e técnicas necessárias para a equipe médica.

- **Os seguintes cuidados devem ser observados:**
- Manter as portas das salas cirúrgicas fechadas durante o ato operatório;

Responsável:
Equipe multiprofissional

- Limitar o número de pessoas na sala operatória, manter o número de pessoas necessário para atender o paciente e realizar o procedimento;
- Evitar abrir e fechar a porta da sala operatória desnecessariamente;
- Não levar celular, bolsas e alimentos para dentro da sala cirúrgica.
- **Controle metabólico**
- Para as cirurgias em geral, tópicos relevantes em relação ao controle metabólico perioperatório são: controle glicêmico, controle da temperatura corpórea e suplementação da oxigenação tecidual, bem como a manutenção adequada do volume intravascular.
- Em relação à temperatura corpórea, tem sido observada a associação frequente de hipotermia ($T < 35^{\circ} \text{C}$) intraoperatória e um aumento na incidência de sangramento pós-operatório, infecções e eventos cardíacos.
- Para evitar a instalação da hipotermia no intraoperatório, a *American Society of Anesthesiologists (ASA)* tem padronizado o método de monitorização e manutenção da estabilidade da temperatura corpórea durante o ato cirúrgico.
- O "padrão ouro" é a monitorização na artéria pulmonar, método que requer a presença de cateter central e soma alguns riscos inerentes a tal procedimento. Ainda pode ser utilizada a monitorização através de cateter esofágico, bexiga urinária e cutânea, sendo esta última, a mais frequentemente utilizada e também mais sensível às oscilações da temperatura da sala cirúrgica.
- Diferente da monitorização da temperatura corpórea, a suplementação de oxigênio no intraoperatório não teve sustentação uniforme na literatura em relação ao benefício na diminuição da incidência de infecção em ferida operatória até a apresentação de metanálise em 2009. Os autores analisaram cinco estudos randomizados e controlados com total de 3001 pacientes, e evidenciou-se que a suplementação de oxigênio tecidual é um fator relevante na prevenção de ISC.
- No período perioperatório, vários estudos apontaram que o descontrole glicêmico é fator de risco estatisticamente significativo para infecção pós-operatória. Em acordo com a Associação Americana de Diabetes, o objetivo do controle glicêmico deve ser manter a hemoglobina glicosilada menor que 7% em todo o perioperatório. Além disso, a glicemia deve ser mantida abaixo de 180mg/dl até 24h após o final da anestesia. Vários autores apontam que o controle glicêmico e a manutenção da taxa acima mencionada por longos períodos favorecem a diminuição do risco de ISC, pneumonia e ITU.

7. Preparo da pele do paciente

Os seguintes cuidados devem ser seguidos durante o preparo intraoperatório da pele do paciente:

- Realizar degermação do membro ou local próximo da incisão cirúrgica antes de aplicar solução antisséptica;
- Realizar a antisepsia no campo operatório no sentido centrífugo circular (do centro para a periferia) e ampla o suficiente para abranger possíveis extensões da incisão, novas incisões ou locais de inserções de drenos, com solução alcoólica de PVPI ou clorexidina.

8. Drenos

- A inserção dos drenos geralmente deve ocorrer no momento da cirurgia, preferencialmente em uma incisão separada, diferente da incisão cirúrgica; a recomendação é fazer uso de sistemas de drenagens fechados, e a remover o mais breve possível.
- Para mais informações sobre drenos, ver **ANEXO VI** – Drenos Cirúrgicos, e sobre procedimentos para realização de curativos em feridas com drenos, verificar **ANEXO III**.

9. Paramentação

- A paramentação cirúrgica, medida bem estabelecida para prevenção das infecções do sítio cirúrgico, consiste em antisepsia cirúrgica das mãos, utilização de aventais e luvas esterilizadas, além de gorro e máscara.
- A finalidade da paramentação cirúrgica é estabelecer uma barreira microbiológica contra a penetração de microrganismos no sítio cirúrgico do paciente, que podem ser oriundos dele mesmo, dos profissionais, produtos para saúde, ar ambiente. Também tem o sentido de proteger a equipe cirúrgica do contato com sangue e fluidos dos pacientes
- A equipe de campo cirúrgico deve fazer uso de paramentação completa (avental e luvas estéreis, touca, óculos, máscara).
- O avental cirúrgico, juntamente com as luvas constitui barreira contra a liberação de microrganismos da pele da equipe e contaminação do campo operatório.
- Devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico).

<p style="text-align: center;">Responsável: Equipe multiprofissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A máscara cirúrgica deve cobrir totalmente a boca e nariz e deve ser utilizada ao entrar na sala cirúrgica se o instrumental estiver exposto ou se cirurgia estiver em andamento, a fim de impedir a contaminação da área cirúrgica, bem como do instrumental cirúrgico por microorganismos originados do trato respiratório superior da equipe cirúrgica. ▪ Ao se paramentar o profissional que participará do procedimento cirúrgico deve remover os adornos (anéis, pulseiras, relógios etc). <p>10. Medidas de controle pós-operatória</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação de curativos <p>Verificar os POPs de 102 a 111</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados com ambiente e estrutura ▪ Manter a ventilação na sala cirúrgica com pressão positiva em relação ao corredor e áreas adjacentes; com no mínimo 15 trocas de ar por hora, uso de filtro HEPA (<i>High Efficiency Particulate Air</i>); ▪ Esterilização de todo o instrumental cirúrgico; ▪ Não utilizar a esterilização <i>flash</i> como rotina ou alternativa para a redução do tempo; ▪ Limpeza terminal mecânica do piso na última cirurgia do dia. Não há indicação de técnica de limpeza diferenciada após cirurgias contaminadas ou infectadas; ▪ Limpeza e desinfecção concorrente entre procedimentos, com ênfase nas superfícies mais tocadas e na limpeza de equipamentos.
<p>Sigla: PISC</p>	<p style="text-align: right;">Página: 6 de 6</p>

ANEXO I

RECOMENDAÇÃO DE BANHO POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Cirurgia	Sabonete Neutro	Antisséptico	Horário
Cirurgia de grande porte, cirurgias com implantes		Clorexidina 2%	Banho (corpo total): 2 horas antes do procedimento cirúrgico
Cirurgia eletiva, pequeno e médio porte	Sabonete neutro		Banho (corpo total): antes do encaminhamento ao CC
Cirurgias de urgência	Sabonete neutro		O banho fica a critério da avaliação da equipe assistente

ANEXO III

REALIZAÇÃO DE CURATIVOS EM FERIDAS COM DRENOS

1. Orientações Gerais para a Realização de Curativos

- Consultar prontuário do paciente antes da realização do curativo para tomar ciência do caso clínico e conduta utilizada;
- Separar o material necessário;
- Utilizar os EPIs necessários em cada caso abaixo descrito:

Feridas contaminadas ou infectadas: óculos de proteção e capote;

Em casos de precaução por contato, respiratório ou aerossol: utilizar os EPIs indicados para cada um deles, tendo o cuidado de utilizar a máscara correta;

- Preparar o ambiente;
- Utilizar biombos para manter a privacidade do paciente;
- Prover iluminação adequada;
- Preparar o paciente e explicar o procedimento;
- Utilizar técnica asséptica em todos os curativos realizados no ambiente hospitalar;
- Utilizar luvas de procedimento para a retirada do curativo anterior;
- Avaliar a classificação das feridas quanto:

Diagnóstico etiológico: origem e o motivo da ferida.

Causa: traumática, cirúrgica e patológica.

Tipo de cicatrização: primeira, segunda ou terceira intenção. Na primeira intenção: os bordos são aproximados por pontos de sutura. Na segunda intenção: os bordos estão separados e a cicatrização ocorre espontaneamente. Na terceira intenção: os bordos são aproximados por suturas por planos teciduais.

2. Curativos de Sistemas de Drenos Abertos

O curativo do dreno deve ser realizado separado da incisão (se houver) e o primeiro a ser realizado será sempre o do local menos contaminado, devendo ser mantido limpo e seco. Isto significa que o número de trocas está diretamente relacionado com a quantidade de drenagem. Se houver incisão limpa e fechada, o curativo deve ser mantido ocluído por 24 horas e, após este período, a área poderá permanecer exposta e lavada com água e sabão.

Sistemas de drenagem aberta (por exemplo, no tipo *Penrose* ou tubular) devem ser mantidos ocluídos com bolsa estéril ou com gaze estéril por 72 horas. Após este período, a manutenção da bolsa estéril fica a critério médico.

Alfinetes de segurança não são recomendados como meio de evitar mobilização dos drenos *Penrose*, por não serem considerados PPS, enferrujarem facilmente e propiciarem colonização do local. A mobilização do dreno fica a critério médico. Os drenos de sistema aberto devem ser protegidos durante o banho.

Materiais

Bandeja contendo pacote de curativos estéril (com 02 pinças), gases estéreis, esparadrapo (ou *micropore*) soro fisiológico 0,9%, luva de procedimento e bolsa para colostomia estéril se necessário.

Procedimento

- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou com preparação alcoólica para as mãos;
- Reunir o material e levá-lo próximo ao paciente;
- Explicar ao paciente o que será feito;
- Manter a privacidade do paciente;
- Posicionar o paciente expondo apenas a área a ser tratada;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- Colocar gaze em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
- Calçar luvas;
- Remover o curativo anterior com uma das pinças usando soro fisiológico;
- Desprezar esta pinça;
- Com a outra pinça pegar uma gaze e umedecê-la com soro fisiológico;
- Limpar a incisão do dreno e depois o dreno;
- Limpar as regiões laterais da incisão do dreno;

- Ainda com a mesma pinça secar a incisão e as laterais com gaze estéril;
- Mobilizar dreno a critério médico;
- Ocluir o dreno mantendo uma camada de gaze entre o dreno e a pele ou quando ocorrer hipersecreção colocar bolsa simples para colostomia;
- Recolher, organizar e guardar os materiais;
- Registrar o procedimento realizado;
- Fazer a evolução de enfermagem;
- Fazer a evolução da ferida e demais anotações referentes aos materiais utilizados.

3. Curativos de Sistemas de Drenos Fechados

Feridas com sistema de drenos fechados (Torácico, Portovac)

Antes de iniciar o curativo, inspecionar o local de inserção do dreno por meio de palpação.

Realizar troca de curativo a cada 24 horas ou sempre que o mesmo se tornar úmido, solto ou sujo.

Materiais

Bandeja contendo pacote de curativo estéril (02 pinças e gaze), gazes estéreis, esparadrapo, soro fisiológico, álcool a 70% e luva de procedimento.

Procedimento:

Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou com preparação alcoólica específica para as mãos;

Reunir todo o material e levá-lo próximo ao paciente;

- Explicar ao paciente o que será feito;
- Posicionar o paciente e expor apenas a área a ser tratada;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- Colocar gaze em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
- Calçar luvas de procedimento não estéril;
- Remover o curativo anterior com uma das pinças usando Soro Fisiológico 0,9%;
- Desprezar esta pinça;
- Com outra pinça, pegar uma gaze e umedecê-la com soro fisiológico;
- Limpar o local de inserção do dreno ou cateter, utilizando as duas faces da gaze;
- Usando a mesma pinça e gaze estéril, secar o local de inserção do dreno ou cateter aplicar álcool a 70%;

- Ocluir o local de inserção com gaze estéril;
- Retirar luvas de procedimento (observar técnica correta);
- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou com preparação alcoólica específica para as mãos;
- Recolher, organizar e guardar os materiais;
- Registrar o procedimento realizado;
- Fazer a evolução da ferida e demais anotações referentes aos materiais utilizados.

ANEXO IV

DRENOS CIRÚRGICOS

1. Conceito

Os drenos cirúrgicos são dispositivos utilizados para remoção de ar e secreções do leito de uma ferida ou cavidade. Em linhas gerais, são utilizados para remover exsudato purulento, sangue ou outros tipos de secreções, decorrentes de procedimento cirúrgico. Apesar de não ser responsável por promover cicatrização da ferida ou impedir a infecção, seu uso é necessário para retirar o excesso de líquidos de um sítio cirúrgico, evitando o acúmulo do mesmo, que pode tornar-se um foco de infecção.

2. Tipos de drenos

Os drenos cirúrgicos mais utilizados são dos seguintes tipos:

- Drenos de Penrose: é um sistema de drenagem aberto, com composição à base de borracha tipo látex, utilizado em procedimentos cirurgicos com potencial para o acúmulo de líquidos, infectados ou não;
- Drenos de Sucção (*HEMOVAC*): sistema fechado de drenagem por sucção contínua e suave, fabricado em polietileno ou silicone é composto de um reservatório com mecanismo de abertura para remoção do ar e do conteúdo drenado, um tubo logo com múltiplos orifícios na extremidade distal que fica inserida na cavidade cirúrgica. A remoção do ar do interior do reservatório cria uma condição de vácuo promovendo uma aspiração ativa do acúmulo de secreções;
- Dreno de tórax: os sistemas coletores de drenagem pleural ou mediastinal são empregados em cirurgias torácicas ou cardíacas, destinando-se a retirada de conteúdo líquido e ou gasoso da cavidade torácica e são constituídos de um dreno tubular em polietileno, geralmente com mais de um orifício na extremidade distal que fica inserida na cavidade, um tubo extensor que conecta o dreno ao frasco coletor e o frasco em polietileno rígido com um suporte na sua base;
- Dreno de Kerr: introduzido na região das vias biliares extra-hepáticas, utilizados para drenagem externa, descompressão, ou ainda, após anastomose biliar, como prótese modeladora, devendo ser fixado através de pontos na parede duodenal lateral ao dreno, tanto quanto na pele, impedindo sua remoção espontânea ou acidental.

ANEXO V

FERIDA

Conceito e classificação de ferida

Conceituamos ferida como rompimento anormal da pele ou superfície do corpo. Normalmente comprometem a pele, os tecidos moles e os músculos.

Classificação das feridas

Quanto ao grau de abertura:

- Abertas: existe perda de continuidade de superfície cutânea;
- Fechadas: a lesão do tecido mole ocorre embaixo da pele, mas sem perda de continuidade da superfície cutânea; estes tipos de feridas apresentam exsudação serosa ou serosanguinolenta mínima que cessa entre 24 e 48hs.

Quanto ao tempo de abertura:

- Agudas: são originadas de cirurgias ou traumas, com reparação no tempo adequado e sem complicações;
- Crônicas: apresentam comprometimento na reparação e complicações.

Quanto ao grau de contaminação:

- Limpa: Condições assépticas sem microorganismos. São feridas produzidas em ambiente cirúrgico, desde que não foram abertos sistemas digestório ou genito-urinário. A probabilidade de infecção é baixa em torno de 1 a 5%;
- Limpa – Contaminada: também conhecida como potencialmente contaminadas, são feridas cirúrgicas em que houve abertura do sistema digestório ou genito-urinário, ou produzidas acidentalmente com arma branca. Lesão inferior a 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem contaminação significativa. O risco de infecção é de 3 a 11%.
- Contaminadas: apresentam reação inflamatória, ou tiveram contato com material contaminado, como fezes, poeira ou outro tipo de sujidade. São consideradas contaminadas também as feridas que já se passaram 6hs do ato que produziu a ferida (trauma e atendimento). O risco de infecção é de 10 a 17%.
- Infectadas: presença de agente infeccioso no local e lesão com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos podendo haver secreção purulenta.

Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas

Procedimento Operacional Padrão- POP Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico CCIH – PISC/115

Rev:01

Código CCIH – PISC /115	Data Emissão SETEMBRO/2023	Data de Vigência 2023/2026	Próxima Revisão SETEMBRO/2026	Revisão 01
-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---	----------------------

Elaborado por: <i>Glauciane Moreira Neves</i> <i>Presidente da CCJH</i> <i>COREN:98226</i>	Verificado por: <i>Skirley Fragoso Monteiro</i> <i>Chefe de Departamento de</i> <i>Enfermagem</i> <i>COREN: 98228</i>	Aprovado por: <i>Marielle Colares M Martins</i> <i>Gestora do NSP</i> <i>COREN: 146256</i>
--	---	--