

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

A **infecção do local cirúrgico** é uma infecção que ocorre nos primeiros **30 dias após** cirurgia sem colocação de prótese ou **90 dias após** cirurgia com colocação de prótese e está relacionada com o procedimento cirúrgico.

A ILC pode ser classificada como infecção incisional superficial, incisional profunda ou de órgão/cavidade ou espaço, de acordo com as estruturas atingidas pela infecção (**Anexo I**).

De acordo com a DGS, a ILC é uma das Infecções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes, e estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidências e de “feixes de intervenções”.

O presente documento orienta a atuação dos profissionais do serviço de cirurgia e Bloco Operatório respeitando as diretrizes estabelecidas pelas normas N.º 20/2015 e N.º 24/2013.

ETAPAS

1 PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

Os profissionais prestadores de cuidados de Saúde na Cirurgia e Bloco Operatório, deverão registar em documentos próprios a validação dos critérios da Prevenção da ILC, respeitando as diretrizes estabelecidas pela norma DGS N.º 24/2013.

A – PREPARAÇÃO DO DOENTE

1. Consulta de enfermagem pré-operatória

Na consulta de enfermagem pré-operatória o enfermeiro efetua um ensino adequado de modo a garantir:

- a) Banho pré-operatório com clorohexidina, entrega o folheto SCMVV.277 e explica:
 - i. Técnica adequada e os momentos para a sua realização (véspera e dia da cirurgia)
 - ii. Importância da **realização do banho** incluindo o couro cabeludo e a higiene adequada das unhas.
 - iii. Necessidade de **aquisição da esponja impregnada com clorohexidina 2-4% de base alcoólica** e indicações para a sua utilização
- b) Tricotomia quando necessária, que poderá ser efetuada pelo próprio doente:
 - i. No dia anterior à cirurgia, com máquina de corte, de modo a lesar o menos possível a barreira protetora que a pele constitui.
- c) Cuidados de higiene e de penso após o ato cirúrgico, sinais e sintomas de alerta de infecção, entre outras.

O doente deverá confirmar receção e compreensão de informação no impresso **SCMVV.553**.

2. Banho pré-cirúrgico

O banho pré-cirúrgico deve ser realizado em 2 momentos:

- a) Na véspera da cirurgia à noite: o banho é realizado no domicílio e o doente deverá vestir um pijama limpo.
- b) No dia do procedimento: na admissão o doente será encaminhado para o quarto, onde realizará o 2º banho até um máximo de 2 horas antes do procedimento.

O ensino e vigilância de todo o processo da higiene pré-operatória do doente deve ser uma prioridade.

3. Tricotomia

Não há indicação para a realização de tricotomia de uma forma generalizada, devendo a mesma ser efetuada apenas quando estritamente necessária e efetuada o mais perto possível do ato cirúrgico.

Quando a tricotomia não é realizada pelo doente no domicílio, o cirurgião/enfermeiro responsável pela preparação pré-cirúrgica do doente, realiza a tricotomia, considerando os seguintes princípios (Norma DGS 020/2015):

ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Este procedimento define as medidas implementadas para prevenção da infecção do local cirúrgico e deve ser seguido por médicos e enfermeiros do Bloco Operatório e Cirurgia.


ELABORADO POR:
GCL-PPCIRA


(Maria Manuel Soares)

APROVADO POR:
Comissão Risco Utente


(Elisabete Sousa)

HOMOLOGADO POR:
Direção Clínica


(António D. Gomes)

- Em área o menos extenso possível.
- **Imediatamente antes da cirurgia**, de preferência, já no interior do bloco operatório.
- Com utilização de uma **máquina elétrica** que corte o pelo, sem lesar a pele, e nunca com lâmina.

4. Antibioterapia pré-operatória -profilaxia

A antibioterapia profilática deve ser efetuada de acordo com a **IDT.165 – Profilaxia Antibiótica Geral**, em conformidade com as diretrizes da Norma 031/2013 – *Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*.

Sempre que o cirurgião entender que o **antibiótico a utilizar deverá ser outro que não o protocolado**, terá de justificar no processo clínico o motivo de alteração e novo antibiótico prescrito (dosagem e tempo de tratamento).

5. Preparação da área da incisão cirúrgica

A área da incisão cirúrgica deverá estar livre de contaminação visível antes da desinfeção antisséptica cirúrgica. Deve ser realizada uma lavagem e limpeza prévias da área a desinfetar. Este procedimento deve ultrapassar os limites da área a desinfetar.

6. Outras recomendações

- **Infeções ativas** – devem ser identificadas e tratadas todas as infeções ativas antes do procedimento cirúrgico.
- **Transfusões** – não devem ser limitadas as transfusões com o intuito de prevenir a Infeção do local cirúrgico.
- **Doentes diabéticos** – devem estar controlados os níveis de glicemia nos doentes diabéticos.
- **Doentes fumadores** – controlar o tabagismo nos 30 dias anteriores à intervenção.

B – PREPARAÇÃO DA EQUIPA CIRÚRGICA

1. Antissepsia das mãos/antebraços da equipa cirúrgica (IDT.213)

- 1- Manter as unhas curtas, limpas, sem verniz ou adereços artificiais.
- 2- Escovar as unhas apenas antes da primeira intervenção do dia.
- 3- Não usar adornos durante a cirurgia (anéis, pulseiras, entre outros).
- 4- Proceder à desinfeção cirúrgica das mãos com a solução antisséptica de base alcoólica (ter em conta tempo de contacto recomendado), incidindo nas mãos e antebraços até aos cotovelos:
 - a. Após a desinfeção manter os cotovelos em flexão e as mãos afastadas do corpo, de modo a que a solução escorra em direção aos cotovelos.
 - b. No caso de utilizar solução antisséptica aquosa, secar as mãos e antebraços com toalhete estéril (um para cada membro)
- 5- Vestir bata e calçar luvas estéreis.

2. Profissionais:

- a) Sempre que possível, **não deverá integrar na equipa médico-cirúrgica** que participa no procedimento **todo o elemento que apresente infeções** respiratórias e da pele, visto representar um possível reservatório de agentes infecciosos e, conseqüentemente, risco acrescido para o doente.
- b) Sempre que um profissional de Saúde apresente **lesões cutâneas exsudativas** deverão ser realizadas culturas microbiológicas e não devem retornar ao trabalho, até que a infeção esteja tratada.
- c) **Não devem ser excluídos** os profissionais colonizados por *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus* do grupo A, a não ser que estejam identificados com estando na origem de surtos de infeção.

ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Este procedimento define as medidas implementadas para prevenção da infeção do local cirúrgico e deve ser seguido por médicos e enfermeiros do Bloco Operatório e Cirurgia.


ELABORADO POR:
GCL-PPCIRA


(Maria Manuel Soares)

APROVADO POR:
Comissão Risco Utente


(Elisabete Sousa)

HOMOLOGADO POR:
Direção Clínica


(António D. Gomes)

2 PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO

A – PREPARAÇÃO DO DOENTE

1. Desinfecção do local cirúrgico

- Desinfetar a área cirúrgica com solução de **clorhexidina 2% em álcool a 70%**.
- Poderá ser considerado antisséptico em solução aquosa (iodopovidona) em casos documentados de alergia a clorhexidina ou intervenções envolvendo mucosas.
- Realizar esta operação no sentido do local da incisão para a periferia, com movimentos circulares, cobrindo uma área suficientemente extensa que permita o alargamento da incisão ou colocação de drenos.
- A Desinfecção do local cirúrgico não ultrapassar a área previamente lavada.

2. Normotermia

Avaliar a temperatura corporal mantendo a normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$) durante o procedimento cirúrgico – **Ver Tabela** (T corporal: $35,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$)

A hipotermia leve, moderada e grave deve ser monitorizada a cada 15min, 5min e continuamente, respetivamente

3. Controlo da Glicemia capilar

Em doente **diabéticos e não diabéticos**, garantir normoglicemia $\leq 180 \text{ mg/dl}$ durante a cirurgia– **Ver Tabela1**

4. Oxigenoterapia – SpO₂

O aporte de O₂ deve ter como objetivo a manutenção de **saturação de oxigénio igual ou superior a 95%** (DGS, 2013).

Tabela 1 – Controlo de homeostasia pré, peri e pós-operatória

| TEMPO DE CIRURGIA | TEMPERATURA CORPORAL °C * | | MEDIÇÃO GLICEMIA * | MEDIÇÃO SpO ₂ |
|---------------------------|--|-----------------|---|--------------------------|
| | Procedimento <u>SEM</u> entubação | T °C. Auricular | | |
| | Procedimento <u>COM</u> entubação | T °C. Central | | |
| Todas as Cirurgias | Na admissão Após 1 hora do fim do procedimento | | Na admissão e 1 x por turno durante 24h | |
| Menos de 15 minutos | RECOBRO: Se permanecer no recobro mais de 1 hora | | - | Continua no BO |
| De 15 a 90 minutos | Após 1ª hora RECOBRO: Na alta se passar 1 hora da última medição | | Após 1ª hora | |
| De 90 minutos a 4 horas | Após 1ª hora e 3ª hora RECOBRO: Na alta se passar 2 horas da última medição | | Após 1ª e 3ª horas | |
| Superior a 4 horas | Após 1ª hora e a cada 2 horas RECOBRO: Na alta se passar 2 horas da última medição | | Após 1ª hora De 2h em 2h | |

* – A periodicidade da medição poderá ser reavaliada sempre que alterações nos valores dos parâmetros o justificarem e de acordo com os Protocolos da Instituição, como por exemplo, protocolo de glicemia.

5. Antissépticos tópicos locais

- Não devem ser utilizados antissépticos tópicos locais antes ou logo após o encerramento da incisão.**

ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Este procedimento define as medidas implementadas para prevenção da infecção do local cirúrgico e deve ser seguido por médicos e enfermeiros do Bloco Operatório e Cirurgia.

ELABORADO POR:
GCL-PPCIRA


(Maria Manuel Soares)

APROVADO POR:
Comissão Risco Utente


(Elisabete Sousa)

HOMOLOGADO POR:
Direção Clínica


(António D. Gomes)

- b) Não deve ser utilizada a **irrigação com iodóforos** antes do encerramento da incisão.

6. Vestuário e campos cirúrgicos

- a) É **obrigatório o uso de máscara** que cubra totalmente a boca e o nariz nas áreas restritas. Mantê-la sempre colocada à entrada da sala, durante a preparação asséptica de dispositivos médicos estéreis e sempre que estes se encontrem expostos e quando se permanece na sala durante toda a intervenção.
- b) **Utilizar barrete** que cubra completamente o cabelo e **cobertura para a barba** em áreas restritas e semi-restritas.
- c) **Não usar cobertura para o calçado**. O Bloco deve ter **calçado próprio** e resistente à desinfecção mecânica, devendo ser desinfetado diariamente.
- d) Os profissionais têm que utilizar **bata e luvas estéreis** sempre que integrem a equipa cirúrgica o que implica, obrigatoriamente, uma prévia preparação cirúrgica das mãos.
- i. As luvas devem ser colocadas sempre após a colocação da bata.
- e) Utilizar batas que sejam barreiras eficazes mesmo quando estão molhados.
- f) **Substituir os fatos** quando molhados, contaminados com sangue ou outro material potencialmente infeccioso.

7. Campos cirúrgicos

- a) Utilizar **campos estéreis** para definir o local de incisão e o campo operatório alargado.
- b) **Respeitar a técnica asséptica** de colocação de campos e não reposicionar os campos.
- c) A **manutenção da esterilidade do campo operatório** é da responsabilidade das equipas estéril e não estéril, presentes na sala de operações.
- d) Os campos têm **barreiras eficazes** mesmo quando estão molhados.
- e) Utilizar **materiais resistentes à penetração bacteriana** a seco ou quando estão molhados.

8. Técnica Asséptica Cirúrgica

A prática rigorosa da técnica asséptica cirúrgica deve cumprir as seguintes recomendações (AESOP 2005):

- Estabelecer e **manter um ambiente asséptico**, com a finalidade de prevenir a contaminação do campo operatório.
- Assegurar a técnica asséptica durante a **preparação das mesas cirúrgicas**.
- Usar **coberturas estéreis** para os equipamentos.
- Preparar o **equipamento e soluções estéreis** imediatamente antes da sua utilização.
- Cumprir os princípios de assepsia na **colocação de dispositivos intravasculares** (p. ex. cateter venoso central), cateteres anestésicos e epidurais, ou na administração de fármacos endovenosos.
- **Manipular os tecidos** com suavidade, manter uma **homeostase eficaz**, minimizar o **tecido desvitalizado** e corpos estranhos (p. ex. suturas, resíduos necróticos) e **erradicar os espaços mortos** no local cirúrgico.
- Quando o cirurgião considerar que existe **contaminação significativa do local cirúrgico** fazer encerramento primário retardado ou deixar encerrar por segundo intenção.
- Os **dispositivos médicos** utilizados devem estar armazenados em condições que garantam a sua esterilidade.

9. Dreno

- a) Devem ser ponderados os benefícios da colocação de drenos face aos riscos para potenciais infeções.
- b) Deve ser **utilizada drenagem em circuito fechado**.
- c) O **local de saída dos drenos** deverá ser em local individualizado e em local separado da incisão.
- d) O dreno deverá ser removido logo que possível.

10. Contagem de Itens

O procedimento da contagem de itens deve cumprir as recomendações da AESOP (2005):

- a) A contagem dos itens é realizada pelos **Enfermeiros instrumentista e circulante**, de forma audível e sem interrupções:

ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Este procedimento define as medidas implementadas para prevenção da infeção do local cirúrgico e deve ser seguido por médicos e enfermeiros do Bloco Operatório e Cirurgia.

ELABORADO POR:
GCL-PPCIRA


(Maria Manuel Soares)

APROVADO POR:
Comissão Risco Utente


(Elisabete Sousa)

HOMOLOGADO POR:
Direção Clínica


(António D. Gomes)

- i. Antes do início da cirurgia
 - ii. Sempre que são abertos novos itens para a mesa
 - iii. No primeiro plano de encerramento
 - iv. No encerramento da pele
 - v. Sempre que o enfermeiro instrumentista ou circulante são substituídos
 - vi. Se a incisão for reaberta após a contagem final.
- b) Quando ocorre um erro na contagem dos itens deve proceder-se aos seguintes:
- i. Repetição da contagem
 - ii. Informar o cirurgião
 - iii. Informar o enfermeiro chefe
 - iv. Procurar no lixo e nos campos cirúrgicos
 - vii. Registrar acidente
 - viii. Providenciar Raio X
- c) Em situações de emergência em que a **contagem não seja possível**, o enfermeiro instrumentista terá que realizar a contagem sozinho, ou mesmo não realizar a contagem, devendo no final do ato cirúrgico ficar registado que a contagem não se realizou conforme o protocolo e justificar.
- d) Se for verificado que o item foi deixado no utente, o **cirurgião assume a responsabilidade da remoção.**

11. Classificação da ferida cirúrgica

Deve ser efetuada a correta classificação da ferida cirúrgica, sendo realizada pela equipa cirúrgica e devidamente registada no processo clínico, no impresso **SCMVV 765.2 – Registo de enfermagem intraoperatória**. Esta classificação é efetuada de acordo com a classificação de Altemeir (norma nº024/2013):

- a) **FERIDA LIMPA:** É uma ferida operatória não infetada em que não se encontra inflamação e não se encontra entre nas vias respiratórias, digestiva, genital ou urinária. Para além disso, a ferida limpa é encerrada primariamente e, se necessário, com uma drenagem em circuito fechado. As incisões cirúrgicas após traumatismo não penetrantes devem ser incluídas nesta categoria.
- b) **FERIDA LIMPA-CONTAMINADA:** É uma ferida operatória em que se entra nas vias respiratórias, digestiva, genital ou urinária não infetadas em condições controladas e sem contaminação não usual. Especificamente as cirurgias da via biliar, apêndice, vagina e orofaringe estão incluídas nesta categoria desde que não haja evidência de infeção e não tenha havido uma quebra significativa na técnica estéril.
- c) **FERIDA CONTAMINADA:** Inclui feridas acidentais, abertas, recentes. Também inclui as cirurgias em que se verificou uma quebra da técnica estéril ou derrame significativo da via gastrointestinal, e as incisões onde se verificou inflamação aguda, não purulenta.
- d) **FERIDA SUJA OU INFETADA:** Inclui feridas traumáticas antigas com retenção de tecido desvitalizado e aquelas em que há infeção clínica ou vísceras perfuradas. Esta definição sugere que os microrganismos causando infeção pós-operatória estavam presentes no campo operatório antes da cirurgia.

3 PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

A – HOMEOSTASIA PÓS-OPERATÓRIA

1. Normotermia

Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$).

2. Controlo da Glicemia capilar

Em **doente diabéticos e não diabéticos**, garantir normoglicemia $\leq 180 \text{ mg/dl}$ nas 24 horas seguintes à cirurgia (1 x turno). – ver Tabela 1

3. Oxigenoterapia – SpO₂

O aporte de O₂ deve ter como objetivo a manutenção de **saturação de oxigénio igual ou superior a 95%** (DGS, 2013).

ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Este procedimento define as medidas implementadas para prevenção da infeção do local cirúrgico e deve ser seguido por médicos e enfermeiros do Bloco Operatório e Cirurgia.


ELABORADO POR:
GCL-PPCIRA


(Maria Manuel Soares)

APROVADO POR:
Comissão Risto Utente


(Elisabete Sousa)

HOMOLOGADO POR:
Direção Clínica


(António D. Gomes)

B - CUIDADOS INCISIONAIS

1. **Proteger a incisão encerrada primariamente** com penso estéril e técnica asséptica durante as primeiras 48 horas.
2. **Higienizar as mãos** antes e após as mudanças de penso, ou de qualquer contacto com o local da incisão;
3. **Não remover o penso primário antes das 48 horas**, a não ser que seja absolutamente necessário, como um caso de penso repassado.
4. Se **após 48 horas**, se o doente se mantiver com penso, este deve ser manipulado o mínimo possível.
5. Quando necessário fazer o penso, deve substituir-se o mesmo com **técnica asséptica**.
6. As **feridas fechadas e abertas que cicatrizam por segundo plano**, devem ser limpas com soluto estéril (p. ex. soro fisiológico), removendo os restos de matéria orgânica como sangue, pele e secreções.
7. **Não devem ser utilizados antissépticos nas feridas operatórias**, exceto aquando da retirada dos pontos, salvo indicação médica. Nestes casos deve dar-se preferência a solutos alcoólicos, exceto na desinfeção de mucosas.
8. **Fazer o ensino ao doente e família** no que respeita aos cuidados com o local de incisão, sintomas de infeção e da necessidade de comunicar o seu aparecimento quer no internamento quer após a alta.

C - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E REGISTO DA INFEÇÃO

1. É **vigilância epidemiológica** dos procedimentos cirúrgicos mais frequentes¹ e de maior risco é **obrigatória** é realizada pela equipa cirúrgica assistente e carregada na plataforma **HAI-Cirurgia**.
2. Um **enfermeiro da equipa da Cirurgia** realiza um **telefonema** para confirmação de ocorrência ou não ocorrência de infeção da ferida cirúrgica:
 - a) **30 dias** após intervenção para todas as cirurgias - (**SCMVV.957 – Telefonema 30 dias**)
 - b) **90 dias** após intervenção para cirurgias com **colocação de implante** - (**SCMVV.953 - Telefonema 90 dias**)
3. Perante **suspeita de ILC**, deverá ser agendada consulta para avaliação da ferida.
4. **Na presença de ILC** informa-se o cirurgião que deverá avaliar a necessidade de re-intervenção, e indicar as medidas a implementar em impresso próprio - **SCMVV.345 - Infeção do local cirúrgico**.
Os enfermeiros deverão completar o preenchimento do impresso **SCMVV.345** registando a **evolução da ferida**, bem como todos os procedimentos efetuados, associando o impresso **SCMVV.095 – Registo de pensos**.
Sempre que o doente recorra a **outra instituição de saúde** e haja evidência de infeção, deverá ser solicitada ao doente uma **cópia da nota de alta** da instituição a que recorreu, devendo a mesma ficar anexada ao processo clínico do HMVV.
5. **Após a cura da ILC** o enfermeiro do BO/cirurgia pertencente ao GCL-PPCIRA preenche o formulário individual de registo de ILC, disponibilizado pela DGS e posteriormente, regista a ocorrência na plataforma **HAI- Net Cirurgia**, disponível em <http://veilc.dgs.pt> (as credenciais de acesso à Plataforma deverão ser solicitadas ao GCL-PPCIRA)
6. O GCL apoia na colheita de dados e monitoriza o indicador da ILC.

ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Este procedimento define as medidas implementadas para prevenção da infeção do local cirúrgico e deve ser seguido por médicos e enfermeiros do Bloco Operatório e Cirurgia.

ELABORADO POR:
GCL-PPCIRA

(Maria Manuel Soares)

APROVADO POR:
Comissão Risco Utente

(Elisabete Spusa)

HOMOLOGADO POR:
Direção Clínica

(António D. Gomes)

ANEXO I - Critérios ECDC adaptado na norma nº 024/2013 de 23/12/2013 – Prevenção da infeção do Local Cirúrgico-Anexo II)

CULTURA MICROBIOLÓGICA FOR NEGATIVA NÃO CUMPRE CRITÉRIO DE INFEÇÃO.

INFEÇÃO INCISIONAL SUPERFICIAL

Envolve apenas pele e tecido subcutâneo no local da incisão e ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia .

Deve cumprir pelo menos **um** dos seguintes critérios:

- Critério 1** - Drenagem purulenta da incisão superficial
- Critério 2** - Cultura positiva de líquido ou tecido proveniente da incisão superficial colhido assepticamente (não são considerados resultados de culturas colhidas por zangaratos)
- Critério 3** - Diagnóstico de infeção incisional superficial pelo médico assistente.
- Critério 4** - A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião com cultura positiva ou não realizada e na presença de **um dos seguintes sinais ou sintomas**:
 - Dor ou hipersensibilidade, edema, rubor ou calor locais.

NOTA: Não registar como infeção do local cirúrgico:

- **Abcesso nos pontos** (inflamação ou drenado mínimos limitados aos locais dos pontos de sutura). Registrar como infeção da pele/tecidos moles em função da sua profundidade.
- Se a infeção incisional superficial, **mas também atinge fáscias ou músculos**, registar como incisional profunda, ou se **atinge órgão/espaco ou cavidades profundas** registar como incisional profunda.
- A infeção do local de **circuncisão**, deve ser registado como o CIR.
- A infeção de **queimaduras** deve ser referenciada como queimadura.
- A infeção em **ferida traumática perfurante** (reportar como infeção da pele/tecidos moles consoante profundidade).
- No caso de **cirurgia oftalmológica** conjuntivite será definida como infeção incisional superficial.

INFEÇÃO INCISIONAL PROFUNDA

Atinge os tecidos moles profundos da incisão (fáscias e músculos) e ocorre nos primeiros 30 dias (cirurgia sem prótese) ou 90 dias (cirurgia com prótese).

Deve cumprir pelo menos **um** dos seguintes critérios:

- Critério 1** - Drenagem purulenta da zona profunda da incisão mas não de órgão ou espaco
- Critério 2** - Diagnóstico de infeção incisional profunda pelo médico assistente.
- Critério 3** - Detecção de abcesso ou outra evidência de infeção atingindo o plano profundo da incisão, identificada por re-intervenção, exame direto, exame histopatológico ou radiológico
- Critério 4** - Deiscência espontânea da sutura ou abertura da ferida pelo cirurgião, quando o paciente apresentar, pelo menos, **um** dos seguintes sinais ou sintomas:
 - Temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$, dor ou aumento da sensibilidade local.

INFEÇÃO DE ÓRGÃO OU ESPAÇO

Atinge qualquer parte do corpo que é manipulada durante um procedimento cirúrgico com exceção da pele da incisão, fáscias e músculos e ocorre nos primeiros 30 dias (cirurgia sem prótese) ou 90 dias (cirurgia com prótese).

Deve cumprir pelo menos **um** dos seguintes critérios:

- Critério 1** - Drenagem purulenta através de dreno colocado no órgão ou espaco.
- Critério 2** - Cultura positiva de liquido ou tecido do órgão ou espaco, colhido assepticamente.
- Critério 3** - Detecção de abcesso ou outra evidência de infeção do órgão ou espaco, identificada por re-intervenção, exame direto, exame histopatológico ou radiológico
- Critério 4** - Diagnóstico de infeção superficial pelo médico assistente.

NOTA: ocasionalmente, uma infeção de órgão ou espaco drena através da incisão. Esta infeção geralmente não exige re-intervenção cirúrgica e é considerada como complicação da incisão, pelo que se classifica como infeção incisional profunda.

ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Este procedimento define as medidas implementadas para prevenção da infeção do local cirúrgico e deve ser seguido por médicos e enfermeiros do Bloco Operatório e Cirurgia.


ELABORADO POR:
GCL-PPCIRA


(Maria Manuel Soares)

APROVADO POR:
Comissão Risco Utente


(Elisabete Sousa)

HOMOLOGADO POR:
Direção Clínica


(António D. Gomes)

ANEXO II - Técnica de Preparação Pré-Cirúrgica das Mãos**FRICÇÃO COM SABA: ETAPAS DO PROCESSO**

- Molhar as mãos e antebraços e friccionar com sabão simples (sem antimicrobiano), caso existam resíduos subungueais, utilizando previamente um estilete para sua limpeza;
- Não é recomendado a utilização de escovas na preparação pré-cirúrgica das mãos;
- Secar completamente cada braço, com toalhete de papel não estéril; este momento deve demorar o tempo suficiente para uma secagem eficaz;
- Após completa secagem, friccionar com SABA, dedos, mãos e antebraços, dando especial atenção aos espaços interdigitais, até o produto evaporar por completo;
- Respeitar o tempo de contacto recomendado pelo fabricante, que deve corresponder ao tempo mínimo que o produto deve estar em contacto com a pele na fase líquida até à sua completa evaporação;
- Fazer uma segunda aplicação de SABA e manter as manobras de fricção até à completa secagem do produto, só no caso de o tempo mínimo de contacto não ter sido cumprido.
- Não utilizar toalhetes de secagem após a fricção com SABA. Não calçar as luvas estéreis antes da total secagem do produto de base alcoólica.

PREPARAÇÃO CIRÚRGICA DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO COM ANTIMICROBIANO: ETAPAS DO PROCESSO

- Lavar as mãos com água e sabão antes da preparação pré-cirúrgica das mãos se estas estiverem visivelmente sujas. Remover a sujidade dos leitos ungueais com um estilete de unhas sob água corrente. Não é recomendado a utilização de escovas na preparação pré-cirúrgica das mãos.
- Molhar as mãos e antebraços e envolvê-los com o volume recomendado do detergente com antimicrobiano, até 5 cm acima do cotovelo.
- Friccionar mãos e antebraços, primeiro, um braço, seguido do outro. Os dedos, mãos e antebraços devem ser vistos como tendo 4 lados e cada um desses lados deve ser friccionado dando especial atenção aos espaços interdigitais e polegares. Remover a quantidade de sabão antimicrobiano sob água corrente.
- Repetir a técnica. Friccionar ambos os braços com sabão antimicrobiano até 5 cm abaixo do cotovelo. Proceder à remoção total do sabão sob água corrente.
- Em todos os procedimentos devem ser respeitados o volume de sabão antimicrobiano e o tempo de contacto recomendado pelo fabricante usualmente entre 2 - 5 minutos. Longos períodos de fricção (isto é, 10 minutos) não são necessários. Após antisepsia, as mãos e os antebraços devem ser secos com toalhete estéril descartável, um para cada braço, no sentido distal-proximal.

ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Este procedimento define as medidas implementadas para prevenção da infecção do local cirúrgico e deve ser seguido por médicos e enfermeiros do Bloco Operatório e Cirurgia.

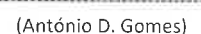
ELABORADO POR:
GCL-PPCIRA


(Maria Manuel Soares)

APROVADO POR:
Comissão Risco Utente


(Elisabete Sousa)

HOMOLOGADO POR:
Direção Clínica


(António D. Gomes)

ANEXO III - Preparação Pré-Cirúrgica das Mãos por fricção com solução antisséptica de base alcoólica (SABA)



Preparação Pré-Cirúrgica das Mãos
Fricção com solução antisséptica de base alcoólica (SABA)

Preparação pré-cirúrgica das mãos
por fricção com solução antisséptica de base alcoólica

- Lave as mãos e antebraços com água e sabão, à chegada ao bloco operatório, após colocação do fardamento específico (gorro, barrete/ touca e máscara cirúrgica). Limpe os leitos subungueais com estilete e água corrente na primeira cirurgia do dia. Seque bem as mãos com um toalha descartável absorvente.
- Utilize uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA) para a preparação pré cirúrgica das mãos, que cumpra a norma EN 12791, seguindo a técnica ilustrada nas imagens de 1 a 17, antes de qualquer procedimento cirúrgico/procedimento invasivo.
- Após retirar as luvas cirúrgicas, lave as mãos com água e sabão, eliminando a presença de qualquer resíduo de pó ou fluidos orgânicos.



1
Coloque aproximadamente 5 ml (3 doses) de SABA na palma da sua mão esquerda utilizando o cotovelo do seu braço contra lateral, para acionar o dispensador.



2
Mergulhe as pontas dos dedos da mão direita na solução, de forma a dislocar a área sob as unhas (5 segundos).



3-7 Espalhe a solução no antebraço direito, até ao nível do cotovelo. Assegure-se que toda a superfície da pele fica coberta pela solução alcoólica na fase líquida, utilizando movimentos circulares em volta do antebraço, até que a SABA tenha evaporado totalmente (10-15 segundos).



8-12 Repita os passos 1-7 para a mão e antebraço esquerdo.

Coloque aproximadamente 5 ml (3 doses) de SABA na palma da mão esquerda, utilizando o cotovelo direito, de forma a friccionar ambas as mãos em simultâneo, até aos punhos, seguindo todos os passos descritos nas imagens 12-17 (20-30 segundos).

Envolva totalmente a superfície das mãos até aos punhos, com SABA, friccionando as palmas das mãos em movimentos de rotação.



13 Friccione a palma direita sobre o dorso da mão esquerda com os dedos entrelaçados e vice-versa.

14 Friccione as palmas das mãos em movimentos de vai e vem, com os dedos entrelaçados.

15 Friccione a face posterior dos dedos, nas palmas apostas com os dedos entrelaçados, com um movimento para os lados e para trás.

16 Friccione o polegar da mão esquerda, em sentido rotativo entrelaçando-o na palma da mão direita e vice-versa.

17 Quando as mãos estiverem bem secas, pode estar a vestir a bata cirúrgica e a calçar as luvas estéreis.

Nota: Esta sequência tem início da 2ª sequência e termina ao ponto que termina. Consultem a embalagem e a etiqueta recomendada pelo fabricante da SABA, para o modo de dosagem. Pode ser de novo a três vezes.



Publicado e atualizado por SNS, em 2017, com a colaboração de ICS e a coordenação de ICS de 2017, com a colaboração de ICS de 2017, com a colaboração de ICS de 2017.

Fonte: Tradução e adaptação de Cartaz (OMS, 2016).

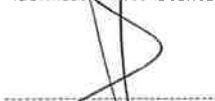
ENQUADRAMENTO DO DOCUMENTO:

Este procedimento define as medidas implementadas para prevenção da infeção do local cirúrgico e deve ser seguido por médicos e enfermeiros do Bloco Operatório e Cirurgia.

ELABORADO POR:
GCL-PPCIRA


(Maria Manuel Soares)

APROVADO POR:
Comissão Risco Utente


(Elisabete Sousa)

HOMOLOGADO POR:
Direção Clínica


(António D. Gomes)

