



PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico

1- Período Pré-operatório

1.1- Preparo do paciente

- Avaliação pré-operatória a nível ambulatorial.
- Reduzir tempo de internação em cirurgias eletivas, sendo a meta um tempo inferior a 24h.
- Organização do agendamento de internação e cirurgia.
- Equipe de Enfermagem acompanhar e orientar durante o banho com antisséptico adequado.
- Compensar doenças subjacentes.
- Tratar infecções em sítio remoto, exceto nas situações em que o quadro clínico não permita o adiamento do procedimento.

1.2- Remoção de Pêlos ou Tricotomia

- Tricotomia na unidade de procedência do paciente somente se necessário e imediatamente antes do ato operatório e preferencialmente com tricotomizador elétrico.

1.3- Banho pré-operatório

Finalidade: Remover a sujidade e parte da flora microbiana que colonize a pele do paciente.

Cirurgias	Antissépticos	Grau Dependência	Horários
Implante de próteses ou cirurgia de grande porte	Clorexidina 2%	Acamado – banho leito Deambula – banho aspersão	1.º banho -18h 30min 2.º banho – 22h 3.º banho – 5h (manhã)
Outras cirurgias	Sabão neutro líquido	Acamado – banho leito Deambula – banho de aspersão	Horário padrão da instituição e horário no mapa cirúrgico

2- Período Trans operatório

Recepção do paciente: Apoio psicológico pela equipe de enfermeiros do Bloco Cirúrgico.

Transferência Paciente: - respeitar o limite da área física,
- utilizar maca de transferência (carrinho transferência).



PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

2.1- Área Física do Centro Cirúrgico

- i. Vistoria preventiva do SEST para riscos de incêndios, explosão, riscos químicos, riscos de acidentes global (geral).
- ii. Pisos e paredes de materiais lisos, não porosos, laváveis e resistentes ao fogo. Pisos anti-derrapante, com cores de revestimento claras e foscas. Portas com visores, preferencialmente de correr.
- iii. Sistema de Ventilação / Climatização
O sistema de ventilação dentro da sala cirúrgica tem dois objetivos:
 - climatização – mantendo uma temperatura segura e confortável para o paciente e para a equipe cirúrgica, e
 - redução da contaminação do sítio operatório e dos equipamentos cirúrgicos.Ar condicionado central com controle de temperatura (21 – 24°C), umidade, pressão e filtração do ar (manutenção preventiva) – checagem de vazão, limpeza de ductos e grelhas e trocas de filtros.
Manter janelas lacradas para não interferir com o sistema de ventilação, controlar o número de pessoas na sala, evitar a circulação de pessoal entre as salas e restringir conversação desnecessária durante o procedimento cirúrgico.
- iv. As portas da sala operatória devem ser mantidas fechadas, exceto para a passagem de equipamentos, pessoas e pacientes, limitando a entrada às pessoas essenciais.

2.2- Fluxo de trabalho

Rotinas definidas de fluxo unidirecional e racional de materiais e equipamentos, prevenindo que sejam confundidos os estéreis ou limpos com os já utilizados.

2.3- Centro Cirúrgico dividido em três áreas

- i. Irrestritas: Profissionais podem utilizar roupas comuns e circular sem limitações, tais como vestiários e salas administrativas externas.
- ii. Semi restritas: Utiliza-se roupa privativa e gorro, em áreas de processamento, e estocagem de artigos, corredores e salas internas.



PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

- iii. Restritas: Consiste nas salas cirúrgicas, com materiais estéreis expostos, sendo necessária utilização de roupa privativa, gorro e máscara, além do controle do número de pessoas.

2.4- Limpeza

- i. Ambiente da sala cirúrgica deve ser adequadamente limpo a cada procedimento realizado.
- ii. Antes da primeira cirurgia do dia, todas as superfícies horizontais devem sofrer limpeza, (água e sabão + álcool 70%).
- iii. Limpeza terminal deve ser realizada diariamente, após a última cirurgia do período, incluindo todas as superfícies e acessórios da sala. (Remover os artigos e medicamentos das caixas protetoras e limpar todas os equipamentos antes de entrar no centro cirúrgico).
- iv. Limitar ao mínimo o número de pessoas na sala cirúrgica.

2.5- Paramentação Cirúrgica

- i. Usar máscara que cubra por total a boca e nariz quando da entrada na sala cirúrgica se a cirurgia estiver por começar, em andamento ou se houver material cirúrgico exposto.
- ii. Usar gorros que cubram por completo cabelos da cabeça e face quando da entrada na sala cirúrgica.
- iii. Utilizar capotes e vestimentas cirúrgicas que sejam barreiras efetivas caso sejam molhadas ou contaminadas (materiais que resista a penetração de líquidos).
- iv. Trocar vestimentas que apresentarem-se visivelmente sujas, contaminada por sangue por material potencialmente contaminante.
- v. Usar propés ao entrar no centro cirúrgico.
- vi. Utilizar luvas estéreis após a escovação das mãos e antebraços. Colocar as luvas após estar paramentado com o capote estéril. Uso de dois pares de luvas ou mesmo que troque a cada hora da cirurgia independente de perfuração.



PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

2.6- Perfuração de luvas

É evidente que quando se percebe uma luva perfurada, deve-se trocá-la imediatamente, levando-se em conta a preocupação com a biossegurança, bem como com a possibilidade de contaminação do paciente.

3- Período pós-operatório

3.1- Higiene das mãos antes e após os procedimentos.

3.2 – Técnica asséptica no manuseio da ferida cirúrgica e de dispositivos invasivos como sonda vesical, cateter venoso ou arterial periférico e central;

3.3 – Remoção de dispositivos urinários e vasculares o mais cedo possível.

3.4 – Cuidados com a ferida cirúrgica sem infecção

3.4.1- Curativo da ferida cirúrgica deve ser realizado com técnica asséptica, utilizando barreiras de precaução padrão.

3.4.2 – Em casos de ferida operatória limpa e sem drenagem, a cobertura estéril que protege a pele pode ser retirada 24h após o procedimento cirúrgico.

3.5 – Cuidados com ferida cirúrgica com infecção

3.5.1 – A escolha do curativo adequado irá depender da avaliação da ferida quanto ao exsudato e presença de sinais infecciosos.

3.5.2 – A utilização da gaze nos leitos dos tecidos podem causar prejuízo aos tecidos neoformados, por isso é necessário a troca freqüente do curativo.

3.5.3 – A gaze é permeável a microorganismos, podem soltar fios e fibras que atuam como corpo estranho e podem provocar inflamação e infecção. Portanto, a gaze seca não deve ser colocada diretamente sobre lesão / ferida aberta.

3.5.4 – O filme transparente semipermeável é uma barreira efetiva contra a contaminação externa, porém, não deve ser utilizada em feridas com drenagem e nem nas primeiras 24h de pós-operatório, devido à liberação de exsudato.

3.5.5 – Recomenda-se coleta de material para cultura quando:



PROTOCOLOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

- a ferida cirúrgica ou dreno apresenta secreção purulenta;
- a ferida cirúrgica ou dreno apresenta drenagem de secreção não purulenta após terceiro dia da cirurgia e há sinais inflamatórios locais ou febre;
- abertura da incisão para drenagem de secreção ou hematoma;
- reoperação por suspeita de ISC profunda ou específica (coleções e próteses infectadas).

3.5.6 – Cuidados com a coleta da secreção de ferida operatória

- descontaminar as margens da lesão com clorexidina alcoólica;
- limpar com soro fisiológico 0,9%;
- coletar material na parte mais profunda da ferida, utilizando, de preferência, aspirado com seringa e agulha;
- swabs (menos recomendados) devem ser utilizados quando os procedimentos acima não forem possíveis;
- não coletar pus emergente;
- não é recomendada a cultura de lesões secas e crostas, a menos que a obtenção de exsudato não seja possível;
- a coleta de ferida de queimadura deve ser realizada após extensa limpeza e desbridamento da lesão, sendo a biópsia de pele o mais recomendado.

Referência

APECIH – Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico, 2009.