

1. INTRODUÇÃO

As Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) são as complicações mais comuns decorrentes do ato cirúrgico, que ocorrem no pós-operatório em cerca de 3 a 20% dos procedimentos realizados, que podem ser definidas como processo infeccioso que acomete tecido, órgãos e cavidade (ANVISA, 2017).

São consideradas uma complicação intrínseca ao ato cirúrgico, sendo necessário um amplo empenho para mantê-las sob controle, caracterizando-se como um dos parâmetros de controle da qualidade do serviço prestado por uma instituição hospitalar (BRASIL, 1998).

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).

Este Protocolo tem como finalidade sistematizar a vigilância das infecções do sítio cirúrgico na adoção de medidas preventivas.

2. OBJETIVO

Este protocolo tem como intuito a implementação de medidas de prevenção para redução de infecção do sítio cirúrgico, intervenções que contribui para segurança ao paciente e redução desse tipo de complicação cirúrgica

3. EXECUTANTES

Equipe Multidisciplinar.

4. POPULAÇÃO ALVO

Pacientes internados no Hospital Aroldo Tourinho para realização de procedimentos cirúrgicos.

5. AVALIAÇÃO DE RISCO

É fundamental que o enfermeiro compreenda os fatores de risco que predisõem a incidência de ISC com intuito de promover ações e medidas que reduzam a ocorrência destas, colaborando na melhoria da qualidade da assistência e na inserção do sistema de vigilância sobre o controle das infecções e ao acesso as informações que sirvam de base para a prevenção.

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade



6. MEDIDAS E AÇÕES DE PREVENÇÃO

6.1 Recomendações para pré-operatório

6.1.1 Banho do paciente no pré-operatório

Realizar o banho no paciente antes do procedimento cirúrgico, com pelo menos 2 horas antes do procedimento. Conforme rotina interna, realizar na manhã da véspera da cirurgia (cirurgias agendadas até 10h00minh) e na manhã da cirurgia (cirurgias agendadas após as 10h00minh), conforme orientado a seguir:

6.1.1.1 Banho com sabão antisséptico

a) Sabonete líquido neutro:

- Cirurgias programadas com tempo de internação menor que 24 horas. (exceções: implante de órteses e próteses, cirurgia cardíaca, transplante renal).

b) PVPI degermante:

- Cirurgias programadas com tempo de internação igual ou maior 24 horas (exceções: implante de órteses e próteses, cirurgia cardíaca, transplante renal);

- Pacientes sem história prévia de colonização e/ou infecção por *S. aureus* resistentes a Meticilina (MRSA) e sem história de alergia a iodo;

c) Clorexidine degermante:

- Pacientes a serem submetidos à cirurgia de implante de órtese e prótese, cirurgia cardíaca e transplante renal (Cirurgias de grande porte);

- Pacientes transferidos de outra instituição;

- Pacientes com história prévia de infecção e/ou colonização por MRSA;

- Paciente com história de alergia a iodo;

- Pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva.

OBSERVAÇÕES:

a) Registrar na evolução de enfermagem data, horário, produto utilizado e responsável pela execução. Nos casos em que não são realizados o banho, registrar o motivo do não cumprimento da rotina (notificar formalmente ao SCIH).

b) Em caso de uso do clorexidine o enfermeiro do SCIH deverá autorizar liberação junto à farmácia, conforme descrição de critérios em item C.

c) Não é recomendado o uso de álcool, éter ou outra solução após a antissepsia.

d) Deve-se realizar higiene oral criteriosa, principalmente em pacientes que serão intubados. Em cirurgias crânio-encefálicas realizar higiene criteriosa em couro cabeludo/cabeça.

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade



6.1.2 Tricotomia no paciente cirúrgico

- Reunir o material necessário;
- Informar o paciente sobre o procedimento;
- Higienizar as mãos conforme POP CIHMAOS01;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente adequadamente;
- Ligar o aparelho e ajustar ao corte nº 0 (sem pente);
- Realizar tonsura sem lesar a pele e sem umedecê-la, utilizando gaze seca estéril para retirar o excesso de pelos do sítio cirúrgico, 30 minutos antes da cirurgia;
- Desprezar as gazes com o pelo no lixo comum;
- Remover os resíduos da pele com soro fisiológico recentemente aberto;
- Limpar o aparelho com gaze seca estéril para retirar os resíduos de pelos (se tricotomizador elétrico, se não desprezar o aparelho no perfurocortante);
- Realizar a desinfecção do aparelho elétrico friccionando álcool a 70 %, por 30 segundos, por três vezes consecutivas;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos conforme POP CIHMAOS01;

6.1.3 Anti-sepsia cirúrgica da pele do paciente

- Paramentar-se para o procedimento cirúrgico, conforme POP CIHCIR05;
- Colocar compressas ou campos ao redor da área operatória para absorver excessos de solução degermante.
- Friccionar minuciosamente a solução antisséptica degermante na pele do paciente iniciando no local a ser feita a incisão de maneira circular progredindo perifericamente, por 5 minutos, utilizando luvas, gazes ou compressas e pinças estéreis com o produto antisséptico indicado a seguir:
 - a) PVPI – Degermante:
 - Pacientes sem história prévia de colonização e/ou infecção por MRSA (EXCEÇÃO: implantação de órteses e prótese, cirurgia cardíaca, transplante renal).
 - b) Clorexidine degermante:
 - Cirurgia de implante de órteses e prótese;
 - Cirurgia cardíaca;
 - Cirurgia de transplante;
 - Pacientes com história prévia de infecção e/ou colonização por MRSA;

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade



- Paciente com história de alergia a iodo;
- Pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva.
- c) PVPI ou clorexidine tópico:
 - Utilizar no campo operatório que abrangem mucosas. Inclui cirurgias ginecológicas por via vaginal, urológica transuretral, cirurgias em genitália ou na cavidade oral.
 - Retirar o excesso da solução utilizando pinças e gazes umedecidas em soro fisiológico recentemente aberto;
 - Secar com compressas estéreis utilizando pinças;
 - Aplicar o antisséptico alcoólico (com o mesmo princípio ativo do degermante) do centro para a periferia, dando especial atenção às reentrâncias naturais e dobras cutâneas. Exemplo: PVPI alcoólico se PVPI degermante e clorexidine alcoólico se clorexidine degermante;
 - Aguardar a secagem espontânea do antisséptico alcoólico;
 - Colocar os campos estéreis que delimitam a área operatória;
 - Trocar a luva estéril se houver contaminação visível durante a antisepsia ou quebra de técnica asséptica durante o procedimento.

OBSERVAÇÕES:

- Local: delimitado pelo cirurgião, devendo ser amplo, abrangendo o local da incisão com margem de segurança para as áreas onde o cirurgião poderá tocar durante a cirurgia ou se houver a necessidade de ampliação da incisão e instalação de drenos;
- Quando: imediatamente antes da cirurgia;
- Deve- se ter cuidado para que não escorra a solução alcoólica durante a antisepsia para que não acumule no dorso do paciente causando queimadura.
- Não se deve aplicar álcool (etilico ou iodado) após PVPI ou clorexidine, já que os primeiros anulam o efeito residual dos últimos.
- Para antisepsia de mucosas utilizar soluções aquosas de antissépticos. Realizar duas aplicações e aguardar 02 minutos após a última para início da cirurgia.

6.1.4 Paramentação da Equipe Cirúrgica

1 Uniforme do centro cirúrgico:

Trocar suas roupas pessoais pelo uniforme do centro cirúrgico, no vestiário de barreira antes de entrar na unidade e retirar ao sair da mesma;

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade



2 Gorro descartável:

Reduzem a contaminação microbiana, do campo cirúrgico, proveniente do cabelo e couro cabeludo. Cobrir totalmente os cabelos e desprezar ao sair do centro cirúrgico.

3 Máscaras cirúrgicas:

Proteger todos os pelos da face, a boca e o nariz com a máscara cirúrgica ao entrar na sala durante a cirurgia.

Todas as pessoas presentes na área restrita da sala de cirurgia devem usar máscaras todo o tempo. Recomenda-se a troca de máscara entre uma cirurgia e outra e, sempre que estiverem molhadas. Devem ser máscaras cirúrgicas com capacidade de filtração de partículas de 96,7% ou mais.

4 Óculos de proteção:

Utilizar proteção ocular durante o procedimento cirúrgico. Deve ser ampla incluindo a região lateral.

5 Aventais estéreis:

Utilizar os aventais estéreis após a degermação cirúrgica das mãos, protegendo o uniforme do pescoço até abaixo dos joelhos, além dos punhos. Esses devem ser ajustados e permitir colocação confortável sob as luvas;

Devem ser trocados sempre que estiverem molhados e a cada cirurgia.

Obrigatório a utilização em todo procedimento cirúrgico

6 Luvas estéreis:

Prevenir contaminação das mãos dos profissionais com sangue e outros fluidos corporais. Uso obrigatório em todo procedimento com risco de contaminação (punção venosa, circulação de sala, limpeza e desinfecção de sala, etc.).

Calçar as luvas estéreis, após a colocação dos aventais estéreis, sem tocar sua face exterior estendendo-as sobre os punhos do avental estéril.

Devem ser finas, lisas, distensíveis, sem defeitos ou perfurações.

- Indicação de troca das luvas estéreis:

a) Logo após ocorrer uma perfuração e/ou contaminação grosseira;

b) Entre uma cirurgia e outra;

c) Antes de iniciar o fechamento da cavidade em cirurgia contaminada;

d) Antes de manipulação e inserção de prótese.

e) É obrigatório o uso de duplo enluvamento para qualquer procedimento que durar mais do que 1 hora; ou trocar a luva a cada 2 horas de cirurgia (quando não fizer duplo enluvamento).

OBSERVAÇÕES:

Todo o colaborador que iniciar o trabalho em uma sala de cirurgia deve receber orientação e supervisão adequada;

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade



A equipe deve estar livre de infecções bacterianas transmissíveis além de furúnculos, dermatites, osteomielite, úlcera de pele e ferimentos abertos. Diante destas situações o membro da equipe deve ser encaminhado para o SESMT para devidas providências.

A equipe cirúrgica é considerada a fonte mais comum de infecção exógena através de gotículas e esfoliação do epitélio de áreas expostas e regiões pilosas. Portanto, é maior a disseminação de bactérias, quanto mais longa for a ocorrência de conversa, tosse, espirro, etc.

As roupas privativas do centro cirúrgico devem ser utilizadas apenas nas áreas semi-restritas e restritas da unidade.

É terminantemente proibido sair com as roupas privativas para fora do centro cirúrgico.

6.1.5 Preparo do paciente cirúrgico com Colonização e/ou Infecção por Staphylococcus aureus Resistente a Meticilina (MRSA)

-Manter o paciente em precaução de contato de acordo com POP CIHISO02;

1. Prescrever o banho com clorexidine por cinco dias (mesmo ambulatorialmente);
2. Prescrever a Mupirocina Nasal no vestíbulo nasal anterior, duas vezes ao dia, por 03 dias;
3. Colher dois swabs para verificar descolonização, após o término da descolonização:

-2º dia após término descolonização;

-3º dia após descolonização;

4. Suspende a precaução por contato somente após o resultado dois swabs negativos e com autorização do SCIH;
5. Indicar a cirurgia após a descolonização.

OBSERVAÇÕES:

1 Indicação:

-Para paciente colonizado ou infectado por MRSA, em cirurgias eletivas;

-Pesquisar colonização por MRSA em todo paciente a ser submetido à cirurgia cardíaca;

-Comunicar a equipe da CCV a necessidade de profilaxia com Vancomicina conforme padronizado;

2 Profilaxia intraoperatória:

-Vancomicina: 500 mg em 200 ml de SF 0,9%, correr em 60 minutos, na indução anestésica. Repicar a cada 3 horas;

3 Profilaxia pós-cirúrgica:

-Vancomicina: 500 mg a cada 6 horas por no máximo 48 horas. Considerar o horário da última dose do Bloco Cirúrgico, para o momento da dose pós-operatória (ajustar a dose conforme função renal).

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade



6.2 Recomendações Intraoperatório

6.2.1 Cuidados durante o processo cirúrgico

1. Todo o colaborador que iniciar o trabalho em uma sala de cirurgia deve receber orientação e supervisão adequada;
2. Todos os profissionais que trabalham dentro da sala cirúrgica deverão remover anéis, relógios e pulseiras;
3. As portas das salas cirúrgicas deverão permanecer fechadas. Restringir o mínimo de pessoas na sala cirúrgica;
4. Preparar a mesa de instrumental cirúrgico mais próximo possível do ato cirúrgico, observando a técnica asséptica;
5. Não posicionar a mesa em frente ao ar-condicionado;
6. Usar máscaras cirúrgicas a todo o tempo protegendo todos os pelos da face, a boca e o nariz (todas as pessoas presentes na sala de cirurgia). Recomenda-se a troca de máscara entre uma cirurgia e outra e, sempre que estiverem molhadas. Devem ser máscaras cirúrgicas com capacidade de filtração de partículas de 96,7% ou mais;
7. Falar apenas o mínimo necessário durante o procedimento cirúrgico. Em todo centro cirúrgico o silêncio deverá ser mantido;
8. Durante a cirurgia, aqueles instrumentais que tiverem contato com fezes ou secreção purulenta não devem retornar ao campo operatório;
9. Realizar a dissecação anatômica através de planos teciduais, respeitando as linhas de força;
10. Manusear delicadamente os tecidos para minimizar o trauma;
11. Utilizar material que cause o mínimo de reação tecidual;
12. Conter sangramento e drenar hematomas;
13. Eliminar espaço morto;
14. Remover tecidos desvitalizados e corpos estranhos;
15. Suturar a ferida sem excesso de tensão;
16. Em caso de cirurgia contaminada ou infectada utilizar preferencialmente fios monofilamentares e absorvíveis internamente;
17. Estar atento e alerta para qualquer tipo de quebra de técnica asséptica;
18. Realizar o curativo da ferida operatória de acordo o POP CIHCIR06;

6.2.2 Ambiente/Cuidados de Limpeza

- Manter 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 dentro da sala operatória somente materiais e equipamentos necessários ao procedimento;
 - Manter janelas lacradas para não interferir com o sistema de ventilação;

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade



- Controlar o número de pessoas na sala operatória;
- Evitar a circulação de pessoal entre as salas operatórias;
- Restringir conversação desnecessária durante o procedimento cirúrgico;
- Manter as portas da sala operatória fechada, exceto para a passagem de equipamentos, pessoas e pacientes, limitando a entrada às pessoas essenciais.
- Manter a limpeza e organização da sala operatória durante todo o procedimento cirúrgico;
- Realizar a limpeza e desinfecção da sala cirúrgica a cada procedimento realizado;
- Realizar limpeza terminal diariamente, após a última cirurgia do período, incluindo todas as superfícies e acessórios da sala

6.3 Recomendações Pós-Operatório

6.3.1 Curativo de Incisão Cirúrgica

1. Preparar o material necessário
2. Realizar a higiene das mãos conforme POPCIHMAOS01 e fazer antissepsia com álcool gel conforme POPCIHMAOS02;
3. Orientar o paciente o procedimento a ser realizado garantindo a privacidade;
4. Calçar as luvas de procedimento e máscara de procedimento;
5. Retirar o curativo da incisão cirúrgica (usar solução fisiológica se necessário);
6. Observar o aspecto da incisão: cicatrização fisiológica ou hiperemia, presença de secreção, sangramento, deiscência de pontos etc.;
7. Calçar as luvas estéreis conforme técnica;
8. Abrir todo o material usando técnica asséptica;
9. Limpar a ferida com solução fisiológica no sentido do limpo para contaminado (da incisão para fora) e, quando infectadas, devem ser limpas de fora para dentro a fim de remover ao máximo sujidade da pele, secreções, e etc.;
10. Secar a incisão cirúrgica de dentro para fora usando gazinhas;
11. Limpar a pele ao redor da ferida utilizando PVPI ou clorexidine degermante (sem excesso);
12. Retirar o anti-séptico com SF 0,9 % e secar a pele;
13. Ocluir a incisão com gaze estéril;
14. Identificar o curativo (data, hora e nome do profissional);
15. Desprezar os materiais no local apropriado;
16. Higienizar as mãos conforme POPCIHMAOS01;

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade



17. Registrar o procedimento realizado no prontuário (data, horário, aspecto, materiais utilizados e assinatura do profissional).

6.3.2 Curativo de dreno

1. Realizar higienização das mãos conforme POPCIHMAOS01
2. Reunir o material e levá-lo próximo ao paciente;
3. Explicar ao paciente o procedimento que será executado;
4. Fechar a porta para privacidade do paciente;
5. Colocar o paciente em posição adequada expondo apenas a área a ser tratada;
6. Calçar luvas de procedimento;
7. Remover o curativo anterior usando soro fisiológico se necessário;
8. Desprezar luvas de procedimento em lixo contaminado;
9. Calçar luvas estéreis conforme técnica;
10. Friccionar gaze estéril embebida com PVPI ou clorexidine degermante ao redor da inserção do dreno (pele íntrega) para retirar o excesso de secreção;
11. Retirar o PVPI ou clorexidine degermante com gaze umedecida em soro fisiológico 0,9%;
12. Secar com gaze estéril;
13. Cobrir a inserção do dreno com uma camada de gazes estéreis e micropore.
14. Identificar o curativo (hora, data, nome do funcionário).
15. Realizar higienização das mãos conforme POPCIHMAOS01.
16. Organizar o setor;
17. Fazer evolução do curativo no prontuário do paciente.
 - a) O curativo do dreno deve ser realizado separado da incisão e o primeiro a ser realizado será sempre o do local menos contaminado;
 - b) Em drenos de penrose com drenagem superior a 50ml deve-se aplicar uma bolsa para coletar o excesso de drenagem, se houver possibilidade;
 - c) Proteger o curativo durante o banho;
 - d) Trocar o curativo imediatamente se houver sujidades, saturado, ou se o mesmo estiver molhado. Curativo de dreno deve ser mantido limpo e seco.

6.3.3 Curativo de Colostomia

1. Reunir todo o material;

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade

2. Higienizar as mãos conforme POP CIHMAOS01, e proporcionar a privacidade do cliente;
3. Explicar o procedimento ao cliente;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Fazer tricotomia dos pelos adjacentes à ostomia, com tricotomizador, caso necessário;
6. Limpar com solução fisiológica 0,9% os pelos tricomizados e secar com gaze estéril;
7. Retirar cuidadosamente a bolsa antiga e descartá-la (Caso seja bolsa descartável);
8. Inspeccionar a pele em torno do estoma, e sua evaginação;
9. Limpar cuidadosamente o estoma e a pele periestomia com gaze estéril embebida com soro fisiológico 0,9%, sempre do local menos contaminado para o mais contaminado;
10. Secar com gaze estéril delicadamente a pele periestomia;
11. Em uso da Bolsa Descartável
 - Retirar a proteção do adesivo da bolsa;
 - Aplicar a bolsa descartável, deixando um pouco de ar na bolsa, para possibilitar que o material drenado caia no fundo da bolsa.
- 12 Em uso da Bolsa Permanente
 - Medir o estoma usando o quis de medição;
 - Traçar cuidadosamente o círculo apropriado no verso da barreira cutânea;
 - Cortar a abertura circular na barreira cutânea, corte as margens em bisel, para evitar que irrite o cliente;
 - Retire o forro da barreira cutânea e umedeça com soro fisiológico 0,9%;
 - Centre a barreira cutânea sobre o estoma com o lado adesivo para baixo e pressione suavemente contra a pele;
 - Pressionar suavemente a abertura da bolsa sobre o anel, até que trave no lugar;
 - Orientar ao cliente a ficar imóvel durante cinco minutos para melhor aderência;
 - Deixar um pouco de ar na bolsa, para possibilitar que o material drenado caia no fundo da bolsa;
 - Organizar o ambiente;
 - Realizar a higienização das mãos, conforme POPCIHMAOS01;
 - Realizar anotação do procedimento no prontuário (data, horário, aspecto da ostomia e pele, materiais utilizados e assinatura do profissional).

6.3.4 Curativo com Uso de Técnica Limpa

1. Organizar todo o material necessário;
2. Higienizar as mãos conforme POPCIHMAOS01;

Elaborado por: Samiria Reis Enfermeira SC IH	Aprovado por: Luciano Freitas Médico do SCIH	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
---	---	---



3. Orientar o procedimento ao paciente e posicioná-lo confortavelmente;
4. Calçar luvas de procedimento;
5. Retirar o curativo cuidadosamente evitando lesões na região peri ferida e dor;
6. Desprezar o curativo no lixo contaminado;
7. Trocar as luvas de procedimentos;
8. Avaliar o aspecto da lesão quanto à presença de secreção, odor, profundidade e extensão, presença de tecidos desvitalizados e sinais flogísticos;
9. Abrir todo o material com técnica estéril;
10. Realizar a limpeza da ferida utilizando SF 0,9% em jato e gaze estéril, no sentido do meio menos contaminado para o mais contaminado, com o objetivo de remoção de secreções e tecidos desvitalizados;
11. Secar a ferida com gaze estéril;
12. Ocluir a ferida com gaze estéril e micropore;
13. Identificar o curativo: nome do funcionário, data, horário;
14. Higienizar as mãos conforme POP CIHMAOS01;
15. Realizar anotação do procedimento no prontuário (data, horário, aspecto da lesão, materiais utilizados e assinatura do profissional).

7. NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA INCIDENTE

- Manter um sistema de notificação de eventos adversos (EA) em pacientes cirúrgicos e avaliação de suas causas;
- Notificar os EAs e suas causas ao Núcleo de Segurança do Paciente, exceto os infecciosos que deverá ser notificado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- Manter a atualização dos indicadores de EA no Hospital;
- Monitorar os indicadores de cirurgia segura.

8. INDICADORES

8.1 Taxa Geral de Infecção de Sítio Cirúrgico

A taxa geral de infecção de sítio cirúrgico indica todas as infecções ocorridas no mês independente do grau de contaminação do procedimento cirúrgico.

Numerador: Nº total de infecções de sítio cirúrgico relacionadas ao procedimento cirúrgico no mês

Denominador: Nº total de procedimentos cirúrgicos realizados do mês.

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade



Fundação Hospitalar de Montes Claros
Hospital Aroldo Tourinho

PROTOCOLO SEGURANÇA DO PACIENTE – PREVENÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Código: PSP – SÍTIO CIRÚRGICO

Elaboração: 19/01/2021

Revisão: **

Próxima Revisão: 19/01/2022

Cálculo:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de infecções de sítio cirúrgico relacionadas ao procedimento cirúrgico no mês}}{\text{N}^\circ \text{ total de procedimentos cirúrgicos realizados do mês}} * 100$$

8.2 Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico por Cirurgia Limpa

A taxa de infecção de sítio cirúrgico relacionada a cirurgias limpas indica todas as infecções de sítio cirúrgico ocorridas no mês com grau de contaminação considerado limpo.

Numerador: N° total de infecções de sítio cirúrgico em cirurgias limpas

Denominador: N° total de cirurgias limpas realizadas no mês

Cálculo:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de infecções de sítio cirúrgico em cirurgias limpas}}{\text{N}^\circ \text{ total de cirurgias limpas}} * 100$$

8.3 Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico por Especialidade

A taxa de infecção de sítio cirúrgico por especialidade indica todas as infecções ocorridas no mês de cada especialidade médica que realizou procedimentos cirúrgicos no mês.

Numerador: N° total de infecções de sítio cirúrgico da especialidade

Denominador: N° total de procedimentos cirúrgicos realizados pela especialidade no mês

Cálculo:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de infecções de sítio cirúrgico da especialidade}}{\text{N}^\circ \text{ total de procedimentos cirúrgicos realizados pela especialidade no mês}} * 100$$

9. RESPONSABILIDADE

Todos os profissionais de saúde envolvidos no ato cirúrgico.

10. REFERÊNCIAS

- FERRAZ, AAB. FERRAZ, EM. BACELAR, TS. Infecção em cirurgia. In: FERRAZ, EM. (ed.). Infecção da ferida cirúrgica. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.
- OLIVEIRA, Adriana Cristina. Infecções Hospitalares: Epidemiologia, Prevenção e Controle. Rio de Janeiro: Ed.

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade



Guanabara Koogan, 2005.

3. BRASIL; Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das mãos. Brasília – DF, 2009.

4. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar/ Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. Rotina para o Controle de Infecção de Sítio Cirúrgico. Abril, 2011. Disponível em: http://www.santacasago.org.br/rotinas/ccih_rotina_de_prevencao_de_infeccao_do_sitio_cirurgico.pdf.

5. COSTA, M.L.M; SCARPITTA, C.R.M; GRIBAUM, R.F.. Prevenção da Infecção de Sítio Cirúrgico. São Paulo: Associação Paulista de Estudo e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH), 1995.

6. MUSSI, N.M; OLIVEIRA, M.M.B.O.. Técnicas Fundamentais de Enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

7. POSSO, M.B.S. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 21.

8. POTTER, PA. Fundamentos da Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

9. SILVA, M.R.S; RODRIGUES, A.B. Semiotécnica: manual para assistência de enfermagem. 3ª ed. São Paulo: Iátria, 2007. p 102.

10. GANDIN, R.B.R. Manual de Normas e Rotinas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Santa Catarina, SC. 2012

11. LEITE AP., OLIVEIRA. B.G.B.R., Soares. MF, Barrocas DLR. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. Revista Gaúcha Enfermagem. 2012; 33 (3): 198-207.

12. Colostomia; Ileostomia e a Bolsa de colostomia: Hospital de Câncer de Barretos. Ensino e Pesquisa 2015.

13. EBSEH. Protocolo/Prevenção de Infecção Cirúrgica– Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar/ Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente do HC-UFTM, Uberaba, 2017. 13p

14. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017.

11. HISTÓRICOS DE ALTERAÇÕES

Nº da Revisão	Alterações Realizadas
---------------	-----------------------

Elaborado por:

Samiria Reis
Enfermeira SC IH

Aprovado por:

Luciano Freitas
Médico do SCIH

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade