FATORES PREDISPOANTES DE INFECÇÃO EM SÍTIO CIRÚRGICO E AS PRÁTICAS SEGURAS PARA PREVENÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA ¹

Elizélia de Siqueira Silva ²

Cristiana da Costa Luciano ³

RESUMO:

Procedimentos cirúrgicos são realizados diariamente em todo o Mundo, podendo os pacientes estarem sujeitos a imprevistos adversos, assim como um processo infeccioso. O objetivo do estudo é identificar evidências científicas acerca de práticas seguras na prevenção de infecção de sítio cirúrgico (ISC). Realizou-se uma revisão integrativa da literatura dos estudos primários disponibilizados na base de dados de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com os descritores em ciências da saúde (DECS); Enfermagem Cirúrgica, Infecção Hospitalar, Procedimento Cirúrgico, Antibioticoprofilaxia e Clorexidina. Os artigos abordados nos resultados são de publicações referente aos anos de 2011 a 2014, conforme critérios de inclusão e exclusão. Os resultados obtidos após a análise evidenciaram que os preditores determinantes da infecção de sítio cirúrgico (ISC) em pacientes operados são de fatores intrínsecos e extrínsecos tais como extremos de idade, estado nutricional, diabetes, tabagismo, obesidade, infecções pré-existent, colonização com micro-organismos, alterações na resposta imune e tempo de hospitalização, assim como inadequada utilização de técnicas assépticas por parte dos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico (CC). Conclui-se que é de suma importância que o profissional Enfermeiro de Centro Cirúrgico atue com estratégias para a implementação das práticas seguras para evitar as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC).

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Cirúrgica, Infecção Hospitalar, Procedimento Cirúrgico, Antibioticoprofilaxia e Clorexidina

ABSTRACT:

Surgical procedures are performed daily around the world, and patients may be subject to adverse events, as well as an infectious process. The objective of our study was to identify scientific evidence about safe practices in the prevention of surgical site infection. We carried out an integrative review of the literature of the primary studies available in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences database (LILACS) with descriptors in health sciences, Surgical Nursing,

¹ Artigo Científico apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), da Faculdade Unida de Campinas - (FacUnicamps), como requisito para a conclusão do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem.

² Acadêmica do 10º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Unida de Campinas - (FacUnicamps), E-mail: lizelia123@hotmail.com

³ Enfermeira, Professora Orientadora do TCC, Mestre em Genética pela Universidade Pontifícia de Goiás (PUC/GO), Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: crisgenetica@gmail.com

Hospital Infection, Surgical Procedure, Antibiotic prophylaxis and Chlorhexidine. The articles addressed in the results are from publications referring to the years 2011 to 2014, according to our inclusion and exclusion criteria. The results obtained after the analysis showed that the predictors of surgical site infection (SSI) in operated patients are intrinsic and extrinsic factors such as age, nutritional status, diabetes, smoking, obesity, preexisting infections, colonization with microorganisms, changes in the immune response and hospitalization time, as well as inadequate use of aseptic techniques by the professionals who work in the Surgical Center (SC). We conclude that it is of the utmost importance that the nurse practitioner of Surgical Center acts with strategies for the implementation of safe practices to avoid SSI.

KEY-WORDS: *Surgical Nursing, Hospital Infection, surgery, antibiotic prophylaxis and Chlorhexidine*

1 INTRODUÇÃO

Eventos adversos são complicações não intencionais que ocorrem frequentemente em pacientes operados, tais como as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), que são decorrentes de procedimentos os quais podem ser colonizados por micro-organismos (AVILA *et al.*, 2011).

Para Lins *et al* (2012) as IRAS são adquiridas após a admissão do paciente, sendo manifestadas durante a internação ou após a alta, relacionadas com a internação ou procedimentos intra-hospitalares. A ocorrência dessas infecções tem sido reconhecida mundialmente como grave problema de saúde pública, sendo a principal causa de iatrogenia no indivíduo hospitalizado e submetido a intervenções invasivas.

Diante a esta problemática podemos citar as infecções de sítio cirúrgico (ISC) como uma das principais topografias das IRAS, ocupando a terceira posição dentre as infecções nos serviços de saúde e compreende de 14 a 16% das infecções em pacientes hospitalizados. Sendo o diagnóstico de ISC realizado por meio da observação de alguns fatores, como: o surgimento da infecção em até 30 dias após o procedimento cirúrgico, ou, em casos de implantes de órtese e prótese, em até um ano após a cirurgia (BRASIL, 1998; FUSCO *et al.*, 2015).

Sendo assim, podemos citar alguns fatores de risco que predisõem as ISC, como a contaminação no perioperatório, devido à exposição e manipulação de tecidos, favorecendo a entrada de micro-organismo no sítio cirúrgico de forma

exógena. Outros fatores podem desenvolver ISC, de forma endógena tais como: extremos de idade e doenças de base (SILVA; BARBOSA, 2012; ANVISA, 2013).

Para a prevenção e controle das ISC, medidas preventivas devem ser adotadas, tais como higienização das mãos, o uso de luvas para redução de micro-organismos, bem como a troca de luvas durante a realização de procedimentos entre um paciente e outro, e o uso de aventais e máscaras (GARCIA *et al.*, 2013).

Frente ao exposto justifica-se essa revisão integrativa pela necessidade de descrição de práticas seguras que devem ser abordadas no período perioperatório com intuito de minimizar as ISC. Sendo de suma importância que os trabalhadores da área da saúde (TAS) atue com estratégias para a implementação das práticas seguras para evitar as ISC.

Contudo, levanta-se a seguinte problemática: Quais são as práticas seguras necessárias para eliminação de falhas causadoras de ISC? Acredita-se que muitas práticas são conhecidas, porém não são executadas com frequência.

2 OBJETIVO

Identificar evidências científicas acerca de práticas seguras para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Souza *et al* (2015), a ISC é definida pela presença de secreção purulenta na incisão cirúrgica, classificando-se com o surgimento dos critérios em 30 dias após a cirurgia ou quando utilizado órtese ou prótese em até um ano. As ISCs podem aumentar as taxas de morbimortalidade, tempo de internação, custos e/ou até mesmo submissão a novo procedimento cirúrgico.

Para que seja estabelecida as classificações das cirurgias com cautela é necessário realizar topografia analisando as camadas atingidas, podendo ser superficial, profunda ou de órgãos e cavidades (GARCIA *et al.*, 2013; ANVISA, 2013).

De acordo com a classificação denominada a ISC, pode-se observar na figura 01, as camadas atingidas, sendo superficial acometida o tecido subcutâneo; profunda as partes moles e de órgãos e cavidades quando atinge as vísceras em grande proporção (ANVISA, 2013).

Figura 01: Classificação de ISC por meio de Topografia

Fonte: <https://www.google.com.br/Infecção-de-Sítio-Cirúrgico>

Portanto, a atuação dos TAS que lidam no processo cirúrgico é constituída de atividades específicas de grande responsabilidade, de forma a favorecer o sucesso aos procedimentos cirúrgicos, envolvendo o gerenciamento e à assistência. Com isso, de acordo com a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), a equipe que atua no centro cirúrgico (CC) deve adotar condutas e medidas preventivas que aborde a ISC de forma a desenvolver planos de cuidados individualizados (SOBECC, 2013; CAMPOS *et al.*, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) visando essas condutas preventivas de ISC implantou a campanha de segurança do paciente em 2007, para prevenir de certa forma as complicações indesejáveis inerentes aos pacientes cirúrgicos (OMS, 2009; ANVISA, 2013).

O desafio global para a segurança do paciente objetiva melhorar os resultados cirúrgicos para todos os pacientes, conforme especificado no **(QUADRO 01)** (OMS, 2009).

Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica	
1º	A equipe operará o paciente certo e o sítio cirúrgico certo.
2º	A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
3º	A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
4º	A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
5º	A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
6º	A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico.
7º	A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas.
8º	A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
9º	A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
10º	Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Quadro 01: Objetivos destinados a segurança cirúrgica, conforme a OMS.

Fonte: OMS, 2009. Modificado e adaptado (15/11/2016)

Portanto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) juntamente com a OMS definiu as medidas de controle de ISC para segurança do paciente, sendo elas: tempo de internação pré-operatória (<72hs), controle de doenças crônicas e tratamento de infecções, antibioticoprofilaxia uma hora antes da incisão cirúrgica, banho com digluconato de clorexidina degermante 2%, tricotomia e preparo da pele com antissépticos; sendo no intra-operatório os cuidados com a paramentação e técnica cirúrgica, uso de drenos, material esterilizado, manter porta da sala fechada e número de pessoal reduzido; já no pós-operatório os cuidados são voltados para os curativos e incisão cirúrgica (ANVISA, 2013).

Frente as medidas preventivas mencionadas acima podemos destacar o uso dos produtos antissépticos recomendados nas cirurgias eletivas, independente do porte, para a realização do banho antes do encaminhamento do paciente para CC, sendo mencionado pela ANVISA que seja realizado duas horas antes do

procedimento cirúrgico com digluconato de clorexidina degermante 2% (SENA *et al.*, 2013; ANVISA, 2013).

A ANVISA faz uma diferenciação do banho no pré-operatório relacionado ao grau de dependência dos pacientes cirúrgicos, analisando assim, a necessidade de banho no leito ou de aspersão (**QUADRO 02**) (ANVISA, 2013).

Cirurgia	Antisséptico	Grau de Dependência	Horário
Cirurgia com implantes/próteses e de grande porte	Digluconato de clorexidina degermante 2%	Se acamado: banho no leito. Se deambula: banho de aspersão	Banho (corpo total): 2 horas antes do procedimento cirúrgico
Cirurgia eletiva, Independentemente do porte	Digluconato de clorexidina degermante 2%	Se acamado: banho no leito Se deambula: banho de aspersão	Banho (corpo total): antes do encaminhamento ao Centro Cirúrgico
Outras cirurgias	Sabonete neutro	Se acamado: banho no leito Se deambula: banho de aspersão	Horário padrão da instituição

Quadro 02: Classificação dos Procedimentos/Banho.

Fonte: (ANVISA, 2013). Adaptado e modificado (15/11/2016).

Em relação a degermação das mãos da equipe cirúrgica, objetiva-se eliminar a microbiota transitória e reduzir as residentes nas mãos e antebraços dos TAS que participam das cirurgias; seguindo o passo a passo das publicações da ANVISA. A degermação das mãos deve ser realizada antes da paramentação cirúrgica, com espojas de cerdas macias e impregnada ou não com antisséptico a base de iodo ou clorexidina na apresentação degermante com duração de 3 a 5 minutos (ANVISA, 2013).

Além da degermação das mãos, outra medida preventiva da ISC é a tricotomia do paciente cirúrgico no pré-operatório visando remoção de pelos do local a ser operado com uso de tricotomizadores elétricos. A escolha pela tricotomia vai depender da quantidade de pelos, local da incisão, tipo de procedimento e da preferência do cirurgião, e pode ser realizado dentro do CC, mas de preferência fora da sala operatória, pois a dispersão dos pelos tem potencial de contaminar o sítio cirúrgico e o campo estéril (ANVISA 2013; SENA *et al.*, 2013).

Para Lins *et al* (2012) o tempo de internação também é um dificultador referente a prevenção de ISC apresentando relação direta e proporcional com aumento da mortalidade em pacientes com diagnóstico de ISC, sendo que quanto mais longa a internação antes da cirurgia, maior será a incidência de infecção.

Segundo Pires *et al* (2012) além das condutas preventivas abordadas, a profilaxia antimicrobiana tem como objetivo reduzir a incidência de ISC no período perioperatório sendo fator adjuvante, mas deve-se ter indicação apropriada para o uso de antimicrobianos, uma vez que as infecções pós-operatórias são causadas geralmente pela microbiota do paciente.

Os TAS são essenciais na prevenção e controle das infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS) e ISC, pois desempenham funções de contato direto com os pacientes, além disso, o profissional enfermeiro é reconhecido como um membro de destaque na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com condutas impar na melhoria da assistência e na segurança ao paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico (BATISTA *et al.*, 2012).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo realizado por meio de revisão integrativa, sendo um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular. Esse método objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já constituído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados anteriormente (BOTELHO *et al.*, 2011).

A revisão integrativa é composta por seis etapas: 1º - identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2º - estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3º - definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4º - avaliação dos estudos incluídos; 5º - interpretação dos resultados; 6º - apresentação da revisão/síntese do conhecimento (ERCOLE *et al.*, 2014).

Realizou-se buscas na base de dados de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores de assuntos

Enfermagem Cirúrgica, Infecção Hospitalar, Procedimento Cirúrgico, Antibioticoprofilaxia e Clorexidina, de acordo com o DeCs (Descritores Ciências da Saúde), sendo analisados de forma isolada.

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos publicados em Português, abordados durante os anos de 2011 a 2014 e textos disponíveis na íntegra. Como critérios de exclusões foram abordadas publicações em outros idiomas, teses, dissertações, livros, em outras bases de dados e/ou que não responderam aos objetivos do estudo.

A busca pelos artigos ocorreu durante os meses de Abril e Maio de 2016, em que foi realizado primeiramente a leitura dos títulos, objetivos e conclusões dos materiais encontrados, realizando-se assim, a seleção dos trabalhos que continham informações que respondiam à temática do estudo. Após essa fase, realizou-se a análise completa de cada artigo pré-selecionado por meio da leitura e a categorização dos artigos de acordo com as temáticas abordadas.

Os dados analisados foram extraídos de forma descritiva, permitindo-se mensurar as evidências, identificando assim, os questionamentos acerca da temática, inclusive a necessidade de estudos futuros que ofereçam bases para os profissionais da área da saúde enfermeiros atuarem frente aos fatores de risco predisponentes para ISC e das práticas preventivas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultou-se as evidências científicas com 10 artigos, em que dois (20%) foram publicados em 2011, um (10%) em 2012, quatro (40%) em 2013 e três (30%) no ano de 2014, conforme **(GRÁFICO 01)** representado na página 10.

Quanto à abordagem da pesquisa, seis (60%) são de abordagem quantitativa e quatro (40%) de abordagem qualitativa. Os artigos foram categorizados, analisados e separados de acordo com os assuntos relacionados à temática do estudo.

GRÁFICO 01: Artigos categorizados conforme ano de publicação/LILACS.

Após a leitura e síntese, foi possível classificá-los e agrupá-los, sendo sete (70%) artigos na temática de fatores predisponentes de infecção de ISC, três (30%) para as práticas seguras para prevenção de ISC, conforme **(GRÁFICO 02)**.

GRÁFICO 02: Temáticas Categorizadas em temáticas por meio dos artigos analisados.

O **QUADRO 03** apresenta os artigos divididos em suas temáticas, que foram incluídos de acordo com os critérios de semelhanças dos estudos abordados.

Quadro 03: Planilha utilizada para seleção dos artigos e evidências científicas.

Nº	Nome do Artigo	Autor/ Ano	DeCs	Objetivo	Evidências científicas
Temática 01 - Fatores Predisponentes de Infecção de Sítio Cirúrgico					
01	Ocorrência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas	Ribeiro <i>et al.</i> , 2013	Enfermagem Cirúrgica	Analisar a ocorrência e os fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas.	Evidenciou-se a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia ortopédica com diagnósticos no pós-alta hospitalar, reforçando a necessidade da vigilância.
02	Revisão sistemática sobre antisepsia cirúrgica das mãos com preparação alcoólica em comparação aos produtos tradicionais	Gonçalves <i>et al.</i> , 2011	Enfermagem Cirúrgica	Comparar a eficácia das preparações alcoólicas com os produtos tradicionais na antisepsia cirúrgica das mãos.	As preparações alcoólicas tiveram uma redução microbiana igual e/ou maior aos produtos tradicionais; evidenciando que as taxas de infecções do sítio cirúrgico foram similares.
03	Vigilância de infecção de sítio cirúrgico no pós-alta Hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora.	Sasaki <i>et al.</i> , 2011	Infecção Hospitalar	Identificar sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico no pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora.	Ressalta-se a necessidade de implementar um método de vigilância no período cirúrgico focalizado no pós-alta hospitalar.
04	Avaliação de pacientes quanto à infecção de sítio cirúrgico, em um hospital Público de Belém-PA.	Rodrigues <i>et al.</i> , 2014	Infecção Hospitalar	Descrever o perfil clínico-epidemiológico; identificar eventuais fatores de risco; e avaliar sua relação com o escore de risco NNIS.	Comportaram-se como fator de risco: o tabagismo, imunossupressão, o índice ASA e o potencial de contaminação do procedimento cirúrgico.

05	Análise da incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias oncológicas do aparelho digestivo no Hospital Geral de Fortaleza.	Feitosa <i>et al.</i> , 2014	Procedimento Cirúrgico	Analisar pacientes submetidos à cirurgia oncológica do aparelho digestivo quanto ao aparecimento ISC e sugerir medidas de prevenção.	Os fatores de risco apontados neste estudo descrevem indivíduos com maior risco de ISC, nos quais os protocolos de prevenção devem ser aplicados rigorosamente.
06	Fatores relacionados a infecções de sítio cirúrgico após procedimento obstétrico.	Petter <i>et al.</i> , 2013	Antibiótico Profilaxia	Descrever características e fatores de risco presentes em puérperas que tiveram infecção de sítio cirúrgico.	Os índices de infecção de sítio cirúrgico pós-parto, e as características das pacientes são fatores de risco presentes.
07	Incidência de infecção do sítio cirúrgico com o preparo pré-operatório utilizando iodopolividona 10% hidroalcoólica e clorexidina alcoólica 0,5%	Rodrigues; Simões, 2013	Clorexidina	Analisar a incidência de infecção do sítio cirúrgico quando o preparo pré-operatório da pele foi realizado com iodopolividona 10% em solução hidroalcoólica e clorexidina 0,5% alcoólica	A incidência de ISC em operações cujo preparo da pele foi com iodopolividona 10% em solução hidroalcoólica e clorexidina 0,5% alcoólica foram semelhantes.
Temática 02 – Práticas Seguras para Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico					
08	Análise da profilaxia antimicrobiana para a prevenção da infecção do sítio cirúrgico em um hospital do centro-oeste brasileiro	Gebrim <i>et al.</i> , 2014	Enfermagem Cirúrgica	Este estudo objetiva analisar a profilaxia antimicrobiana no perioperatório de cirurgias limpas, em um hospital universitário do Centro-Oeste brasileiro.	A taxa de ISC foi de 10%, e o <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à Meticilina predominante, sendo necessário cautela quanto à profilaxia antimicrobiana.
09	Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura	Rennó; Santos, 2013	Infecção Hospitalar	Identificar quais são os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico.	Concluiu-se que a SAEP, utilizada na prática da enfermagem, permite ao enfermeiro qualificar a assistência prestada.
10	Infecção de Sítio Cirúrgico na criança e no adolescente	Martins <i>et al.</i> , 2012	Infecção Hospitalar	Analisar o índice de ISC em Pediatria, e a magnitude do problema a ser dimensionado.	Evidenciou-se que a adesão aos <i>guidelines</i> para prevenção de ISC, pode reduzir significativamente a sua incidência e custos relacionados.

TEMÁTICA 01: FATORES PREDISPOANTES DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Nessa temática iremos abordar a importância do conhecimento acerca dos fatores predisponentes e práticas seguras para evitar ou minimizar ISC, pelos profissionais Enfermeiros de CC por se tratar de um ambiente crítico.

Conseguimos evidenciar em uma pesquisa que analisava a ocorrência e fatores de risco para infecção em cirurgias ortopédicas, que 93 pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas eletivas e limpas, 16 (17,2%) desenvolveram ISC, sendo a duração com maior tempo da anestesia o grupo com maior índice de desenvolvimento ISC (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Outro foco importante foi sobre a degermação das mãos, em que dose estudos (60%) analisaram o efeito imediato e residual dos produtos, cinco (25%) analisaram somente o efeito imediato, três (15%) somente efeito residual, oito (40%) efeito cumulativo e quatro (20%) não utilizaram amostras antissépticas. Os resultados comprovaram que não há diferença significativa entre preparações alcoólicas e os outros produtos utilizados, entretanto, o estudo mostrou que o álcool sozinho não apresenta eficácia antimicrobiana (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Encontramos outro artigo que aborda a vigilância de ISC no pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora com intuito de identificar sinais e sintomas de ISC pós-alta, sendo 90% das cirurgias de revascularização do miocárdio e 10% plastia de valvas. Os autores evidenciaram as dificuldades dos profissionais em realizar diagnósticos por meio de notificação ou telefone, podendo levar a incidência de ISC ser sub ou hipernotificada (SASAKI *et al.*, 2011).

O perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com ISC submetidos em procedimentos cirúrgicos gerais, foi abordado na pesquisa de Rodrigues *et al* (2014) com incidência no sexo masculino, em que os fatores relevantes para desenvolvimento de ISC são: a hipertensão com 5,7%, diabetes mellitos 18,8%, obesidades 17,6%, tabagismo 23,7%, imunossupressão, tempo de internação, potencial de contaminação e a duração da cirurgia, todos estes elevam a taxa de incidência de ISC, e corroboram com estes dados o artigo de Feitosa *et al* (2014) apresentando as mesmas incidências de ISC além de focar a presença em pacientes com idade maior que 50 anos.

Em pesquisa que foram analisados prontuários de pacientes com diagnósticos de ISC que se submeteram a parto vaginal (1,01%) e cirurgias de cesarianas (1,53%) evidenciou-se que fatores socioeconômicos associados a outras comorbidades desencadeiam situações favoráveis ao desenvolvimento de ISC (PETTER *et al.*, 2013). Outro ponto importante evidenciado no estudo de Rodrigues e Simões (2013) foram as ISC decorrentes de inadequado preparo da pele do paciente no pré-operatório e das preparações alcoólicas.

Em todos os estudos apresentados nessa temática pode-se observar diversas fontes desencadeadoras da ISC, associado a idade, tipos de cirurgias, uso inadequado das preparações alcoólicas, e diversas comorbidades associadas, tornando os pacientes cirúrgicos mais susceptíveis ao desenvolvimento de infecções.

TEMÁTICA 02 – PRÁTICAS SEGURAS PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

A temática aborda as práticas seguras para prevenção de ISC, sendo o acometimento mais encontrado no pós-operatório, ressaltando a importância de capacitação, habilidades, conhecimentos científicos por parte do Profissional Enfermeiro de CC, pois ele é quem está à frente da equipe, e os resultados na execução das práticas no processo operatório dependerão das condutas realizadas adequadamente.

Frente a isto, no estudo realizado por Gebrim *et al* (2014) em que analisou a profilaxia antimicrobiana (PATM), foram revisados prontuários de pacientes submetidos a cirurgias limpas, sendo em maioria do sexo feminino, a PATM foi realizada em 86,6% dos pacientes, e o antibiótico uma hora antes da incisão da pele em (75,1%); evidenciando que o uso adequado de PATM previne ISC, entretanto, sua eficácia depende de fatores essenciais como o início da profilaxia, tempo de duração da cirurgia e a necessidade de repetição no intra-operatória.

A qualidade da assistência de enfermagem é de grande importância no âmbito do CC. Tornando necessário a criação de indicadores que avaliam a qualidade na assistência, sendo a Sistematização da assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) um indicador de qualidade da assistência prestada em CC,

pois, viabiliza o monitoramento da evolução do paciente e a detecção precoce de possíveis falhas na assistência (RENNÓ; SANTOS, 2013).

No estudo de Martins *et al* (2012) que analisou a incidência de ISC em pediatria identificou-se que (17%) das IRAS eram decorrentes de cirurgias, e que a adesão dos *guidelines* é fator significativo na prevenção de ISC, com incidência de 0,5% em cirurgias limpas, e menos de 2% em cirurgias altamente contaminadas. Tornado os *guidelines* fator importante na prevenção de ISC no pré-operatório, perioperatório e pós-operatório, podendo diminuir em até 50% os custos hospitalares.

Para que seja aplicada medidas de prevenção de ISC, e que tenhamos sucesso, vários fatores devem ser vinculados e seguidos pelos profissionais de enfermagem juntamente com a equipe médica e o paciente. Sendo que, para que essas medidas sejam realizadas corretamente, é necessário que decisões tomadas, associem conhecimentos teórico-científicos, levando em consideração que a eficácia do procedimento cirúrgico também dependerá de suas condutas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ISC são complicações decorrentes da incisão de um sítio, a qual depende de um diagnóstico imediato obtido por meio da avaliação das condições clínicas do paciente. Sendo necessário que o TAS tenha: consciência, habilidades e conhecimentos teóricos, práticos e científicos para saber identificar e prevenir possíveis fatores predisponentes e disseminadores que possam vir a desencadear uma ISC.

O estudo mostrou que ainda há resistência por parte dos TAS, quanto a adesão das práticas e técnicas seguras para prevenção de ISC na assistência prestada aos pacientes nos períodos: pré-operatório, perioperatório e pós-operatório, tornando necessária a conscientização da importância da implementação de práticas seguras na prevenção das infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS).

Podemos ressaltar a importância de pesquisas futuras com o intuito de prevenir ou minimizar as causas predisponentes de ISC, fornecendo subsídios para o planejamento da assistência envolvendo a equipe multidisciplinar, o paciente e

familiares, trazendo elementos específicos desses grupos para otimizar as práticas seguras durante o procedimento anestésico-cirúrgico.

REFERÊNCIAS

AVILA, C. E. F. de *et al.* Relato de caso: Infecção de Sítio Cirúrgico após Cirurgia de Whipple. Com. **Ciências Saúde**. 2010;20(3):253-260, 2011.

BATISTA, T. F.; RODRIGUES, M. C. S. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico pós-alta hospitalar em hospital de ensino do Distrito Federal, Brasil: estudo descritivo retrospectivo no período 2005-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, 21(2):253-264, abr-jun 2012.

BATISTA, O. M. A *et al.* Representações Sociais De Enfermeiras Sobre A Infecção Hospitalar: Implicações Para o Cuidar Prevencionista. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, out/dez; 20(4):500-6. 2012.

BARRETO, R. A. S. S *et al.* A antisepsia cirúrgica das mãos no cotidiano de um Centro Cirúrgico. **Revista Saúde (SANTA MARIA)** -2/2012, Vol. 38, No.2, Jul. /Dez. 2012.

BARBOSA, M. H.; SILVA, Q. C. G. Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca. **Acta Paul Enferm.** 25(Número Especial 2):89-95; 2012.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão E Sociedade** · Belo Horizonte, V. 5. Nº 11 · P. 121-136 · Maio/Ago · ISSN 1980-5756 · www.ges.face.ufmg.br, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. OMS, Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: **cirurgias seguras salvam vidas**. Geneva, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS 2.616 / 98**, que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição a Portaria MS 930 / 92. Disponível em: <http://www.ccih.med.br/portaria2616.html>. Acesso em: 22 de setembro. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde, 2013. Disponível em:<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acessado em: 10 de Jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, 2013.

CAMPOS, J. A. R *et al.* Produção Científica da Enfermagem de Centro Cirúrgico de 2003 a 2013. **REV. SOBECC**, São Paulo. Abr./Jun., 20(2): 81-95, 2015.

CUNHA, M. B *et al.* Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital público sobre a prática de curativo. **R. Interd.** v. 8, n. 1, p. 83-90, jan. Fev. Mar. 2015.

COSTA, T. C.; LORENZINI, E.; SILVA, E. F. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Gaúcha Enferm.** 34(4):107-113, 2013.

Disponível em:< <https://www.google.com.br/Infecção-de-Sítio-Cirúrgico>.
Classificação de ISC por meio de Topografia>. Acessado em: 12 jun. 2016.

ERCOLE, F. F; ALCOFORADO, C. L. G. C.; MELO, L. S. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **REME Rev Min Enferm**, jan/mar; 18(1): 1-260, 2014.

FEITOSA, R. G. F *et al.* Análise da incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias oncológicas do aparelho digestivo no Hospital Geral de Fortaleza. **Medicina (Ribeirão Preto)**. 47(2):157-64, 2014.

FUSCO, S. de F. B *et al.* Infecção de sítio cirúrgico e seus fatores de risco em cirurgias de cólon. **Rev Esc Enferm USP** · 2016;50(1):43-49. 2015.

GARCIA, L. M *et al.* Perfil epidemiológico das infecções hospitalares por bactérias multidroga-resistentes em um hospital do norte de Minas Gerais. **Rev Epidemiol Control Infect.** 3(2):45-49, 2013.

GEBRIM, C. F. L *et al.* Análise da Profilaxia Antimicrobiana Para a Prevenção da Infecção do Sítio Cirúrgico em um Hospital do Centro-Oeste Brasileiro. **Ciencia Y Enfermeria XX.** (2): 103-115, 2014.

GONÇALVES, K. J.; GRAZIANO, K. U.; KAWAGOE, J. Y. Revisão sistemática sobre antisepsia cirúrgica das mãos com preparação alcoólica em comparação aos produtos tradicionais. **Rev Esc Enferm USP.** 46(6):1484-93, 2012.

LINS, A. C.; DAMIAN, M. M.; PONTES, G. O. Infecções Hospitalares em pacientes submetidos à Clipping de Aneurisma internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Getúlio Vargas na Cidade de Manaus-AM. **J Bras Neurocirurg** 23 (4): 281-287, 2012.

MARTINS, M. A *et al.* Infecções de sítio cirúrgico na criança e no adolescente. **Rev Med Minas Gerais.** 22(3): 308-314, 2012.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: **Manual: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PIRES, M. R *et al.* Avaliação do uso de cefazolina como profilaxia antibiótica em procedimentos cirúrgicos. **Revista HCPA.** 32(1):18-23, 2012.

PETTER, C. E *et al.* Fatores relacionados a infecções de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. **Scientia Medica** (Porto Alegre); v. 23, nº 1, p. 28-33, 2013.

RENNÓ, C. S. N.; SANTOS, M. C. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **RAS _ Vol. 15, Nº 58** – Jan-Mar, 2013.

RIBEIRO, J. C *et al.* Ocorrência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas. **Acta Paul Enferm.** 26(4):353-9, 2013.

RODRIGUES, A. L. de S *et al.* Avaliação de pacientes quanto à infecção de sítio cirúrgico, em um hospital Público de Belém-PA. **Revista Paraense de Medicina** - V.28 (1), p. 23-30, janeiro-março 2014.

RODRIGUES, A. L.; SIMÕES, M. L. P. B. Incidência de infecção do sítio cirúrgico com o preparo pré-operatório utilizando iodopolividona 10% hidroalcoólica e clorexidina alcoólica 0,5%. **Rev. Col. Bras. Cir.** 40(6): 443-448, 2013.

SASAKI, V. D. M *et al.* Vigilância de infecção de sítio cirúrgico no pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; 20(2): 328-32, 2011.

SENA, A. C.; MAIA, A. R. C. R.; NASCIMENTO, E. R. P. Prática do Enfermeiro no Cuidado ao Paciente no Pré-Operatório Imediato de Cirurgia Eletiva. **Rev Gaúcha Enferm.** 34(3):132-137, 2013.

SILVA, Q. C. G.; BARBOSA, M. H. Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca. **Acta Paul Enferm.** 25(Número Especial 2):89-95, 2012.

SOUZA, D. A. de *et al.* Implicações monetárias das Infecções de Sítio Cirúrgico aos Serviços de Saúde: uma revisão integrativa. **Rev Epidemiol Control Infect.** 5(3):163-167, 2015.

SOBECC, Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas recomendadas da SOBECC**. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2013.