



NÚMERO: 024/2013

DATA: 23/12/2013

ASSUNTO: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

PALAVRAS-CHAVE: Infecção do Local Cirúrgico

PARA: Hospitais e outras Unidades de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e das Resistências Antimicrobianas, emite a seguinte Norma, na área da qualidade organizacional.

PRÉ-OPERATÓRIO

1. Procedimentos na preparação do doente:
 - a. identificar e, tratar, todas as infeções associadas antes de cirurgia eletiva (IA e R);
 - b. controlar os níveis de glicemia nos doentes diabéticos e, controlar o tabagismo (deixar de fumar no mínimo 30 dias antes da intervenção) (IB e R)
 - c. não limitar as transfusões com o intuito de prevenir a infeção do local cirúrgico (IB);
 - d. não realizar a tricotomia
 - e. promover o banho do doente com solução antisséptica incluindo do couro cabeludo na véspera da cirurgia, e no dia da cirurgia (com pelo menos duas horas de antecedência) (IB e R);
 - f. preparar a área da incisão cirúrgica para que esteja livre de contaminação visível antes da antisepsia cirúrgica (IB).
2. Antissepsia das mãos/antebraços da equipa cirúrgica:
 - a. manter as unhas curtas, limpas, sem verniz ou adereços artificiais (IA/AR);
 - b. escovar as unhas apenas antes da primeira intervenção do dia (II);
 - c. não usar adornos (pulseiras, anéis, entre outros) durante a cirurgia (II);
 - d. proceder à desinfeção cirúrgica das mãos com a solução, antisséptica de base alcoólica (ter em conta o tempo de desinfeção de acordo com o antisséptico), incidindo nas mãos e antebraços até aos cotovelos (IB e AR);
 - e. após a desinfeção, manter os cotovelos em flexão e as mãos afastadas do corpo, de modo a que a água esorra das mãos em direção aos cotovelos.
 - f. no caso da utilização de solução antisséptica aquosa, secar as mãos e antebraços com toalhete estéril (um para cada membro), vestir bata e calçar luvas estéreis (IB);
3. Profissionais com colonização ou infeção:

- a. consultar o Serviço de Saúde Ocupacional para determinar a necessidade de os profissionais com sinais ou sintomas de doenças infecciosas transmissíveis, suspender a atividade até à sua resolução (IB)
 - b. obter culturas de lesões cutâneas exsudativas dos profissionais e não permitir o retorno ao trabalho, até que a infeção seja tratada (IB);
 - c. não excluir os profissionais colonizados com *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus* do grupo A, a não ser que sejam identificados como estando na origem de surtos de infeção por estes agentes (IB).
4. Profilaxia antimicrobiana:
Consultar a Norma sobre Profilaxia Antibiótica Cirúrgica.

INTRA-OPERATÓRIO

5. Preparar a pele do local da incisão com um antisséptico de base alcoólica (IA);
6. Nos doentes submetidos a cirurgia com anestesia geral e ventilação mecânica, fornecer oxigénio durante todo o período peri-operatório, de acordo com as necessidades individuais (IA e AR). O aporte de O₂ deve ter como objetivo a manutenção de saturação de oxigénio acima de 98%;
7. Manter a normotermia durante o período peri-operatório (IA e AR).
8. Em doentes diabéticos e não diabéticos, confirmar que o nível de glicemia do doente se mantém abaixo dos 200mg/dL durante toda a cirurgia (IA);
9. Não usar irrigação com iodóforos aquosos antes do encerramento da incisão (IB);
10. Não utilizar antissépticos tópicos locais antes ou logo após o encerramento da incisão, como medida de prevenção da infeção do local cirúrgico (IA).
11. Esterilização de instrumentos cirúrgicos
 - a. processar os instrumentos cirúrgicos de acordo com as normas em vigor, de modo a garantir as melhores práticas clínicas (considerar a classificação de *Spaulding* para o processamento do instrumental cirúrgico, as suas características e as instruções do fabricante). A metodologia de limpeza dos materiais de microcirurgia, deve ser complementada com a utilização de tinas de ultrassons (IB e AR);
 - b. Fazer a esterilização *flash* (ex.: esterilização rápida em esterilizador de bancada) **apenas** para os artigos que vão ter utilização imediata. **Não** utilizar a esterilização *flash* por conveniência, como alternativa para a compra de mais um conjunto de instrumentos, ou para poupar tempo. Um processo abreviado de esterilização é aceitável apenas para os artigos que vão ter utilização imediata, sendo cumpridos todos os passos anteriores ao processo de esterilização em si mesmo (lavagem, desinfeção, verificação e empacotamento apropriado) e efectuada a transferência do instrumental cirúrgico em condições assépticas (IB).

- c. Deve ser aplicado o Despacho 7021/2013 sob reprocessamento de dispositivos médicos de uso único.
12. Vestuário e campos cirúrgicos:
- a. Utilizar máscara cirúrgica que cubra totalmente a boca e o nariz nas áreas restritas. Mantê-la sempre colocada se entrar na sala de operações, durante a preparação asséptica de dispositivos médicos esterilizados, em qualquer altura em que os mesmos estão expostos, ou se permanecer na sala durante toda a intervenção cirúrgica (ib e r);
 - b. Utilizar barrete que cubra totalmente todo o cabelo e cobertura para a barba em todas as áreas restritas e semi-restritas (ib);
 - c. Não utilizar cobertura nos sapatos com o objetivo de prevenir a infeção (o bloco deve ter calçado próprio que deve ser sujeito a lavagem/desinfecção térmica diária em máquina) (ib);
 - d. Utilizar luvas estéreis se integrar a equipa cirúrgica. Calçar as luvas sempre depois de vestir a bata (ib e ar);
 - e. Utilizar batas e campos que sejam barreiras físicas eficazes quando molhadas (en 13795) (ib e r);
 - f. Utilizar materiais resistentes à penetração bacteriana, em seco e em húmido (en 13795);
 - g. Respeitar a técnica asséptica na colocação de campos. Não reposicionar os campos;
 - h. Substituir os fatos quando molhados, contaminados por sangue ou outras matérias potencialmente infecciosas (IB).
13. Assepsia e técnica cirúrgica
- a. Cumprir os princípios de assépsia na colocação de dispositivos intravasculares (p.ex. Cateteres venosos centrais), cateteres anestésicos e epidurais ou na administração de fármacos endovenosos) (ia);
 - b. Manipular os tecidos com suavidade, manter uma hemostase eficaz, minimizar o tecido desvitalizado e corpos estranhos (p. Ex. Suturas, resíduos necróticos) e erradicar os espaços mortos no local cirúrgico (ib);
 - c. Quando o cirurgião considerar que existe contaminação significativa do local cirúrgico fazer encerramento primário retardado ou deixar a incisão encerrar por segunda intenção (ib);
 - d. Se for necessário colocar drenos, utilizar drenagem em circuito fechado. Colocar o dreno através de incisão separada, distante da incisão operatória. Remover o dreno logo que possível (ib);
 - e. Aplicar antisséptico no local cirúrgico com movimentos concêntricos, do centro para a periferia, cobrindo uma área suficientemente extensa para permitir alargamento da incisão ou colocação de drenos (II);
 - f. Preparar o equipamento e soluções estéreis imediatamente antes da sua utilização (II);
 - g. Melhorar oxigenação dos espaços da ferida (II).

CUIDADOS INCISIONAIS NO PÓS-OPERATÓRIO

14. Proteger a incisão encerrada primariamente, com penso estéril e técnica assética, durante as primeiras 48 horas (IB).
15. Higienizar as mãos antes e após as mudanças de penso, ou de qualquer contacto com o local da incisão (IB).
16. Quando for necessário fazer penso, substituir o mesmo com técnica assética (II).
17. Fazer ensino ao doente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infeção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta) (II).
18. Enviar carta de alta ao médico de família (se o doente vai ser seguido no domicílio) ou ao médico da unidade de cuidados continuados integrados (se o doente for transferido para uma destas Unidades), solicitando a informação de retorno ao Hospital (dirigido à comissão de controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos), se surgir infeção pós-alta. Esta informação é fundamental para garantir a fiabilidade dos dados da vigilância epidemiológica da infeção do local cirúrgico (ILC).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

19. É obrigatório fazer vigilância epidemiológica dos procedimentos cirúrgicos mais frequentes e de maior risco (IB)
20. Divulgar os resultados a todos os profissionais que integram as equipas cirúrgicas. (IB).
21. Para registo de vigilância epidemiológica de ILC, utilizar o programa HAI-SSI do ECDC, IH-ILC na versão portuguesa, anteriormente designada de HELICS-Cirurgia, disponível na plataforma www.insa-rios.org,
22. Definir a classe de ferida cirúrgica no final de cada intervenção, bem como, o registo do tempo de duração da cirurgia em minutos. A definição da classe da ferida cirúrgica (**Anexo II**) deve ser feita por um elemento da equipa cirúrgica e ficar registada no processo clínico (II).
27. Garantir comunicação/articulação entre Centros de Saúde (CS)/ACES e hospital, e entre as UCCI e o hospital, nomeadamente entre clínico que identifica a ILC no CS/ACES e o GCL-PPCIRA no hospital–(II).

CRITÉRIOS DE SUPORTE À APLICAÇÃO DA NORMA

- A. Os serviços prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente hospitalais, agrupamentos de centros de saúde (ACES) e UCCI devem divulgar as orientações de boas práticas para a Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico e promover a Segurança do Doente, através da elaboração de um manual de procedimentos, tendo em conta a realidade das unidades de saúde;

- B. Os GCL-PPCIRA devem colaborar com os prestadores de cuidados no planeamento, implementação e monitorização das práticas de prevenção da infeção do local cirúrgico;
- C. Calcular periodicamente as taxas de infeção por intervenções específicas, estratificadas pelas variáveis apontadas como associadas ao aumento de risco (IB) Divulgar os resultados por serviço, por cirurgião e por cirurgia específica (R). A frequência da divulgação será determinada pelo tamanho das amostras e os objetivos locais de melhoria de qualidade (IB).
- D. Nos doentes submetidos a cirurgia com anestesia geral e ventilação mecânica, fornecer oxigénio durante todo o período peri-operatório, de acordo com as necessidades individuais (IA e AR). Caso a situação clínica do doente permita, o aporte de O₂ deve ter como objetivo a manutenção de saturação de oxigénio acima de 98%;
- E. Se identificação de ILC em consulta extra-hospitalar (Centro de Saúde, USF, ACES, Unidade de Cuidados Continuados - UCCI ou médico privado), a informação terá de ser veiculada para o GCL - PPCIRA do hospital onde foi realizada a cirurgia.

AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa;
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacto da presente Norma, é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais;
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade das direções clínicas dos hospitais.
- D. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através:
 - i. Da taxa de adesão ao IH-ILC (de acordo com o protocolo do Programa de vigilância epidemiológica da ILC)
 - ii. Dos indicadores previstos na Norma nº 002/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013 sobre Cirurgia Segura, Salva Vidas (Anexo VI).

FUNDAMENTAÇÃO

- A. A infeção do local cirúrgico é, conjuntamente com a pneumonia, a infeção urinária e a infeção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central, uma das infeções nosocomiais mais frequentes e está associada a alta morbilidade, mortalidade e custos;
- B. No Inquérito de prevalência efetuado em Portugal em 2012 e que abrangeu 103 hospitais, a infeção do local cirúrgico representou 18% das infeções hospitalares detetadas, tendo sido o tipo de infeção mais frequente nos serviços de Cirurgia;
- C. O European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC) definiu critérios de classificação de infeção do local cirúrgico (ILC) (Anexo II). A ILC está relacionada com o procedimento

cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese ou implante/transplante.

- D. O risco de infeção depende de muitos fatores relacionados com o doente (infeção pré-existente, idade avançada, obesidade, diabetes entre outros), assim como de fatores cirúrgicos, tais como a duração do ato cirúrgico e a assépsia do procedimento cirúrgico.
- E. O sucesso na prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica assética, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios.
- F. Os microrganismos que geralmente causam ILC pertencem à flora microbiana do doente. Estas bactérias podem estar presentes em pequeno número, mas encontram na ferida cirúrgica condições favoráveis à sua proliferação – a hemorragia, a isquémia, a modificação do potencial de oxirredução – sendo o risco de infeção, predominantemente, durante o ato cirúrgico, diminuindo o mesmo após o encerramento da ferida.
- G. Assim, torna-se essencial divulgar as normas de boas práticas, verificar se são cumpridas, implementar medidas preventivas e realizar a Vigilância Epidemiológica da Infeção do Local Cirúrgico através do programa de vigilância europeu HAI-SSI (anteriormente HELICS-SSI) do ECDC (IH-ILC na versão portuguesa, anteriormente HELICS-cirurgia).

APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos.
- B. A elaboração da presente Norma teve o apoio científico de: Elaine Pina, Elena Noriega, Etelvina Ferreira, Filomena Martins, José Artur Paiva, Manuel Valente, Maria Goreti Silva, Maria José Maia.

APOIO EXECUTIVO

Na elaboração da presente Norma o apoio executivo foi assegurado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
CCI	Comissão de Controlo de Infeção
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
ECDC	<i>European Centre for Disease Control and Prevention</i>
GCL - PPCIRA	<i>Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e Resistências Antimicrobiana</i>
HICPA	<i>Hospital Infection Control Practices Advisory Committee</i>

ILC	Infeção do local cirúrgico
OMS	Organização Mundial de Saúde
HAISSI	<i>Hospital acquired infection: Surgical Site Infection</i>
IH-ILC	Infeção Hospitalar – Infeção do local cirúrgico
UCCI	Unidades de Cuidados Continuados Integrados

BIBLIOGRAFIA

Alexander, J. Wesley. *Update Recommendations for control Surgical Site Infections*. Annals of Surgery 2011; 253 (6): 1082-1093. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

AORN: Association of Operating Room Nurses. *Recommended Practices*. Saunders Infection Control Reference Services, CDC Guidelines, Pag: 555-563, 1129-1217. 2009

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. 2ª Edição, Março 2010

Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK, Fish DN, Napolitano LM, Sawyer RG, Slain D, Steinberg JP, Weinstein RA. *Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery*. Am J Health Syst Pharm. 2013 Feb 1;70(3):195-283

CDC. *Definitions of Nosocomial Infections*. Saunders Infection Control Reference Services, CDC Guidelines, cap.4, pag.17-21, 1998 e 1992 com as actualizações de 1996 e 2002

CDC. *Guideline for hand Hygiene in Health-care Settings*. *Recomendação do CDC: 25 de Outubro de 2002*, volume 51 / no.RR-16)

CDC. *Guideline for Isolation Precautions in hospitals*. CDC Guidelines, Infection Control and epidemiology, January 1996

CDC. Teresa C Horan, MPH Gloria, C Morrell et al. *Surgical Site Infection Surveillance*. October 2012; updated November 2012

CDC-HICPAC. *Guideline for Prevention of Surgical Site Infection*. Atlanta, Infection Control and Hospital Epidemiology. 1999

Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar Lisboa Central. *Recomendações para prevenção e controlo da infeção da ferida cirúrgica*. Manual de práticas de Controlo de Infeção do Subgrupo Hospitalar Capuchos/Desterro, capítulo 3; 2004

Circular Normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010: *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. 2010

DGS/DQS/PNCI. *Critérios para a definição de infeções nos cuidados de saúde de agudos*. 2009DGS

DGS/DQS/PNCI. Norma: *Cirurgia Segura, Salva Vidas*. Norman.º 02/2013 de 12/02/2013

Health Protection Scotland. *Surgical Site Infection Prevention Bundle*. Glasgow : National Services Scotland, 2008.

National Institute for Health and Care Excellence. *Surgical site infection Evidence Update 43*. June 2013

Organização Mundial de Saúde. *Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009*. Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2010.

Platt Richard et al. *Guidelines for Perioperative Antibiotic Prophylaxis*. Saunders Infection Control Reference Services, CDC, Guidelines n.º 24-1; 24-2; 24-3; 24-4 e 24-5, , pag: 229-280

Roy, Marie-Claude et al. *The Operating Theater: A special Environmental Area*, in Wenzel, Richard: *Prevention Of Nosocomial Infections*, 3.ª edição, ISBN: 0-683-08916-1, 1997



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

ANEXO I – CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA (ALTEMEIER)

As feridas são classificadas de acordo com a probabilidade e grau de contaminação da ferida no momento da intervenção cirúrgica, seguindo as definições do CDC:

FERIDA LIMPA - é uma ferida operatória não infectada em que não se encontra inflamação e não se entra nas vias respiratória, 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 traumatismos não penetrantes devem ser incluídas nesta categoria.

FERIDA LIMPA-CONTAMINADA - é a ferida operatória em que se entra nas vias respiratória, digestiva, genital ou urinária não infectadas 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 infecção e não tenha havido uma quebra significativa na técnica estéril.

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.

FERIDA SUJA OU INFECTADA - inclui feridas traumáticas antigas com retenção de tecido desvitalizado e aquelas em que há infecção clínica ou vísceras perfuradas. Esta definição sugere que os microrganismos causando infecção pós-operatória estavam presentes no campo operatório antes da cirurgia.

ANEXO II – CRITÉRIOS PARA DETERMINAR A PRESENÇA DE INFEÇÃO (ECDC)

A infecção do local cirúrgico classifica-se em **Incisional Superficial**, **Incisional Profunda** e de **Orgão / Espaço**.

Infecção incisional superficial

Uma infecção incisional superficial deve cumprir os seguintes critérios:

– A infecção surge durante os 30 dias seguintes à cirurgia **e**, atinge apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão **e**, deve cumprir *peelo menos um* dos seguintes critérios:

- drenagem purulenta da incisão superficial;
- cultura positiva de líquido ou tecido proveniente da incisão superficial (colhido assépticamente);
- peelo menos um* dos seguintes sinais ou sintomas de infecção: dor ou hipersensibilidade edema, rubor ou calor locais; **e** a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião, e a cultura é positiva ou não realizada. Uma cultura negativa não cumpre este critério;
- diagnóstico de infecção superficial da incisão.

Existem dois tipos específicos de infecção incisional superficial:

- *Incisional superficial primária*: infecção incisional superficial identificada na incisão primária, num doente submetido a uma cirurgia com uma ou mais incisões (p.ex. incisão torácica numa cirurgia de enxerto coronário – *bypass*).
- *Incisional superficial secundária*: é a infecção incisional superficial identificada na incisão secundária num doente submetido a uma cirurgia com mais de uma incisão (p.ex. incisão de zona dadora – membro inferior – na cirurgia coronária – *bypass*).

Instruções de registo:

Os seguintes casos **não se consideram infecções do local cirúrgico**: processo inflamatório ou abcesso mínimo do ponto de sutura; queimadura infectada (reportar como queimadura); ferida traumática perfurante (reportar como infecção da pele ou tecidos moles consoante a sua profundidade); infecção incisional que se estende até à fascia e parede muscular (reportar como infecção incisional profunda); reportar infecção do local da circuncisão em neonatologia como CIRC.

Não registar como infecção do local cirúrgico:

- Abcesso nos pontos (inflamação ou drenado mínimos limitados aos locais dos pontos de sutura); Uma infecção de ferida incisa deve ser registada como infecção da pele ou de tecidos moles em função da sua profundidade;
- A infecção do local de circuncisão, deve ser registado como o CIR;
- A infecção de queimaduras deve ser referenciada como queimadura;
- Se a infecção incisional atinge ou se estende para as fâscias ou músculos, deve registar-se como infecção incisional profunda;

- Classificar a infecção que atinge as camadas superficiais e profundas da incisão como incisional profunda.

Infecção incisional profunda

A infecção incisional profunda deve cumprir com o seguinte critério:

- a infecção que surge nos 30 dias seguintes à cirurgia sem prótese, ou no primeiro ano se tiver havido colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente) e a infecção parece estar relacionada com o procedimento cirúrgico.

e,

- a infecção atinge os tecidos moles profundos da incisão (fáscias e músculos) **e,**

- pelo menos, **um** dos seguintes critérios:

- a. drenagem purulenta da zona profunda da incisão mas não de órgão ou espaço .
- b. deiscência espontânea da sutura ou abertura deliberada da mesma na presença de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (>38°C), dor localizada, hipersensibilidade à palpação, a não ser que a cultura seja negativa.
- c. deteção de abscesso ou outro sinal de infecção atingindo a profundidade da incisão por exame directo, durante uma re-intervenção ou exame histopatológico ou radiológico.
- d. diagnóstico de infecção incisional profunda feito por cirurgião ou médico assistente.

Existem **dois tipos específicos de infecção incisional profunda:**

- *Incisional profunda primária:* infecção incisional profunda na incisão primária num doente submetido a uma cirurgia com uma ou mais incisões (p.ex. incisão torácica para cirurgia coronária – *bypass*).

Incisional profunda secundária: infecção incisional profunda na incisão secundária num doente submetido a uma cirurgia com mais de uma incisão (p.ex. incisão na zona dadora – membro inferior – na cirurgia coronária – *bypass*).

Instruções de registo:

Classificar as infecções que atingem os locais superficiais e profundos das incisões como infecções incisionais profundas.

Infecção de órgão ou espaço

Uma infecção de Órgão ou espaço atinge qualquer parte do corpo, excluindo a incisão cutânea, as fáscias e os músculos, que é aberta ou manipulada durante um procedimento cirúrgico. Os locais específicos são assinalados para identificar o local da infecção. Nas instruções de registo da ILC estão os locais específicos que devem ser usados nas infecções de órgão ou espaço. Por exemplo: se uma apendicectomia se complica de abscesso subfrénico, este deve ser registado como infecção de órgão/espaço intra-abdominal.

A infecção de órgão ou espaço deve cumprir com o seguinte critério:

– infecção que surge nos 30 dias seguintes à cirurgia sem utilização de prótese, ou até um ano após a cirurgia no caso de colocação de prótese e a infecção parece estar relacionada com o procedimento cirúrgico.

e

- a infecção atinge qualquer parte do corpo, excluindo a pele, da incisão, fascia ou músculos, aberta ou manipulada no procedimento cirúrgico.

e,

deve ainda verificar-se *peelo menos* **um** dos seguintes critérios:

- Drenagem purulenta através de dreno colocado no órgão ou espaço.
- cultura positiva de fluido ou tecido órgão ou espaço colhidos assépticamente.
- deteção de abscesso ou outro sinal de infecção por exame directo durante uma re-intervenção cirúrgica, exame histopatológico ou radiológico.
- diagnóstico de infecção cirúrgica de órgão ou espaço feito por cirurgião ou médico assistente.

Nota: Ocasionalmente uma infecção de órgão ou espaço drena através da incisão. Esta infecção geralmente não exige re-intervenção cirúrgica e é considerada como complicação da incisão, pelo que se classifica como infecção incisional profunda.

ANEXO III – SISTEMA DE CATEGORIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

Aplicam-se as categorias do HICPAC e da OMS

- **HICPAC** (Hospital Infection Control Practices Advisory Committee) do Programa de Controlo de Infecção do CDC, Atlanta, e publicados no Infection Control and Hospital Epidemiology - **Abril 1999**:

Categoria IA - Medidas de adopção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.

Categoria IB - Medidas de adopção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica.

Categoria IC - Medidas preconizadas pelas recomendações de outras Federações e Associações.

Categoria II - Medidas de adopção sugeridas para implementação, apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica.

- **OMS**: *Orientações para a cirurgia segura 2009*

As práticas potencialmente benéficas são classificadas em três categorias, com base em evidências clínicas ou opinião de peritos quanto à sua capacidade de reduzir o risco de danos cirúrgicos graves, evitáveis e se a adesão às mesmas não conduz à introdução de dano ou custo incontroável:

Altamente Recomendada (AR) - Uma prática que deve ser utilizada em todas as cirurgias;

Recomendada (R) - Uma prática que é incentivada em todas as cirurgias;

Sugerida (S) - Uma prática que deve ser considerada para qualquer cirurgia.

ANEXO IV: O sistema de classificação de *Spaulding*

O sistema de classificação de *Spaulding* define os dispositivos médicos (DM) de acordo com o risco de infeção e aplica-se também aos endoscópios (2):

Risco	Definições	Recomendações
ELEVADO Material crítico	Todo aquele que penetra nos tecidos sub-epiteliais, no sistema vascular e outros órgãos isentos de flora microbiana própria (estéreis), bem como todo o que esteja diretamente ligado com eles. ex. Pinças de biópsia; esfínterótomos	Limpeza seguida de Esterilização (1)
MÉDIO Material semicrítico	É todo aquele que entra em contacto com as membranas mucosas ou com a pele não íntegra mas geralmente não penetra tecidos estéreis. ex: endoscópios gastrintestinais	Limpeza seguida de Desinfeção de nível elevado (2; 3) (Exceção: instrumentos usados na vagina ou colo do útero, p.ex. espéculos que devem ser esterilizados)
BAIXO Material não crítico	É todo aquele que entra em contacto apenas com a pele íntegra ou que não entra em contacto direto com o doente.	Limpeza

a) Até à sua utilização, este material deve permanecer na embalagem hermeticamente fechada. Logo que a embalagem seja aberta ou se por qualquer motivo for danificada, o material deixa de ser considerado estéril.

ANEXO V - Exemplo de Implementação de um Instrumento Auditoria

INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO - Medidas Preventivas (*bundles*)

1. Evitar a tricotomia. Se for mesmo necessário, não utilizar lâminas de barbear;
2. Confirmar que o antibiótico profilático foi prescrito conforme Política de Antibióticos da do PPCIRA, para aquela cirurgia específica;
3. Confirmar que o antibiótico foi administrado nos 60 minutos antes da cirurgia;
4. Confirmar que a temperatura corporal do doente esteve dentro dos parâmetros normais durante toda a cirurgia (exclui doentes cardíacos);
5. Confirmar que o nível de glicemia do doente esteve dentro dos parâmetros normais, durante toda a cirurgia (apenas doentes diabéticos).

Este exemplo, de um Procedimento Operacional Padrão, ilustra um modo de implementar as medidas preventivas para a ILC.

Poderá ser utilizado como ponto de partida, mas localmente, estas medidas irão ser utilizadas de muitas formas diferentes, por exemplo, as decisões locais incluem: quando é feito, com que frequência irá ser feito, quem faz e como é que os dados são colhidos.

A implementação bem sucedida destas medidas pode ser conseguida, utilizando o Programa Europeu de Vigilância Epidemiológica SSHAIP (anteriormente denominado HELICS Cirurgia). Enquanto decorre a colheita dos dados e a divulgação dos resultados, as medidas continuam a ser cumpridas.

Para confirmar as medidas preventivas, os critérios sobre como executar os procedimentos devem ser estabelecidos pela equipa local com base nas normas de boas práticas.

Medidas Preventivas da ILC – Exemplo de um procedimento operacional padrão	
Afirmação	As ILC surgem quando as defesas do hospedeiro estão diminuídas por microrganismos disseminados pelos profissionais no Bloco Operatório ou através de instrumentos descontaminados inadequadamente. Os Procedimentos pré e pós operatórios realizados no serviço e no Bloco Operatório devem ser concebidos para eliminar ou minimizar, tanto quanto possível, o risco de ILC.
Objectivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otimizar cuidados peri-operatórios, minimizando o risco de ILC. 2. Ser capaz de demonstrar cuidados peri-operatórios de qualidade na área clínica.
Requisitos	<p style="text-align: center;">Antes da execução das Medidas Preventivas</p> <p>Compromisso da equipa clínica assinado: consultores, médicos em formação, gestor do serviço e equipa de enfermagem para optimizarem os cuidados preventivos da ILC.</p> <p>Os dados necessários para estas Medidas devem ser recolhidos e documentados. A análise da conformidade pode ser através da análise de dados IH-ILC (se está em curso a vigilância), ou através de uma análise semanal de uma seleção de registos peri-operatórios dos doentes.</p>
Procedimento	Análise semanal para revisão das notas



	1. Higienização das mãos 2. Seleccione em cada serviço notas de 7 doentes que foram submetidos a intervenções cirúrgicas 3. Verificar se os critérios das Medidas Preventivas foram gravados de forma adequada no Processo Clínico do doente 4. Resultados das Medidas Preventivas da ILC registados no impresso próprio
Após os cuidados	Completar Formulário Discutir e disponibilizar os dados quando são devolvidos

INFECÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO - Monitorização das Medidas Preventivas

Data: _____; Serviço: _____; Observador: _____

Critérios		Doente						
		1	2	3	4	5	6	7
1. A tricotomia foi efetuada com "clipper cirúrgico" ¹	Sim							
	Não							
	N/A							
2. A antibioticoterapia profilática foi cumprida, de acordo com a política local	Sim							
	Não							
	N/A							
3. O antibiótico foi administrado 60 minutos antes do início da intervenção cirúrgica	Sim							
	Não							
	N/A							
4. A temperatura corporal do doente manteve-se dentro dos parâmetros normais (36-37°C) durante toda a intervenção cirúrgica ²	Sim							
	Não							
	N/A							
5. O valor de glicemia do doente manteve-se inferior a 200mg/dL durante toda a intervenção cirúrgica.	Sim							
	Não							
	N/A							

1. N/A Não Aplicável - quando não há pêlos visíveis para serem removidos

2. N/A Não Aplicável - quando a temperatura do doente é intencionalmente baixa, por exemplo durante a cirurgia cardíaca, ou quando a temperatura do doente era anormal antes do início da intervenção cirúrgica.



Quadro-resumo das conclusões das medidas preventivas da ILC	Nº	Comentários
Número total de processos analisados (deve ser 7)		
Número total de pacientes que necessitavam de tricotomia e que foi correctamente realizada		
Número total de doentes que receberam o antibiótico correcto		
Número total de antibióticos administrados 60 minutos antes do início da intervenção cirúrgica.		
Número total de doentes que estiveram normotérmicos durante toda a intervenção cirúrgica.		
Número total de doentes diabéticos que estiveram normoglicémicos durante toda a intervenção cirúrgica.		
Todas ou nenhuma tabela - A prevenção da ILC foi óptima		Assinalar, se alcançado
100 % dos doentes que necessitavam de tricotomia, esta foi realizada com "clipper"		
100 % dos doentes receberam o antibiótico correcto		
100 % dos doentes receberam o antibiótico 60 minutos antes do início da intervenção cirúrgica.		
100 % dos doentes estiveram normotérmicos durante toda a intervenção cirúrgica		
100 % dos doentes estiveram normoglicémicos durante toda a intervenção cirúrgica		
Se tudo acima foi atingido, a prevenção de ILC é óptima		

Assinatura: _____; Data: _____

ANEXO VI: INDICADORES PARA A VIGILÂNCIA DA INFEÇÃO DE LOCAL CIRÚRGICO

(*vide* Norma sobre Cirurgia Segura, Salva Vidas)

i. Indicadores de Processo:

- i) Taxa de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.
- ii) Taxa de Listas com falhas registadas.
- iii) Taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

ii. Indicadores de Resultado:

- i) Índice de Apgar Cirúrgico.
- ii) Taxa de retorno não planeado à sala de operações no período de 24h.
- iii) Taxa de mortalidade no dia da cirurgia (intra-operatória e pós-operatória até às 24h).
- iv) Taxa de mortalidade pós-operatória hospitalar.
- v) Taxa de mortalidade no dia da cirurgia por procedimento.
- vi) Taxa de mortalidade intra-hospitalar pós cirúrgica por procedimento.
- vii) Taxa de infeção do local cirúrgico (por especialidade cirúrgica, por cirurgia padrão, mais prevalente ou outra considerada adequada, nível de conspurcação do local cirúrgico e estado físico ASA, índice risco NNIS) – de acordo com o definido em colaboração com o Programa Nacional Controlo de Infeção (anexo III).
- viii) Taxa de complicações cirúrgicas tipo “never event” / eventos inadmissíveis: local cirúrgico errado, procedimento errado, doente errado, retenção de objetos estranhos no local cirúrgico, morte intra-operatória em doente ASA 1.

O indicador de processo iii – Taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica – deve ser recolhido, através de auditoria interna, e enviado pelas organizações hospitalares ao Departamento da Qualidade na Saúde, como previsto no ponto 3, do capítulo “I – Norma”.

Os indicadores de resultado vii e viii acima referidos - a taxa de infeção do local cirúrgico e a taxa de complicações cirúrgicas tipo “never event”/eventos inadmissíveis - devem ser recolhidos e enviados pelas organizações hospitalares ao Departamento da Qualidade na Saúde, tal como previsto no ponto 3. do capítulo “I – Norma”. Para a obtenção do indicador vii, está disponível a aplicação de vigilância epidemiológica HELICS Cirurgia, na plataforma INSA-RIOS: (<http://www.insa-rios.net/>).