

**Simone Socorro Ferreira Lima**

**A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA PÓS-ALTA EM PACIENTES  
ADULTOS SUBMETIDOS A CIRURGIAS ABDOMINAIS.**

BELO HORIZONTE  
2011

**Simone Socorro Ferreira Lima**

**A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA PÓS-ALTA EM PACIENTES ADULTOS  
SUBMETIDOS A CIRURGIAS ABDOMINAIS.**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Vigilância e Controle das Infecções do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Aparecida Martins

Belo Horizonte  
2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA E CONTROLE DAS  
INFECÇÕES**

Prof. Clélio Campolina Diniz

Reitor

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro

Diretor do Hospital das Clínicas

Profa. Andréa Maria Silveira

Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital das Clínicas da UFMG

**COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DIDÁTICA DO CURSO**

Coordenadora: Profa. Maria Aparecida Martins

Subcoordenadora: Profa. Edna Maria Rezende

Membros: Profa. Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza

Profa. Wanessa Trindade Clemente

Representantes discentes: Andreia Maria Martins Melo

Guimar Portugal de Macedo

**BELO HORIZONTE**

**2011**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo dom da vida,

Aos meus pais, que nos ensinaram a não temer desafios e a superar os obstáculos com humildade.

À enfermeira Karla, pela sua amizade e, acima de tudo, pelo seu profissionalismo em colaborar para realização deste, sem a qual não teria sido concretizado.

À professora Maria Aparecida Martins pelo incentivo e sugestões dadas para a realização da monografia.

A todos os pacientes e acompanhantes do estudo, que mesmo num momento tão imediato de convívio com suas emoções, receberam-me com carinho e atenção.

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta para realização deste.

**“Pode parecer um  
estranho principio  
enunciar como  
primeira e mais  
importante função  
de um hospital, a de  
que ele não cause  
nenhum mal à saúde  
da paciente.”**

(Florence Nightingale)

## RESUMO

A infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) tem sido apontada como um dos mais importantes sítios de infecção relacionada à assistência a saúde devido à sua elevada frequência. A ISC está associada ao aumento na morbidade, mortalidade e nos custos hospitalares. Sendo assim, a prevenção e controle das ISC se fazem necessários para que se ofereça um serviço de qualidade aos pacientes que necessitam de intervenção cirúrgica. Considerando que grande parte dessas infecções se desenvolvem após a alta hospitalar, torna-se necessário um acompanhamento pós-alta dos pacientes cirúrgicos para que se conheça a real taxa de infecção da instituição. Este estudo objetivou conhecer a incidência global das ISC e a incidência durante e após a internação em pacientes adultos submetidos a cirurgias abdominais. Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, prospectivo, realizado em um hospital do Norte de Minas. A pesquisa foi realizada em um hospital de médio porte da cidade de Janaúba-MG, por um período de três meses. Nesse período, foram acompanhados 83 pacientes submetidos à cirurgia abdominal e notificadas quatro ISC, sendo uma durante a internação e três após a alta hospitalar. A taxa global de ISC foi de 4,8%; a taxa de infecção durante a internação foi de 1,2 % e a taxa após a alta foi de 3,6%. Os sítios de ISC foram: incisional superficial, três e profunda, uma; os agentes etiopatogênicos não foram identificados. Apesar do curto tempo de realização deste estudo e do pequeno número da amostra, observou-se a importância do controle dos egressos cirúrgicos após a alta, quando foi notificado um maior número de infecções no sítio cirúrgico. A taxa de ISC tem sido utilizada como importante indicador da qualidade da assistência oferecida pelos hospitais. É importante desenvolver estudos como este, com uma amostra mais representativa para se obter dados mais confiáveis que possam orientar a política de prevenção e controle das ISC na instituição.

**Palavras-chaves:** Infecção Sítio Cirúrgico, Vigilância pós-alta , Busca Ativa Pós- Alta

## SUMÁRIO

	PÁGINA
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	14
3 OBJETIVOS.....	24
4 MÉTODO.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	41
8 REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES.....	46
ANEXOS.....	52

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Página

<b>TABELA 1-</b> Tabela 1:Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia abdominal na Fundação de Assistência Social de Janaúba, segundo o tipo de cirurgia realizada e Taxa global de Infecções de Sítio Cirúrgico, de fevereiro a abril de 2011.....	31
<b>TABELA 2-</b> Distribuição dos procedimentos cirúrgicos segundo o potencial de contaminação da ferida cirúrgica e frequência de infecções de sítio cirúrgico nos pacientes cirúrgicos da Fundação de Assistência Social de Janaúba, de fevereiro a abril de 2011.....	34
<b>TABELA 3-</b> Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgias abdominais, segundo o tipo de cirurgia urgência/eletiva na Fundação de Assistência Social de Janaúba, de fevereiro a abril de 2011.....	38
<b>FIGURA 1</b> – Distribuição das infecções diagnosticadas durante a internação e pós- alta hospitalar nos pacientes cirúrgicos da Fundação de Assistência Social de Janaúba, no período de fevereiro a abril de 2011. ....	32
<b>FIGURA 2-</b> Distribuição das 4 infecções de sitio cirúrgico dos pacientes adultos da Fundação de Assistência Social de Janaúba, no período de fevereiro a abril de 2011, de acordo com classificação de sítio cirúrgico.....	33
<b>FIGURA 3</b> – Classificação dos 4 pacientes com infecção de sítio cirúrgico internados na Fundação de Assistência Social de Janaúba, de fevereiro a abril de 2011, segundo a faixa etária.....	35
<b>FIGURA 4</b> -Distribuição dos 83 pacientes adultos submetidos a cirurgias abdominais de acordo com as co-morbidades presentes no momento da admissão na Fundação de Assistência Social de Janaúba, no período de	



fevereiro a abril de 2011. ....	36
<b>FIGURA 5-</b> Distribuição dos pacientes notificados com infecção de sítio cirúrgico, operados na Fundação de Assistência Social de Janaúba, no período de fevereiro a abril/2011, segundo a classificação ASA ( <i>American Society of Anesthesiology</i> ).....	37
<b>FIGURA 6-</b> Distribuição das Infecções do Sítio Cirúrgico segundo o tipo de cirurgia, eletiva ou urgência, na Fundação de Assistência Social de Janaúba em 2011. ....	38
<b>FIGURA 7-</b> Distribuição percentual das visitas domiciliares aos pacientes submetidos a cirurgias abominais na Fundação de Assistência Social de Janaúba no período de fevereiro a abril/ 2011.....	39
<b>FIGURA 8 -</b> Distribuição da realização do contato telefônico no pós-operatório dos pacientes submetidos à cirurgia abdominal na Fundação de Assistência Social de Janaúba, no período de fevereiro a abril de 2011. ....	40

## **LISTAS DE ABREVIACÕES E SIGLAS**

**ANVISA** - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

**ASA** – American Society of Anesthesiology

**CCIH** – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

**CDC** - Centers for Disease Control and Prevention

**IH** - Infecção Hospitalar

**IRAS** – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

**ISC** – Infecção de Sítio Cirúrgico/ Infecções de Sítio Cirúrgico

**PCIH** - Programa de Controle de Infecção Hospitalar

**SCIH** – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

## 1 INTRODUÇÃO

As Infecções Hospitalares (IH) atualmente definidas como “Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)” têm despertado grande atenção dos Serviços de Saúde devido a sua capacidade de causar prejuízos sociais e/ou econômicos para os pacientes e instituições hospitalares.

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde são definidas como condições sistêmicas ou localizadas resultantes de reações adversas à presença de agente(s) infeccioso(s) ou sua (s) toxina(s) que não estavam presentes ou em período de incubação, no momento da admissão do paciente no ambiente hospitalar ( CDC,2008).

As IRAS podem ser atribuídas ao hospital e se manifestam durante a internação ou após a alta hospitalar. Dentre essas, as infecções de sítio cirúrgico (ISC), anteriormente denominadas de infecções de ferida operatória, correspondem de 30 a 40% das infecções hospitalares, são responsáveis por 55% dos dias adicionais na hospitalização e por 42% dos custos extras atribuíveis às infecções hospitalares (SHERERTZ,1996).

Infecções de sítio cirúrgico são aquelas que acometem tecidos e órgãos incisados e cavidades manipuladas durante um procedimento cirúrgico e podem se manifestar até 30 dias após o procedimento cirúrgico ou até um ano, quando houver implante de prótese (HORAN et al,1992).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil todos os hospitais devem traçar normas e diretrizes para a prevenção e controle das IRAS, organizadas em Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), desenvolvidos pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Para tanto, é da competência da CCIH realizar a vigilância epidemiológica de todos os pacientes, principalmente daqueles que apresentam um maior risco de infecção, particularmente aqueles submetidos à cirurgia. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) de Atlanta (Estados Unidos) recomenda que para o paciente cirúrgico, a vigilância deve ser ampliada além do período de internação, uma vez que, 12% a 84% das ISC manifestam-se após a alta, sendo geralmente sub-notificadas (MANGRAM ,1999).

As taxas de ISC variam de acordo com a classificação da ferida cirúrgica em limpa, potencialmente contaminada, contaminada e infectada. A taxa de infecção de cirurgia limpa menor que 5% é um acurado medidor de qualidade de um serviço ( FERRAZ,1992).

Diante da importância desse tema foi desenvolvido um estudo que abordou o seguinte problema: Qual a incidência real das infecções de sítio cirúrgico (ISC) em pacientes adultos submetidos à cirurgia abdominal em um hospital do interior do estado de Minas Gerais, considerando as infecções diagnosticadas durante a internação e após a alta hospitalar?

### **1.1 Justificativa**

As infecções de sítio cirúrgico em muitas instituições são sub-notificadas, pois não é feita a vigilância pós-alta dessas infecções que podem se manifestar até 30 dias após o procedimento cirúrgico ou até um ano, no caso de implante de prótese ( MANGRAM,1999) .

Entende-se, portanto, que as causas destas infecções podem ser atribuídas na maioria das vezes a curta permanência hospitalar do paciente cirúrgico, uma vez que a alta hospitalar acontece em torno do segundo ou terceiro dia do procedimento cirúrgico (MARTINS,2001).

Oliveira (2005) relata em um estudo realizado no Hospital das Clínicas/UFMG em 1999, que a vigilância pós-alta tem registrado taxas bem mais elevadas, quando comparadas às registradas durante a internação. Ainda enfatiza, que um programa de controle de Infecção Hospitalar deve ser elaborado por um sistema de vigilância epidemiológica baseado na busca ativa de dados, que seja capaz de produzir, gerar conhecimentos, fornecer medidas confiáveis e consistentes. Para isso, faz-se necessária à vigilância não somente intra-hospitalar, mas também a busca ativa pós-alta hospitalar.

Através do conhecimento adquirido com estudos e juntamente com experiência vivenciada na Fundação de Assistência Social de Janaúba, especificamente no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, observou-se que a vigilância das infecções pós alta, se restringe somente as pacientes obstétricas, através do método de busca passiva.

Assim, dentro dessa realidade, surgiu o interesse em conhecer o percentual das Infecções de Sítio Cirúrgico diagnosticadas após alta hospitalar em pacientes adultos submetidos a cirurgias abdominais.

Este estudo é de grande relevância, pois pretendeu conhecer uma taxa mais acurada das ISC e a partir daí, fornecer subsídios para a instituição implantar um programa mais direcionado e efetivo de prevenção e controle de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias abdominais em adultos, com ênfase na vigilância das ISC após a alta hospitalar e envolvimento de todos os profissionais. Estes, quando tomam conhecimento dos índices relacionados ao seu serviço específico, passam a refletir sobre a sua técnica, envolvendo-se mais com as medidas de prevenção e controle.

Segundo Oliveira (2005) se uma instituição busca a diminuição da incidência das infecções hospitalares, a sociedade se sentirá mais segura em usufruir de um serviço onde existe prevenção e controle dessas infecções.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Aspectos Históricos**

As infecções hospitalares (IH) fazem parte da história da civilização. Entende-se que nos séculos XVIII e XIX, na Europa, surgiram os primeiros hospitais, e com a criação destes, os microrganismos encontraram um meio propício para a proliferação. Desde os tempos remotos, a humanidade vem tentando dar atenção, proteção e cuidados especiais aos enfermos, porém as precárias condições de higiene propiciavam a propagação de doenças infecciosas, e como consequência observou-se uma relação entre as taxas de morbidade e mortalidade, apesar de não haver ainda registro de dados (COUTO, 1997).

Os primeiros relatos abordando o problema de infecções associadas à assistência hospitalar aparecem em trabalhos antigos, como o de Ignaz Semmelweis, médico húngaro, que em 1846, já identificava o risco de febre puerperal dentro do ambiente das enfermarias obstétricas de um hospital em Viena. Nessa época, puérperas morriam após o parto, por terem contraído um “mal desconhecido”. Estudos relatam que alunos de medicina faziam autópsias e, em seguida, examinavam as parturientes sem lavarem as mãos ou usarem qualquer tipo de proteção. Diante das altas taxas de mortalidade, Ignaz Semmelweis instituiu a obrigatoriedade da lavagem das mãos com água clorada para todos os profissionais da instituição, antes do exame da parturiente. Após a adoção dessa medida as taxas de mortalidade caíram de 12% para 3%. (MARTINS, 2001).

Em 1863, Florence Nightingale, descreveu uma série de cuidados e estratégias relacionados aos pacientes com o objetivo de reduzir o risco de IH. Suas atividades na guerra da Criméia, em hospitais militares, constituíram a base do conhecimento para a criação de seus inúmeros princípios de higiene e de vigilância das infecções hospitalares, demonstrando já naquela época, que o controle de infecção não estava isolado de todos os fatores que envolviam o atendimento ao paciente (COUTO, 1997).

A preocupação com o controle das IH no Brasil surge na década de 60 através de publicações dos primeiros relatos sobre o tema. No Brasil, esse controle é regido por ações governamentais desde 1983 através da Portaria 196/83 do Ministério da Saúde (MS), que determinava que todos os hospitais, públicos ou privados, deveriam

constituir as comissões de controle de infecção hospitalar, as CCIH. Em 1985, após a morte do Presidente Tancredo Neves, supostamente com infecção hospitalar, ações de controle dessa infecção tiveram novo impulso. Em 1992, foi publicada nova Portaria, a 930, que instituía a criação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, além da CCIH e, em 1997, após a Lei nº 9431/97, o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) passou a ser obrigatória em todos os hospitais do país.

A ANVISA, seguindo os padrões internacionais de definição de IH- infecção hospitalar, que chamavam a atenção que essas infecções não aconteciam apenas no ambiente hospitalar, mas em qualquer serviço que prestasse assistência à saúde, desde ambulatórios, consultórios dentários, salões de beleza, ampliou o termo de IH para IRAS – infecções relacionadas à assistência à saúde. Atualmente o termo IH ainda é utilizado em muitos serviços, mas gradativamente vem sendo substituído pelo termo IRAS.

No contexto das infecções hospitalares, as Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC) são uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil, ocupando a terceira posição entre todas as infecções registradas pelos serviços de saúde e representando 14% a 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados ( ANVISA,2009).

A infecção do sítio cirúrgico (ISC) ganha destaque tanto pela sua frequência quanto pelo grande impacto na morbidade, tempo de internação e custos (VERONESI E FOCACCIA, 2005). Acarreta grande ônus socioeconômico tanto para a instituição, em decorrência dos custos hospitalares, quanto para o paciente pelo prolongamento do período de afastamento de seus familiares e de suas atividades profissionais. Um paciente que teve uma infecção pode aumentar os gastos com sua internação de até três vezes quando comparado ao paciente que não teve infecção (KUNZLE et al., 2006).

Convém ressaltar que as infecções de sitio cirúrgico podem ser preveníveis em até 35%, desde que a instituição estabeleça medidas adequadas ( MANIAN,1997).

## **2.2 Aspectos conceituais e Critérios diagnósticos para classificação das ISC**

As infecções de sítio cirúrgico (ISC) são aquelas que ocorrem na incisão cirúrgica, acometendo tecidos, órgãos e cavidades manipulados durante a operação, podendo ser

diagnosticadas até 30 dias após a data de realização do procedimento ou até o primeiro ano no caso de implante de prótese ( HORAN et al, 1992; GARNER,1988)

As Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) têm-se destacado como as maiores fontes de morbidade e mortalidade entre os pacientes submetidos a cirurgias, pois prolongam o tempo de internação em média mais de sete dias e, conseqüentemente, o custo hospitalar, sem contar os prejuízos para o paciente. Essa infecção continua a ser uma das mais temidas complicações decorrentes de um ato operatório (OLIVEIRA, 2005).

O diagnóstico da infecção de sítio cirúrgico tem como base os critérios definidos pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention) em 1988 (GARNER, 1988) e posteriormente revistos em 1992 (HORAN et al,1992) .

Em 1993, a Metodologia NNIS aplicada aos Hospitais Brasileiros foi revista e sendo descritos o Componente Cirúrgico e a classificação das cirurgias por sítios específicos nos diversos procedimentos cirúrgicos. Como critério geral, as infecções cirúrgicas devem ser diagnosticadas no máximo até 30 dias após o procedimento, ou até um ano, se houver prótese (STARLING et al,1993).

No Brasil, o Ministério da Saúde adaptou o sistema de Vigilância NNISS (National Nosocomial Infections Surveillance System (BRASIL,1994) e recomendou a adoção dos critérios de ISC do CDC, através da Portaria 2616 ( BRASIL,1998).

Em 2009, a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou os critérios nacionais, cujo objetivo é sistematizar a vigilância das infecções do sítio cirúrgico e definir indicadores de resultado, processo e estrutura para a prevenção de infecção pós-operatória nos serviços de saúde do Brasil.

Os critérios diagnósticos para classificação da ISC utilizados neste estudo serão os definidos pelo CDC e recomendados pela ANVISA (2009 ) e estão apresentados nos Quadros 1 e 2.



**Quadro 1 – Critérios diagnósticos do CDC para a classificação da ISC**

<p><b>Infecção de sítio cirúrgico Incisional Superficial</b></p>	<p><b>Critério 1</b></p> <p>Ocorre nos primeiros trinta dias pós-cirúrgicos e envolve pele e tecidos subcutâneos da incisão.</p>	<p><b>Mais 1 dos seguintes:</b></p> <p>a) drenagem purulenta da incisão superficial.</p> <p>b) Cultura positiva do fluido ou tecido obtido assepticamente da incisão superficial.</p> <p>c) Pelo menos 1 dos seguintes sinais ou sintomas de infecção:</p> <p>dor ou sensibilidade, inflamação local, vermelhidão ou calor e a incisão é deliberadamente aberta pelo cirurgião, exceto se a cultura for negativa.</p> <p>d) Diagnóstico de infecção pelo cirurgião ou médico assistente</p>
<p><b>Infecção de sítio cirúrgico Incisional Profunda</b></p>	<p><b>Critério 1</b></p> <p>Ocorre nos primeiros trinta dias pós-cirúrgicos. Se houver implante de prótese pode ocorrer no primeiro ano. Envolve tecidos moles profundos (fáscia e músculos).</p>	<p><b>Mais 1 dos seguintes:</b></p> <p>a) Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não do órgão/cavidade.</p> <p>b) Deiscência espontânea da incisão ou abertura pelo cirurgião quando o paciente tem 1 dos seguintes sinais ou sintomas : febre, dor local ou sensibilidade, exceto se a cultura for negativa.</p> <p>c) Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo a incisão profunda visualizado durante exames diretos, reoperação ou exame histopatológico ou radiológico.</p> <p>d) Diagnóstico de infecção pelo cirurgião ou médico assistente</p>
<p><b>Infecção de sítio cirúrgico em Órgãos/Cavidade</b></p>	<p><b>Critério 1</b></p> <p>Ocorre nos primeiros trinta dias pós-cirúrgicos. Se houver implante de prótese pode ocorrer no primeiro ano. Envolve órgãos ou cavidades, que não a incisão, abertos ou manipulados durante a incisão</p>	<p><b>Mais 1 dos seguintes:</b></p> <p>a) Drenagem purulenta pelo dreno colocado dentro do órgão/cavidade através da incisão contra-lateral (*).</p> <p>b) Cultura positiva do fluido ou tecido do órgão/cavidade obtido assepticamente..</p> <p>c) Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo órgão/cavidade visualizado durante exame direto, reoperação ou exame histopatológico ou radiológico.</p> <p>d) Diagnóstico de infecção pelo cirurgião ou médico assistente</p>

Fonte : Horan et al, 1992

De acordo com os critérios do CDC (HORAN et al 1992) o guia de prevenção e controle da infecção do sítio cirúrgico, propõe que a presença da secreção purulenta deve ser considerada como padrão-ouro para a notificação da mesma, desde que não caracterize reação local ao ponto. E, ainda recomenda que, após a notificação, a ISC deva ser classificada de acordo com sua localização como: superficial (quando acomete apenas pele ou tecido celular subcutâneo), profunda (quando envolve estruturas profundas da parede, fáscia e camada muscular) e órgão/cavidade (quando envolve estruturas anatômicas, abertas ou manipuladas durante o ato cirúrgico).

**Quadro 2- Critérios diagnósticos da ANVISA/MS, para a classificação da ISC**

	<b>Classificação e critérios definidores de infecção cirúrgica.</b>
<p><b>INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC):</b></p> <p><b>Incisional</b></p> <p><b>Superficial</b></p>	<p>Ocorre dentro de 30 dias após o procedimento E envolve apenas pele e tecido subcutâneo da incisão E pelo menos 1 dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Drenagem purulenta na incisão superficial;</li> <li>2. Agente isolado por método asséptico de cultura de secreção ou tecido da incisão superficial (não são considerados resultados de culturas colhidas por swab);</li> <li>3. Ao menos um dos sinais e sintomas de infecção: dor, calor, rubor, tumefação localizada, hiperemia E a incisão superficial é aberta deliberadamente pelo cirurgião com cultura positiva ou cultura não realizada.</li> </ol> <p>A cultura negativa exclui o diagnóstico;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Diagnóstico de infecção incisional superficial feito pelo cirurgião ou clínico que acompanha o paciente.</li> </ol> <p>Tipos:</p> <p>A. Incisional superficial primária: identificada na incisão primária em paciente com mais de 1 incisão.</p> <p>B. Incisional superficial secundária: identificada na incisão secundária em paciente com mais de 1 incisão.</p>
<p><b>INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC):</b></p> <p><b>Incisional Profunda</b></p>	<p>Ocorre dentro de 30 dias após o procedimento se não houver colocação de implante e até um ano quando há colocação de implantes e a infecção parece estar relacionada ao procedimento cirúrgico e envolve tecidos profundos da incisão como fáscia e musculatura e pelo menos um dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não originada de órgão/espaço;</li> <li>2. Deiscência espontânea profunda ou incisão aberta pelo cirurgião E a cultura é positiva ou não realizada, quando o paciente apresentar pelo menos 1 dos sinais e sintomas: febre &gt; 38oC, dor ou tumefação localizada;</li> <li>3. Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo tecidos profundos durante exame direto ou re-operação, ou por exame radiológico ou histopatológico;</li> <li>4. Diagnóstico de infecção incisional profunda feito pelo cirurgião ou clínico que</li> </ol>

	acompanha o paciente.  Tipos:  A. Incisional superficial primária: identificada na incisão primária em paciente com mais de 1 incisão B. Incisional superficial secundária: identificada na incisão secundária em paciente com mais de 1 incisão
<b>INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC): Órgão/Cavidade</b>	Ocorre dentro de 1 ano após a colocação de implantes e a infecção parece estar relacionada ao procedimento cirúrgico e envolve qualquer parte do corpo excluindo pele da incisão, fáscia e musculatura que é aberta durante a manipulação cirúrgica e pelo menos 1 dos seguintes:  1. Secreção purulenta de um dreno que é colocado profundamente;  2. Microrganismo isolado de cultura obtido de forma asséptica de fluido ou tecido de órgão/espaço;  3. Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo tecidos profundos durante exame direto ou re-operação, ou por exame radiológico ou histopatológico;  4. Diagnóstico de infecção feito pelo cirurgião ou clínico que acompanha o paciente.  Observação:  Sinais clínicos (febre, hiperemia, dor, calor, calafrios) ou laboratoriais (leucocitose, aumento dos níveis de Proteína C reativa - PCR quantitativa ou Velocidade de hemossedimentação - VHS) são inespecíficos, mas podem sugerir infecção.  Tipos:  A. Óssea, Articulação ou Bursa e Espaço Discal.

OBS: Caso a infecção envolva mais de um plano anatômico, notifique apenas o sítio de maior profundidade.

Fonte : ANVISA (2009)

### 2.3 Fatores de risco relacionados às ISC

As infecções pós-cirúrgicas surgem como resultado de um desequilíbrio nas relações entre o ser humano e a microbiota endógena que corresponde a 70%, ou exógena 30%, decorrente do ato cirúrgico e dos procedimentos que o antecedem ou sucedem. Constata-se, porém, que a cirurgia constitui um procedimento de risco por si só, devido ao rompimento da barreira epitelial, desencadeando uma série de reações sistêmicas no organismo e facilitando a ocorrência do processo infeccioso, quer seja pelo ato em si, em que ocorre a alteração do PH, a hipóxia e a deposição de fibrina, que afetam os mecanismos locais de defesa, seja por uma infecção à distância ou outro procedimento invasivo ( FERRAZ, 2003, apud MARTINS, 2003).

As cirurgias também apresentam outros fatores relevantes como a duração do procedimento, uma vez que, há uma maior exposição tecidual, maior supressão das

defesas do hospedeiro e aumento da fadiga na equipe, podendo favorecer quebra de técnica cirúrgica. O maior tempo de permanência pré-operatória predispõe a infecção por cepas hospitalares mais virulentas e resistentes aos antibióticos, assim como a presença de infecção concomitante, o uso de drenos e próteses e o estado nutricional do paciente. Deve-se também levar em consideração a técnica de preparo da pele do paciente, pois a tricotomia realizada com lâmina há mais de duas horas do início da cirurgia, tem aumentado significativamente o risco de ISC. Considera-se também como fator de risco à ISC, as cirurgias de urgência, devido à diminuição da adesão às técnicas cirúrgicas mais apropriadas e às piores condições de realização do ato cirúrgico (MACHADO,1997).

Nenhuma taxa de IH pode ser avaliada isoladamente, sem levar em conta a influência dos fatores de risco para a ISC, associados ao estado geral e imunológico do paciente. A condição clínica do paciente, é definida pelo score ASA-American Society of Anesthesiology (OWENS et al,1978), com objetivo de se obter uma melhor avaliação do risco da morbidade e mortalidade associado à anestesia. Assim, os pacientes são classificados em cinco categorias, de acordo com o estado de saúde do paciente. Essa medida é feita a princípio para cirurgias e leva em consideração uma variedade de fatores do paciente que estão diretamente relacionados ao risco de infecção, incluindo idade, estado nutricional, presença de doenças sistêmicas. Esta classificação considera o estado clínico do paciente, de acordo com a presença de:

A idade avançada representa um fator de risco independente, sendo o mecanismo de base mais provável a diminuição das defesas imunológicas do indivíduo.

Os fatores relacionados ao paciente têm influenciado nos índices da IRAS tabagismo, obesidade, doenças de bases( Diabetes, hipertensão arterial).

O uso da antibioticoprofilaxia nos procedimentos cirúrgicos têm indicação precisa e comprovada na literatura mundial e a omissão desse uso aumenta significativamente o risco de infecção no sítio cirúrgico. (TRILHA,1997).

Segundo recomendações do CDC, a classificação das cirurgias deverá ser feita de acordo com o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, com o objetivo de estabelecer parâmetros comparativos, cujos percentuais esperados são: para ferida limpa de 1 a 5%; potencialmente contaminada de 3 a 11%; contaminada de 10 a 17% e

infectada, maior que 27% (GARNER,1988). No Brasil, os valores percentuais preconizados pelo Ministério da Saúde para cirurgias: limpas, até 5%, potencialmente contaminadas, 10%, contaminadas entre 20% a30% e infectadas, de 40% a 100% (BRASIL, 1992).

A classificação da ferida por potencial de contaminação é também um parâmetro estimador do inóculo bacteriano. O potencial de contaminação da ferida operatória constitui um indicador do risco da ISC, possibilitando a implementação de ações preventivas para cada categoria específica.

#### **2.4 Vigilância Epidemiológica das Infecções de Sítio Cirúrgico**

De acordo com a Portaria 2616/MS de maio de 1998 (BRASIL,1998), a Vigilância Epidemiológica (VE) tem sido usada para detectar IH, com observação ativa, sistemática e contínua da ocorrência e distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

A vigilância das infecções hospitalares é um importante instrumento utilizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Trata-se de um processo que compreende coleta, consolidação, análise e interpretação de dados observados, gerando assim informações essenciais para o planejamento, implementações de ações e avaliação de medidas de intervenção.

Na vigilância das infecções de sitio cirúrgico utiliza-se o componente cirúrgico do sistema NNIS ( National Nosocomial Infections Surveillance) do CDC, no qual a vigilância é feita através de componentes direcionados para pacientes ou serviços de maior risco de infecção hospitalar. No componente cirúrgico, os pacientes devem ser acompanhados desde a cirurgia até a alta e, seguidos até 30º dia de pós-operatório ou até um ano, se houver implante de prótese. Oliveira et al (2002), em um estudo realizado em um hospital de Minas Gerais, relatou que a maioria das ISC foi notificada até 21 dias do pós-operatório.

As ISC se desenvolvem na maioria das vezes após a alta do paciente, fato que se atribui à curta permanência do paciente cirúrgico no hospital. A alta hospitalar cada vez mais precoce beneficia o paciente em alguns aspectos como o retorno precoce ao

convívio social e uma menor exposição ao ambiente hospitalar, mas em contrapartida, tem dificultado a vigilância das ISC ( OLIVEIRA, 2004).

De acordo com Couto (1997), os métodos de coleta de dados para a vigilância das ISC podem ser divididos em passivos e ativos. Os passivos são aqueles em que a IH é identificada e notificada por profissional não pertencente ao programa de controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Entre as técnicas passivas, incluem-se as notificações pelo médico assistente, ou pelo enfermeiro assistente, e a revisão dos prontuários após a alta. Alguns problemas relacionados a este método são a falta de critérios uniformes, relutância de alguns médicos em admitir a infecção e escassez do tempo do profissional assistente para o preenchimento de fichas. A baixa sensibilidade deste método, associada à dificuldade na detecção de surtos, faz com que esse não seja recomendado para a vigilância das IRAS. O método mais recomendado é o ativo que implica em atuação dos próprios profissionais da CCIH na detecção das infecções. Os métodos ativos são os mais indicados, pois permitem maior detecção de casos e de problemas relacionados à IH. Além disso, a visita regular dos enfermeiros do controle de infecção às unidades de internação possibilita a orientação e interação da CCIH com enfermeiros e médicos assistentes.

A coleta de dados na vigilância epidemiológica pelo método ativo geralmente é realizada pelo enfermeiro da SCIH, podendo ser feita por outros profissionais capacitados para tal atividade. Periodicamente, esse profissional realiza visitas às unidades de internação com o objetivo de identificar novas IH e acompanhar as detectadas anteriormente. A informação para o diagnóstico epidemiológico da IH pode ser obtida nos prontuários, nos relatórios de enfermagem e nos dados de laboratório.

A vigilância pós-alta hospitalar é considerada um ponto crítico, devido à inacessibilidade ao paciente, exceto para aquelas instituições que possuem ambulatório específico de controle de egressos cirúrgicos. As taxas de ISC obtidas em instituições que não fazem algum segmento dos pacientes cirúrgicos não retratam a realidade do serviço prestado, indicando uma falsa idéia de problema, dificultando e impedindo que ações preventivas e de controle das ISC sejam implementadas (OLIVEIRA ,2004).

São vários os métodos que podem ser adotados na vigilância as ISC após a alta hospitalar. A saber:

*Contato telefônico:* É um método de baixo custo e de fácil realização. A sensibilidade é

uma limitação pelo viés de informação, pois pode ser duvidosa a interpretação dos sinais e sintomas de infecção pelo próprio paciente, que pode confundir secreção serosa com pus, levando assim, a uma super notificação da infecção pela ausência de outros sintomas e sinais. Esse método pode apresentar dificuldades de comunicação com os pacientes após a alta, devido aos diversos problemas como: número incorreto do telefone ou o mesmo está ocupado ou até desligado. Além disso, muitos dos pacientes no nosso meio têm um menor poder aquisitivo e não possuem telefone.

*Envio de questionário a pacientes:* é relativamente eficiente, tem uma sensibilidade e especificidade incertas, pois a informação também depende do paciente. Segundo Ferraz, (1987, apud OLIVEIRA, 2004) o retorno dos questionários respondidos é baixo e a taxa de resposta varia de 15% a 33%.

*Retorno ambulatorial dos pacientes:* consiste na avaliação da ferida cirúrgica pelo membro da CCIH, devidamente capacitado, no retorno do paciente ao ambulatório da instituição para retirada dos pontos ou avaliação da cirurgia. É necessário que a avaliação seja feita por um membro da CCIH a fim de garantir a homogeneidade dos critérios utilizados na notificação das ISC intra-hospitalares e após a alta.

Nenhum desses métodos apresenta uma sensibilidade e especificidade de 100% mas alguns autores argumentam que o exame direto da ferida operatória por um profissional capacitado seria o de maior sensibilidade, apesar de trabalhoso e mais oneroso para a instituição ( HOLTZ e WENZEL 1992, apud MARTINS, 2003).

Cada instituição deve escolher o método mais adequado às suas características, à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo além da disponibilidade de recursos humanos (BRASIL, 1983).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Determinar a incidência de infecções de sítio cirúrgico nos pacientes adultos submetidos a cirurgias abdominais em um hospital público de pequeno porte, situada no interior do Norte de Minas.

#### **3.2 Específicos**

- Determinar a taxa global de infecções de sítio cirúrgico, durante a internação e após a alta hospitalar, nos pacientes adultos submetidos a cirurgias abdominais no Hospital público
- Verificar a incidência de infecção de sítio cirúrgico nos pacientes submetidos a cirurgias abdominais durante a internação.
- Verificar a incidência de infecção de sítio cirúrgico nos pacientes submetidos a cirurgias abdominais após a alta hospitalar.
- Verificar a distribuição percentual das ISC por sítio cirúrgico.
- Analisar os fatores de riscos associados as ISC.



## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo prospectivo, observacional, descritivo, de pacientes adultos submetidos a cirurgia abdominal em um hospital público no município de Janaúba, no período de 01 de fevereiro a 14 de abril de 2011.

### **4.2 Caracterização da instituição**

O presente estudo foi realizado na FUNDAJAN – Fundação de Assistência de Janaúba. É uma instituição que atende a população de Janaúba e demais cidades da Microrregião Janaúba/Monte Azul no estado de Minas Gerais. Trata-se de uma entidade de direito privado, filantrópica, sem fins lucrativos. É a única instituição hospitalar no município de Janaúba, é referência microrregional, oferece serviços de Angiologia, Clínica Médica, Cardiologia, Cirurgia geral, Ginecologia/obstetrícia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Neurologia e Nefrologia. Possui 86 leitos sendo 29 destinados para pacientes cirúrgicos e conta uma equipe permanente de quatro médicos cirurgiões; são realizadas, em média, 220 cirurgias/mês. De acordo com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da FUNDAJAN, a média/mês de procedimento cirúrgico de acordo com o potencial de contaminação no ano de 2010 foi 95 cirurgias limpas, 32 contaminadas, 43 potencialmente contaminada e 22 infectadas, cuja taxa de incidência de infecção hospitalar é respectivamente 0,96% , 1,26%, 2,29% e 22,58 para infectada.

No ano de 2007 a FUNDAJAN implantou o sistema de vigilância das IH pela metodologia NNISS e o método de busca ativa de infecções nos pacientes internados . A partir de Janeiro/2011, foram adotados os critérios nacionais de Infecção de Sítio Cirúrgico proposto pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Devido à deficiência de recursos humanos e financeiros ainda não foi instituída a vigilância de ISC nos pacientes após a alta hospitalar. Para a realização deste estudo foi feito um projeto-piloto e realizada a busca ativa das ISC após a alta.

#### **4-3 Critérios e Definições utilizadas**

Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC): São aquelas que acometem tecidos e órgãos incisionados e cavidades manipuladas durante um procedimento cirúrgico e ocorrem até o 30º dia de pós operatório ou até o primeiro ano, se houver implante de prótese (GARNER,1998).

Critérios para notificação das ISC: Será observado a presença de sinais clássicos como: rubor, edema, calor, deiscência de sutura, presença de secreção purulenta no local da incisão, uso de antibiótico e febre maior que 38°C (ANVISA,2009).

Procedimento cirúrgico NNIS (*National Nosocomial Infections Surveillance*): Considerou-se procedimento cirúrgico NNIS aquele realizado no bloco cirúrgico, com no mínimo uma incisão de pele/ mucosa (inclui endoscopia), suturada antes da saída do paciente da sala cirúrgica (exclui debridamento) (HORAN,1992).

Paciente NNIS: é aquele em que a data de admissão difere da data de saída, com período de internação superior a 24 horas. Foi estipulado o tempo de seguimento em até 30 dias após a cirurgia (HORAN,1997).

#### **Classificação das cirurgias de acordo com o potencial de contaminação da ferida cirúrgica (BRASIL, 1998):**

*Cirurgias limpas* - São aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;

*Cirurgias potencialmente contaminadas* - São aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se

nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

*Cirurgias contaminadas* - são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria.

*Cirurgias infectadas* - são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ ou tecido necrótico.”

#### **Classificação ASA do paciente de acordo com a *American Society Anesthesiology* (Owens, 1978):**

ASA 1 - paciente normal e sadio.

ASA 2 - paciente com doença sistêmica leve, como hipertensão arterial compensada, diabetes sem complicação.

ASA 3 - paciente com doença sistêmica grave, com limitação de atividade, porém não incapacitante, como por exemplo, diabetes com complicações vasculares.

ASA 4 - paciente com doença sistêmica incapacitante que representa constante ameaça à vida, como por exemplo, hepatopatia crônica descompensada, insuficiência renal grave, coronariopatia grave, insuficiência cardíaca congestiva.

ASA 5 - Paciente moribundo com pouca possibilidade de sobreviver por mais de 24 horas, independente de ser submetido a procedimento cirúrgico.”

#### **4.4 Sujeitos da Pesquisa e Critérios de inclusão e exclusão**

*Sujeitos da pesquisa:* Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes adultos residentes em Janaúba, admitidos na FUNDAJAN no período de 01 de fevereiro de 2011 a 14/04/2011 e submetidos à

cirurgia abdominal, inclusive cesárea. Em nenhum desses pacientes houve implante de prótese.

*Critérios de Inclusão:* Foram elegíveis para o estudo os pacientes adultos submetidos a procedimentos cirúrgicos NISS: cirurgias abdominais (apendicetomia, herniorrafia, umbilical e inguinal, laparotomia, colecistectomia, megacolon e cesárea), sendo classificados como pacientes NNIS, submetidos a procedimentos cirúrgicos NNIS pela equipe de Serviço de Cirurgia Geral da instituição.

*Critérios de Exclusão:* Foram excluídos do estudo os paciente não submetidos à cirurgia abdominal e aqueles submetidos à videolaparoscopia.

#### **4-5 Variáveis**

Para o desenvolvimento da pesquisa os seguintes dados foram coletados: topografia da infecção; idade; doenças de base (obesidade, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasia e hipertensão arterial); cirurgia (tipo e potencial de contaminação); classificação segundo o índice ASA e duração da cirurgia. A classificação do potencial de contaminação cirurgias foi feita pelos cirurgiões após realização do procedimento cirúrgico.

#### **4-6 Instrumento e fontes de dados**

Os dados referentes aos pacientes internados foram obtidos pelo método de busca ativa, através de observação direta da incisão cirúrgica, busca nos prontuários e exames laboratoriais. Os dados após a alta dos pacientes foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada em dois momentos, durante a visita domiciliar e por contato telefônico.

#### **4.7 Etapas desenvolvidas**

Todos pacientes submetidos a cirurgias abdominais do dia 01/02 a 14/04 de 2011, foram acompanhados desde a admissão até 30 dias após o procedimento cirúrgico. Eles receberam informações necessárias ao estudo antes e durante o curso da pesquisa, foram orientados sobre a importância da sua participação e assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A ). A partir daí todos foram cadastrados por meio de um formulário elaborado pela pesquisadora, onde foram registrados os dados pessoais, data de admissão, data e tipo de cirurgia e data de alta hospitalar (Apêndice B).

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, um para o paciente internado e outro para o paciente após a alta hospitalar. O instrumentos de coleta de dados para os pacientes acompanhados durante a internação foi a ficha de acompanhamento (Apêndice C), que foi preenchida com dados observados na ferida operatória, dados dos prontuários médico e de enfermagem e exames laboratoriais;

Após a alta hospitalar, os dados foram obtidos por meio de uma entrevista semi-estruturada (Apêndice D), realizada pela pesquisadora , através da visita domiciliar entre o 7º ao 15º dia do procedimento cirúrgico, sendo investigados sinais clássicos de infecção em sítio cirúrgico como: rubor, edema, calor, deiscência de sutura, presença de secreção purulenta no local da incisão, sinais sistêmicos como uso de antibiótico e febre maior que 38°C, além do uso de antibióticos.

Para maior confiabilidade das notificações foi realizado um contato telefônico por volta do 21º ao 30º dia após a cirurgia, neste seguimento também foi usado entrevista semi-estruturada, conforme (Apêndice E).

Para notificar as ISC intra e pós-alta hospitalar, foi usada a ficha de notificação (Anexo A) elaborada e utilizada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da FUNDAJAN. Ao final de cada mês, todos os casos foram discutidos entre a pesquisadora e a equipe de colaboradores do SCIH da FUNDAJAN com o objetivo de assegurar a confiabilidade das notificações.

#### **4-8 Processamento e análise dos dados**

Os dados coletados foram consolidados em gráficos e tabelas e submetidos à análise quantitativa e descritiva, com distribuição de percentual e comentários. Utilizou-se o programa Excel para a construção dos gráficos, que foram posteriormente inseridos no programa Word, utilizado também para a construção das tabelas da pesquisa. Foi realizada análise simples dos dados, não requerendo programa específico.

#### **4.9 Aspectos éticos**

O estudo foi desenvolvido após o consentimento da Fundação de Assistência Social de Janaúba (Anexo F) e após os participantes (pacientes pesquisados) assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido elaborado conforme as normas preconizadas pela resolução do Ministério da Saúde nº 196, de 1996 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

## 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período determinado para o estudo foram incluídos 83 pacientes, sendo detectadas quatro infecções de sítio cirúrgico, resultando em uma taxa global de 4,8 % de ISC. Dessas infecções, uma foi identificada durante o período de internação e três notificadas após a alta hospitalar.

### • Ocorrência de ISC conforme procedimento cirúrgico

Dos 83 procedimentos cirúrgicos acompanhados, 50 (60,2%) foram cesáreas, 10 (12%) colecistectomia, 11 (13,2%) herniorrafia e 12 (14,4%) corresponderam a outros procedimentos (TABELA 1).

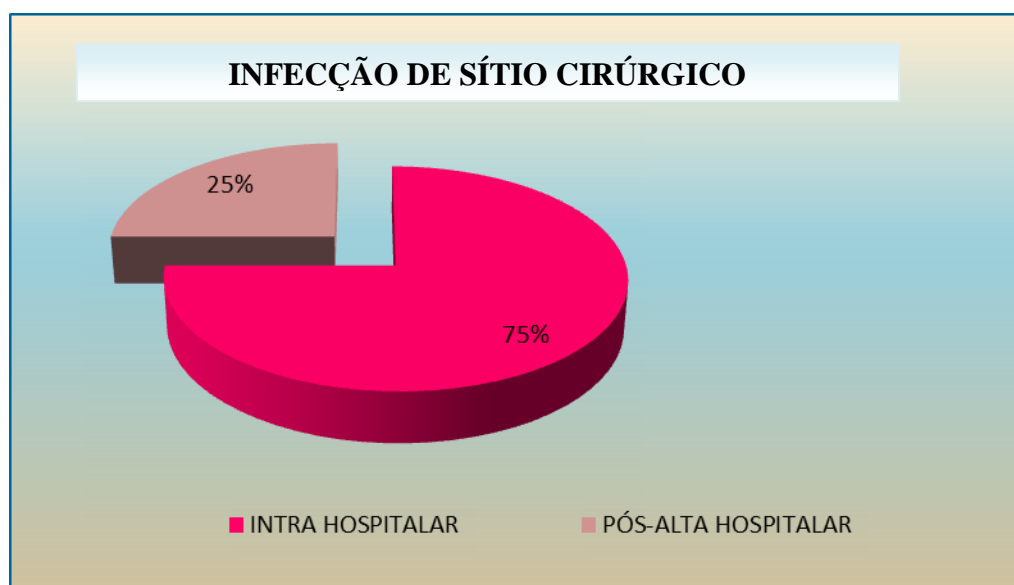
Das 50 parturientes submetidas à cesárea, 3 (três) apresentaram ISC após o parto (TAB. 1), resultando em uma taxa de infecções em parturientes de 6%. Santana (2002) relata que aproximadamente 5% das mulheres que têm parto cesáreo desenvolvem infecção de ferida cirúrgica. Gabrielloni e Barbieri (2000), afirmam que, internacionalmente, a infecção apresenta índices que oscilam entre 3% e 20% e, em nosso país, esses valores variam de 1% a 7,2%.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes submetidos à cirurgia abdominal na Fundação de Assistência Social de Janaúba, segundo o tipo de cirurgia realizada e Taxa global de Infecções de Sítio Cirúrgico, de fevereiro a abril de 2011.

Tipo	Tipo de Cirurgia		Infecções de sítio cirúrgico	
	N	Porcentagem %	N <sup>o</sup>	Taxa de ISC %
Colecistectomia	10	12,0	0	-
Laparotomia	5	6,0	01	1,2%
Apendicectomia	6	7,2	0	-
Herniorrafia	11	13,3	0	-
Ooforectomia	1	1,2	0	-
Cesárea	50	60,2	03	6,0%
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>	<b>04</b>	<b>7,2%</b>

- **Notificação das Infecções de Sítio Cirúrgico durante a internação e pós-alta Hospitalar.**

Na vigilância epidemiológica dos 83 pacientes submetidos a cirurgias abdominais, foram identificadas quatro ISC (taxa global de 4,8%) , sendo três (75%), após a alta hospitalar (Figura 1). A taxa de ISC intra-hospitalar foi de 1,2% e de 3,6% após a alta hospitalar . Observou-se que caso a vigilância das ISC se restringisse apenas durante a internação, a taxa global de ISC seria de 1,2%, portanto sub-notificada. A taxa de ISC após a alta hospitalar foi três vezes maior em relação às taxas encontradas no período intra-hospitalar. Segundo Mangran ( 1999) 12% a 84% das ISC manifestam-se após a alta do paciente. Daí a necessidade de acompanhamento, já que a sub-notificação evidencia uma falsa realidade de que não existem problemas e conseqüentemente não serão desenvolvidos esforços e melhoria dos serviços prestados.



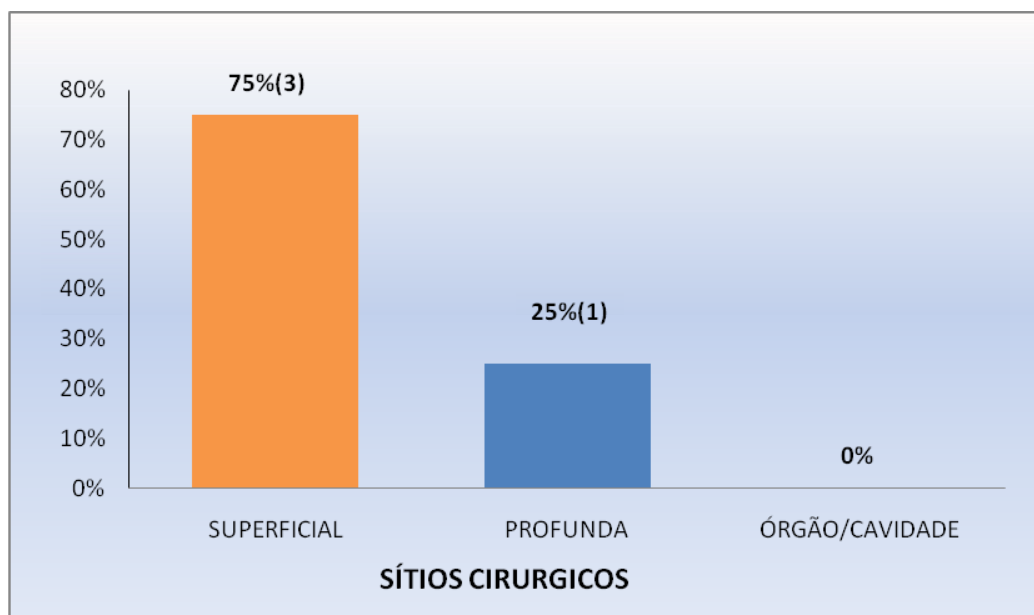
**Figura1 – Distribuição das infecções diagnosticadas durante a internação e pós- alta hospitalar nos pacientes cirúrgicos da Fundação de Assistência Social de Janaúba, no período de fevereiro a abril de 2011.**

Na literatura, ainda não está bem definido se a busca ativa é o melhor método de vigilância pós-alta por ser mais oneroso para a instituição, mas acredita-se que constitua um método



seguro e confiável para o diagnóstico da ISC, fornecendo taxas globais de ISC mais acuradas na população estudada. (MARTINS,2003).

O estudo evidenciou que três (75%) das ISC foram classificadas como incisionais superficiais e uma (25%) como incisional profunda, não sendo registrada nenhuma ISC em órgão/cavidade. (Figura 2). (MACHADO, 1997 apud MARTINS, 2003) ressalta que a maioria das ISC são superficiais, acometem apenas a pele/ e ou subcutâneo da região operada.



**Figura 2- Distribuição das 4 infecções de sítio cirúrgico dos pacientes adultos da Fundação de Assistência Social de Janaúba, no período de fevereiro a abril de 2011, de acordo com classificação de sítio cirúrgico.**

- **Classificação da ferida operatória segundo o potencial de contaminação.**

Dos 83 procedimentos cirúrgicos realizados, 77 (92,8%) foram considerados procedimentos limpos, 1 (1,2 %) potencialmente contaminado e 5 (6,0%) contaminados. O maior número de ISC, três infecções (taxa de infecção de 3,9%), foi detectado em cirurgias limpas e não nas de maior risco de ISC provavelmente devido ao pequeno número da amostra das demais.

Ferraz et al ( 1992 apud MARTINS, 2003) relatam que 70% dos pacientes são submetidos à cirurgia limpa, sendo que os percentuais esperados para ISC em ferida limpa variam de 1% a 5%. À medida que aumenta o grau de contaminação do sítio cirúrgico, o risco de infecção aumenta proporcionalmente.

A incidência de infecção em ferida limpa é um acurado medidor de qualidade de um serviço (DELGADO 2001, apud MARTINS, 2003).

Tabela 2-Distribuição dos procedimentos cirúrgicos segundo o potencial de contaminação da ferida cirúrgica e frequência de infecções de sítio cirúrgico nos pacientes cirúrgicos da Fundação de Assistência Social de Janaúba, de fevereiro a abril de 2011

<b>Potencial de contaminação da ferida cirúrgica</b>	<b>Nº de procedimentos</b>	<b>Percentual</b>	<b>Nº de ISC</b>
Limpa	77	92,8	3
Potencialmente contaminada	1	1,2	1
Contaminada	5	6,0	0
Infectada	0	0,0	0
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>

- **Faixa etária dos pacientes com diagnósticos de ISC durante a internação e após a alta Hospitalar**

Em relação à faixa etária, a amostra estudada apresentou uma média de 48 anos. (com variação de 20 a 84 anos). O estudo evidenciou que 75% dos pacientes diagnosticados com ISC encontravam-se entre a faixa etária de 20-59 anos e 25% acima de 60 anos (Figura-3). Amorim ( 2000) ressalta que pacientes acima de 50 anos são mais suscetíveis à infecção hospitalar devido à diminuição da resposta imunológica.

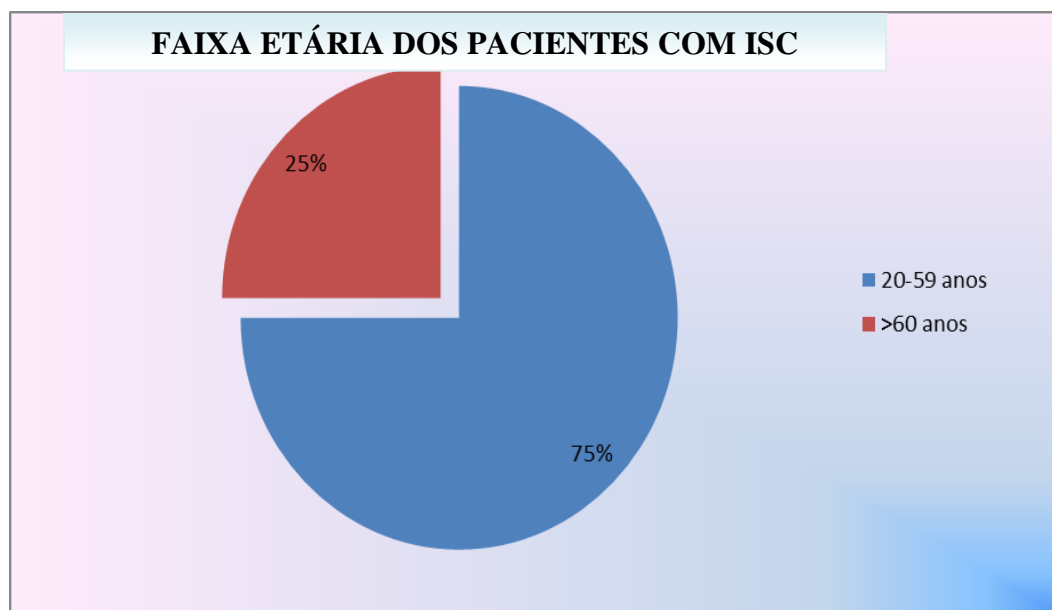


Figura 3 – Classificação dos 4 pacientes com infecção de sítio cirúrgico internados na Fundação de Assistência Social de Janaúba, de fevereiro a abril de 2011, segundo a faixa etária.

- **Doenças de base dos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos.**

Dos 83 pacientes acompanhados cerca de 53% (44) possuíam alguma morbidade. Dentre os pacientes com ISC somente 3 (três) pacientes possuíam doença de base, sendo 2 (dois) com hipertensão arterial e 1 (um) com neoplasia gástrica, conforme mostrado na Figura 4.

Todo indivíduo imunologicamente comprometido está sujeito a um risco previsível de apresentar uma ou mais infecções na vigência desse estado patológico quanto maior a gravidade do paciente, menor a sua capacidade de defesa, e maior o número de procedimentos invasivos será para seu tratamento, o que constitui fator de risco para as IRAS. (COUTO, 1997).

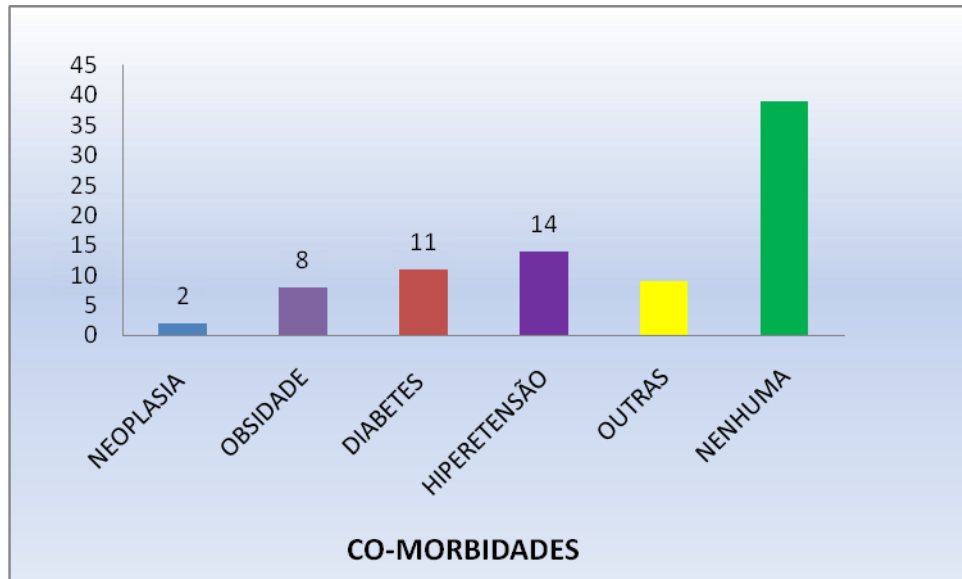


Figura 4 -Distribuição dos 83 pacientes adultos submetidos a cirurgias abdominais de acordo com as co-morbidades presentes no momento da admissão na Fundação de Assistência Social de Janaúba, no período de fevereiro a abril de 2011.

- **Classificação ASA do estado clínico paciente no período pré-operatório**

Quanto à classificação do estado clínico do paciente no pré-operatório pelo índice ASA (*American Society of Anesthesiology*), 65% (54/83) dos pacientes foram classificados como ASA I, 22,89% (19/83) ASA II, 8,43% (7/83) ASA III e somente 3,61% (3/83) classificados como ASA IV. Observou-se ainda que dos quatro pacientes notificados com ISC, três pacientes foram classificados como ASA I e um como ASA II ( Figura 5).

Estudos de Culver (1991), demonstram correlação entre o estado clínico avaliado pela classificação ASA e a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico. Tal correlação não foi observada no estudo, pois os pacientes com melhor estado clínico (ASA I e II) foram os que apresentaram infecção.

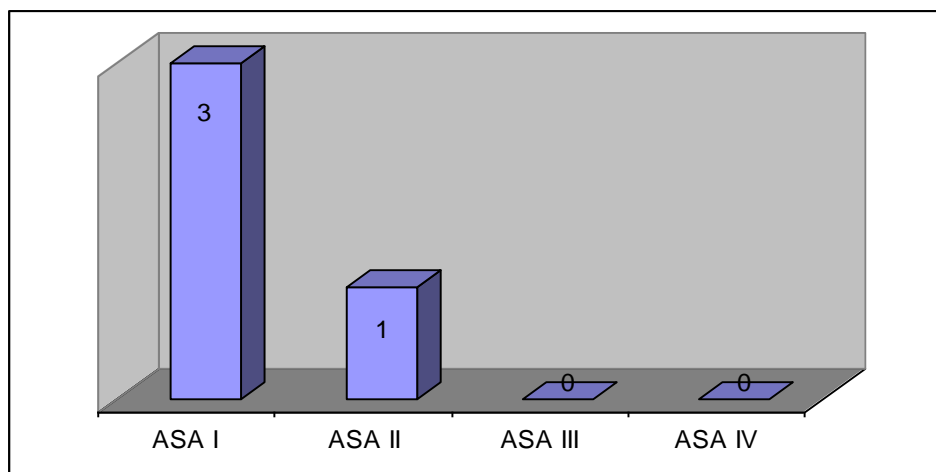


Figura 5- Distribuição dos pacientes notificados com infecção de sítio cirúrgico, operados na Fundação de Assistência Social de Janaúba, no período de fevereiro a abril/2011, segundo a classificação ASA (*American Society of Anesthesiology*).

- **Internação do período pré-operatório dos pacientes submetido à cirurgia abdominal.**

O tempo de internação pré-operatório é um fator de risco importante nas infecções de ferida operatória. Foi analisado o tempo de internação pré-operatório dos 83 pacientes, observou-se que sua mediana foi de 4 dias. Segundo Couto ( 1997 ) a internação prévia pode levar à colonização por bactérias resistentes aos antibiótico, que desenvolveriam infecção no período pós-operatório, aumentando a incidência de infecção na ferida cirúrgica. Neste estudo em questão, verificou-se que dos pacientes com ISC, em somente um o período pré -operatório foi maior que três dias.

- **Natureza da indicação cirúrgica, eletiva ou urgência.**

Dos 83 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgico 59% destes (49/83) foram submetidos a cirurgias eletivas e em 41% (34/83) foram cirurgia de urgência (Tabela 3).

TABELA 3- Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgias abdominais, segundo o tipo de cirurgia urgência/eletiva na Fundação de Assistência Social de Janaúba, de fevereiro a abril de 2011.

<b>Tipo de cirurgia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Eletiva	49	59,0%
Urgência/Emergência	34	41,0%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

Verificou-se que nos pacientes que apresentaram ISC, em 75% (3/4) foram realizados procedimentos cirúrgicos de urgência (Figura 6). A incidência das infecções de sítio cirúrgico parece ser mais alta após operações de urgência devido a maior dificuldade técnica e pior preparo pré-operatório do paciente (MARTINS, 2003).

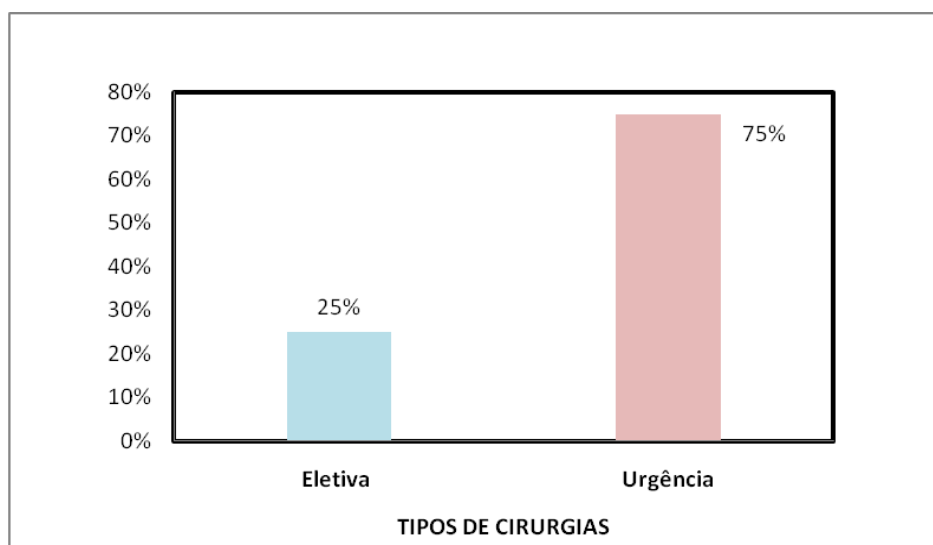


Figura 6- Distribuição das Infecções do Sítio Cirúrgico segundo o tipo de cirurgia, eletiva ou urgência, na Fundação de Assistência Social de Janaúba em 2011.

- **Notificação de ISC dos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico.**

Quanto ao período de manifestação da ISC, observou-se que 100% (3/3) das ISC notificadas após a alta hospitalar foram detectadas do 7º ao 15º no pós-operatório; e durante a internação, a ISC foi detectado por volta do 15º dia.

O CDC de Atlanta preconiza que o seguimento do paciente cirúrgico deve ser realizado no pós-operatório durante 30 dias, embora muitos autores discordem desta posição. Segundo Ferraz et al (1987, apud OLIVEIRA, 2004) um grande número de ISC ocorre até o sétimo pós-cirurgia e, conforme relatado em estudos de Oliveira (2005) e Martins et al (2008) a maioria das infecções podem ser identificadas até o 21º dia do pós-operatório. Portanto, conhecer o intervalo em dias, entre a data da cirurgia e a ocorrência da ISC, é fundamental, pois assim a instituição poderá até estabelecer seu período ideal para o seguimento do paciente cirúrgico.

- **Métodos de busca ativa pós-alta hospitalar**

- a) *Visita Domiciliar:*

Segundo Martins (2003), a adoção da vigilância pós-alta é imprescindível e constitui um parâmetro de qualidade do trabalho da CCIH, mas nem sempre é fácil de ser implementada. Neste estudo, a visita domiciliar foi realizada entre o 7º e o 15ª no pós-operatório. Foi possível realizar a visita domiciliar somente em 88% (73) dos pacientes, nos 12% (10) não foi concluída devido as situações adversas, ora o paciente não se encontravam no momento ou o em endereço estava incorreto ( Figura7). Foi realizado no máximo duas visitas domiciliares para os pacientes que não se encontravam na residência.

Para Couto (1997) a vigilância do paciente pós alta-hospitalar fornece uma medida confiável e consistente para se obter taxa real de ISC numa população estudada.

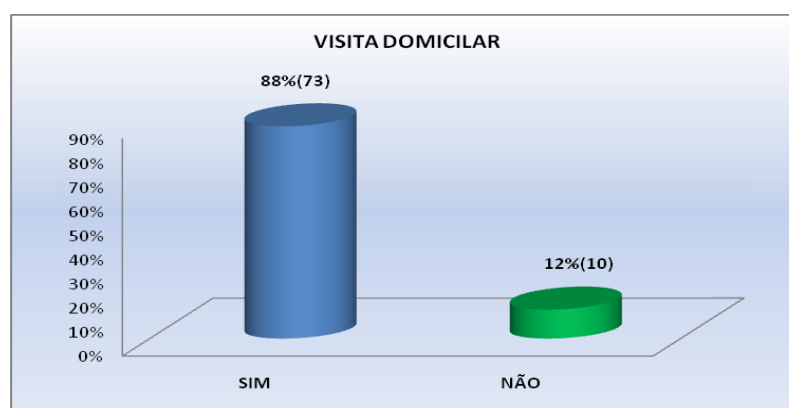


Figura 7- Distribuição percentual das visitas domiciliares aos pacientes submetidos a cirurgias abdominais na Fundação de Assistência Social de Janaúba no período de fevereiro a abril/ 2011

*b) Contato telefônico:*

Dos 83 pacientes somente 70 possuíam telefone. Dentre os pacientes que possuíam telefone, 16% (11/70) estavam incorretos ou os telefones estavam programados para não receber ligações, assim, o contato telefônico foi possível em 84,0% (59/70) dos pacientes. Através deste método não foi diagnosticada nenhuma infecção de sítio cirúrgico.

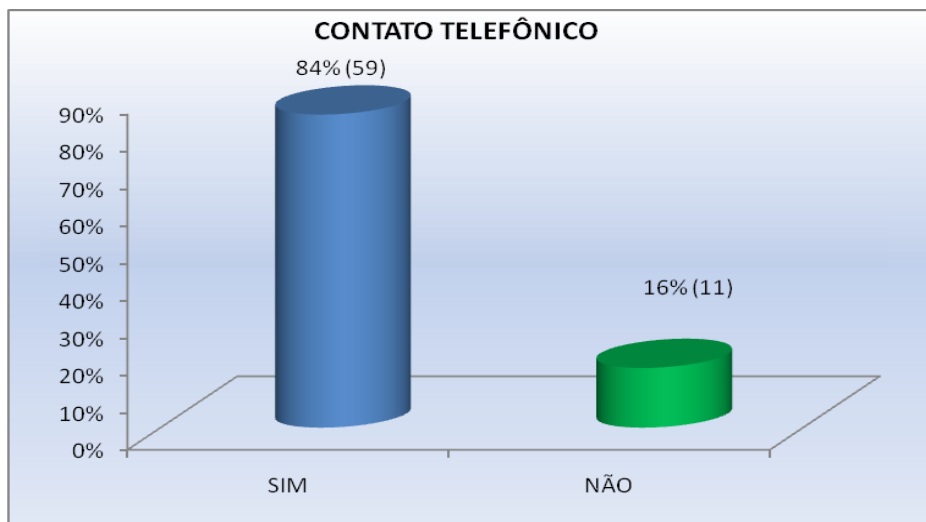


Figura 8 - Distribuição da realização do contato telefônico no pós-operatório dos pacientes submetidos à cirurgia abdominal na Fundação de Assistência Social de Janaúba, no período de fevereiro a abril de 2011.

Conforme estudos de Oliveira et al (2002) o método pode ser considerado de fácil realização e de baixo custo, embora apresente uma limitação pelo viés de informação, pois o seguimento realizado por meio do contato por telefone não permite avaliação direta da ferida operatória.



## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por se tratar de um estudo piloto, descritivo, realizado durante pouco tempo e com uma amostra muito pequena, não foi possível avaliar se houve uma diferença significativa nas notificações de ISC durante o período de internação e após a alta hospitalar.

Por outro lado, houve uma contribuição deste estudo na medida em que ele possibilitou um exercício teórico para desenho de futuros estudos com um maior tempo de duração e uma amostra significativa que permitam análises estatísticas e conclusões confiáveis.

Foi identificado no estudo quatro infecções em 83 pacientes cirúrgicos, sendo uma durante a internação e três após a alta hospitalar.

Conclui-se que o acompanhamento pós-alta da ISC deve ser adotado como atividade de rotina pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, a escolha do método de vigilância, dependerá das condições de cada instituição levando em consideração o tipo de clientela atendida, número de pessoal disponível no SCIH, estrutura física do hospital, além do envolvimento técnico da equipe cirúrgica com o serviço e, não se pode afirmar que um único método seja totalmente eficiente, mas alguns autores defendem a observação direta da ferida cirúrgica, apesar de maior custo e trabalho, apresenta maior sensibilidade e especificidade.

## REFERENCIAS

- AMORIM, M. M. R., SANTOS, L. C.; GUIMARÃES, V. **Fatores de risco para infecção pós-histerectomia total abdominal.** Rev. Brás. Ginecol. Obstet. V.22 n.7 Rio de Janeiro ago. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php>. Acesso em: 10 Mar. 2011
- COUTO, R.C. PEDROSA, TM. G. NOGUEIRA. J.M. **Infecção hospitalar: Epidemiologia e Controle.** Rio de Janeiro: Ed. MedsiI, 1997.
- CULVER, D.H. HORAN, T.C. GAYNES, R.P. et al . **Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index.** The American Journal of Medicine. Vol. 91(suppl 3b) September 16, 1991.
- DELGADO-RODRIGUEZ M, GOMEZ-ORTEGA A, SILLERO-ARENAS M, LLORCA J. **Epidemiology of surgical-site infections diagnosed after hospital discharge: a prospective cohort study.** Infect Control Hosp Epidemiol. 2001;22(1):24-30.
- DUARTE, S. V.; FURTADO, M. S.. **Manual para elaboração de monografias e projetos de pesquisas.** 2 ed. Montes Claros: Unimontes, 2002.
- FERRAZ AA, FERRAZ EM, BACELAR TS. **Infecção de ferida cirúrgica.** In: Ferraz EM. Infecção em cirurgia. Rio de Janeiro: Medsi; 1997. p. 267-77.
- FERRAZ EM, BACELAR TS, AGUIAR JLA, FERRAZ AAB, PAGNOSSIN G, BATISTA JEM. Wound infection rates in clean surgery: **A potentially misleading risk classification.** Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13: 457-62.
- GABRIELLONI, M. C.; BARBIERI, M. **Infecção em obstetrícia.** In: Fernandes AT, Fernandes MOV. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo: Atheneu, 2000. p. 646-56
- GARNER JS, JARVIS WR, EMORI TG, HUGHES JM. **CDC definitions for nosocomial infections,** 1988. Am J Infect Control 1988; 16:128-40.
- GARNER JS. **CDC Guideline for prevention of surgical wound infections.** Infect Control Hosp Epidemiol 1986; 7:193-200.
- HOLTZ TH, WENZEL RP. **Postdischarge nosocomial wound infection surveillance, a brief review and comentary.** Am J Infect Control. 1992; 20: 206-13.
- HORAN TC, GAYNES RP, MARTONE WJ, JARVIS WR, EMORI TG. **CDC MANIAN FA. definitions of nosocomial surgical site infections,** 1992: A modification of CDC definitions of surgical wound infections. Am J Infect Control 1992; 20:271-4.
- HORAN TC, EMORI TG. **Definition of Key terms used in the NNIS System.** Am J infect

**Control**, 1997;25:112-6

MACHADO GPM. Infecção no Sítio Cirúrgico: **Avaliação de índice de ocorrência do evento em pacientes admitidos em hospital de Belo Horizonte**. [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG;1997.

MANGRAN AJ, HORAN TC, PEARSON ML, SILVER LC, JARVIS WR. **Guideline for prevention of surgical site infection. Am J Infect Control** 1999; 27: 97-120. **Surveillance of surgical site infections in alternative settings: Exploring the current options. Am J Infect Control** 1997; 25:102-5.

MANIAN FA, MEYER L. **Comparison of patient telephone survey with traditional surveillance and monthly physician questionnaires in monitoring surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol.** 1993; 14: 216-18.

MARTINS, M.A. Aspectos Históricos da Infecção Hospitalar. In: OLIVEIRA, A.C. **Infecção Hospitalar - Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 1ª edição Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A, 2005. Cap.1, p.4-11.

MARTINS, M.A. **Vigilância e Fatores de Risco das Infecções de Sítio Cirúrgico em Crianças e Adolescentes Durante a Internação e Após a Alta.** [Tese] Pós-Graduação em Medicina- Faculdade de Medicina UFMG. Belo Horizonte/MG: 2003

Ministério da Saúde. ( Portaria 196/1983) Brasília, **Instruções para o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União**, 26/03/83

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Portaria n. 2.616/98. **Dispões sobre o controle de IH em estabelecimentos de saúde** [legislação na Internet] Brasília; 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/> Acesso em 30 mar. 2011.

Ministério da Saúde. NNISS. **Vigilância Epidemiológica por Componentes.** Brasília:Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, 1994

Ministério da Saúde. **Normas para o controle das infecções hospitalares.** Portaria 930/1992. Brasília, Diário Oficial da União, 04/09/92,

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2616/98.** Brasília, Diário Oficial da União, 12/05/98.

Ministério da Saúde do Brasil. **Vigilância epidemiológica por componentes NNISS.** Brasília, 1994.

Ministério da Saúde.ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios de Infecção de Sítio Cirúrgico, Brasília-DF, Setembro/2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home/servicosdesaude>. Acesso em:10 Mar 2011

OLIVEIRA, A.C. **Controle de Egresso Cirúrgico - Impacto na Incidência da Infecção de**

**Sítio Cirúrgico em um Hospital Universitário, Belo Horizonte/ Minas Gerais.** Dissertação de Mestrado – UFMG – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG: 1999

OLIVEIRA, A.C. **Infecção de Sítio Cirúrgico em pacientes submetidos à cirurgia do aparelho digestivo: uma proposta de predição de risco [tese].** São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003

OLIVEIRA, A.C. **Infecção Hospitalar - Epidemiologia, Prevenção e Controle.** 1ª edição Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A, 2005.

OLIVEIRA, A.C. et al; **Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação.** Rev. Saúde Pública 2002;36( 6):717-22. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php>. Acesso em: 12 Mar. 2011.

OLIVEIRA, A.C., LIMA B.A.G Vigilância Pós-alta dos Pacientes Cirúrgicos: Métodos Recomendados e a Experiências de um Hospital Universário, **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, Volume 8, Nº 3, p. 409-413. Jul.2004.

OLIVEIRA, S. L.; **Tratado de Metodologia Científica.** 2º ed. São Paulo: Pioneira, 1999.  
**Orientações para Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico.** Brasília-DF, junho/2011.

OWENS WD, FELTS JA, SPITZNAGEL EL. **ASA physical status classifications: A study of consistency of ratings** *Anesthesiology* 1978; 49:239-243.

RODRIGUES, M.A.G, ALMEIDA.G.N. Infecções do Sítio Cirúrgico. In: MARTINS, M.A. **Manual de Infecção Hospitalar. Epidemiologia, prevenção e controle.** 2ªed. Rio de Janeiro: Ed. Medsi, 2001.

SANTANA, L.A. et al. **Infecção Hospitalar em pacientes submetidas a cesárea: impacto da vigilância pós-alta na redução da subnotificação.** Dissertação de Mestrado apresentado na Escola Paulista de Medicina. São Paulo. 2002.

SHERERTZ RJ, STREED SA, GLEDHILL KS. Surgical site infections. In: **Association for professionals in Infection Control and Applied Epidemiology, principles and practice.** St Louis 1996: paginação irregular.

STARLING, C. E. F. et al. **Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares na Prática Diária.** Belo Horizonte: Guatiara, 1993.

STARLING, C. E. F.; **Aspectos Históricos e Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares. Manual de treinamento à distância.** Belo Horizonte: IEA Editora, 1998. v.1, p. 2 -56.

TRILLA A. **Preoperative Antibiotic Prophylaxis.** In:Wenzel RP. **Prevention and Control of Nosocomial Infections.** Philadelphia: Williams & Wilkins; 1997. p. 867-887

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

WENZEL RP: **Prevention and control of Nosocomial Infections**. 1 st ed. Baltimore: Williams e Wilkins Co, 1987.641p

**APÊNDICE A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ dou meu consentimento para a participação da pesquisa científica intitulada “**A Importância da Vigilância Pós Alta em Pacientes Adultos Submetidos à Cirurgias Abdominais,**” realizada no HMSCJ sob a responsabilidade da pesquisadora: Simone Socorro Ferreira Lima. Terei liberdade para recusar a participar e continuar em qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo. Sempre que eu quiser poderei pedir informações sobre a pesquisa através dos telefones - Simone, 38-9133-1024. Estou ciente que a participação nesta pesquisa não traz complicações legais, que os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à minha dignidade e que todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, somente os pesquisadores e orientadores terão conhecimento dos dados.

Janaúba \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Ciente:** \_\_\_\_\_

## APÊNDICE - B

**FICHA DE CADASTRO DO PACIENTE ADULTOS SUBMETIDO A**  
**CIRURGIAS ABDOMINAIS**  
**FUNDAJAN**

<b>PACIENTE :</b> _____ <b>DATA NASCIMENTO:</b> ____/____/____ <b>ENDEREÇO:</b> _____ _____ <b>TELEFONE:</b> _____		<b>PRONTUÁRIO:</b> _____ <b>ATEND:</b> _____ <b>ADMISSÃO:</b> ____/____/____  <b>ALTA HOSPITALAR:</b> ____/____/____	
<b>PROCEDIMENTO CIRURGICO:</b>		<b>DATA</b> ____/____/____	
<b>Informações Adicionais:</b>			
<b>Fatores de riscos - Paciente</b>		<b>Procedimentos Invasivos</b>	
Idade:	Gênero	<b>Procedimento</b>	<b>Início:</b>
		<b>Termino</b>	
<b>Co-morbidades</b>		Acesso venoso central	
Obesidade ( ) Diabetes ( ) Neoplasias ( ) DPOC ( )		Sondagem vesical de alívio/demora	
Outras:		Ventilação Mecânica	
Cirurgia: Emergência ( ) Eletiva ( )		<b>Uso prévio de antibiótico</b>	
Tempo de duração da cirurgia: _____		Nome	Dose
		Duração	
Asa: 1 2 3 4 5			
IRIC:			
Pontencial de Contaminação do sítio cirúrgico			
L ( ) C ( ) I ( ) PC ( )			
<p align="center">_____</p> <p align="center"><b>RESPONSÁVEL</b></p> <p align="center">____/____/____</p>			

### APÊNDICE C

<b>BUSCA ATIVA INTRA HOSPITALAR</b>			
Leito/Registro: _____ Data da Admissão: ____/____/____			
Nome do paciente:			
Diagnóstico de base:			
Data/nome da cirurgia:			
EVOLUÇÃO DIÁRIA DO PACIENTE			
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
<b>Antimicrobianos / dose</b>		<b>Início</b>	<b>Termino</b>
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
Procedimentos Invasivos:			
1-			
2-			
3-			
Infecção:			data:
Diagnóstico da Infecção:			
Exames laboratoriais:			







**APÊNDICE F****TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, Carlos Isaildon Mendes, Presidente da Fundação de Assistência Social de Janaúba dou meu consentimento para realização da pesquisa científica intitulada “**A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA PÓS-ALTA EM PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS A CIRURGIAS ABDOMINAIS**”, realizada na FUNDAJAN sob responsabilidade da pesquisadora: Simone Socorro Ferreira Lima. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a pesquisadora fazer a pesquisa na FUNDAJAN, tenho liberdade para desistir a qualquer momento, receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Janaúba \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO A



**FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE JANAÚBA**  
**SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - SCIH**

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR  
NNIS SYSTEM

1- Paciente   Sexo: M F Data Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Data Admissão: ___/___/___	2 – Prontuário:  3 – Leito			
4 -Diagnóstico de Base:	5 – Clínica			
<b>CARACTERÍSTICAS DA INFECÇÃO HOSPITALAR</b>				
<p>9 – Sítio Principal / Específico:  <b>SSI:</b> SUP – DEEP – ORGAN-SPACE (BONE – BRST – CARD – DISC – EAR – EMET – ENDO – EYE – GIT IAB – IC – JNT – UR – LUNG – MED – MEN – ORAL – OREP – OUTI – SA – SINU – ST – VASC –VCUF)  <b>BJ:</b> BONE – DISC – JNT <b>BSI:</b> CSEP – LCBI <b>CNS:</b> IC – MEN – SA <b>CVS:</b> CARD – ENDO – MED – VASC  <b>EENT:</b> CONJ – EAR – SINU – EYE – ORAL – UR <b>GI:</b> GE – GIT – HEP – IAB – NEC <b>LRI:</b> BRON – LUNG  <b>PNEU:</b> PNEU <b>REPR:</b> EMET – EPIS – OREP – VCUF <b>SST:</b> SKIN – ST – BRST – CIRC – DECU – PUST  – UMB - BURN <b>SYS:</b> DI <b>UTI:</b> ASS – OUTI – SUTI</p> <p>Data Infecção 1: ___/___/___ Princ.: _____ Esp. _____ Sépsis sec.: S N Óbito assoc. IH: S N  Data Infecção 2: ___/___/___ Princ.: _____ Esp. _____ Sépsis sec.: S N Óbito assoc. IH: S N  Data Infecção 3: ___/___/___ Princ.: _____ Esp. _____ Sépsis sec.: S N Óbito assoc. IH: S N</p>				
<b>CIRURGIAS ASSOCIADAS À INFECÇÃO</b>				
10- Nome: _____ Data: ___/___/___				
Cirurgião: _____	Tipo Anestesia: _____			
Auxiliar: _____	Tempo cirurgia: _____			
Anestesista: _____	Asa: 1 2 3 4 5			
Circulante: _____	Pontencial de Contaminação: L C PC I			
<b>PROCEDIMENTOS INVASIVOS ASSOCIADOS À INFECÇÃO</b>				
11 – Descrição: a) _____ Início: ___/___/___ Término: ___/___/___ b) _____ Início: ___/___/___ Término: ___/___/___				
<b>ANTIMICROBIANOS PRESCRITOS PARA A INFECÇÃO</b>				
12 – Descrição	13 – Dose/freq.	14 – Via	15 – Início	16 – Término
a) _____	_____	_____	___/___/___	___/___/___
b) _____	_____	_____	___/___/___	___/___/___
c) _____	_____	_____	___/___/___	___/___/___
d) _____	_____	_____	___/___/___	___/___/___

