



VIGILÂNCIA PÓS-ALTA EM CIRURGIA GERAL: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SISTEMATIZADA COMO FERRAMENTA NO CONTROLE DE INFECÇÕES
SURVEILLANCE AFTER DISCHARGE IN GENERAL SURGERY: SYSTEMATIC NURSING CARE AS A TOOL IN INFECTION CONTROL
VIGILANCIA DESPUÉS DE ALTA EN CIRUGÍA GENERAL: ASISTENCIA DE ENFERMERÍA SISTEMÁTICA COMO HERRAMIENTA EN EL CONTROL DE LA INFECCIÓN

Amanda Tavares Xavier¹, Paula Carolina Valença Silva²

RESUMO

Objetivos: descrever o comportamento da infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos à cirurgia geral e propor um protocolo de assistência de enfermagem perioperatória. **Método:** estudo transversal descritivo, no qual foram analisados 96 pacientes submetidos à cirurgia geral e atendidos no ambulatório de egressos de um hospital universitário de Recife-PE. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário. O programa Epi Info 3.5 foi utilizado para análise estatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, Protocolo n. 101/11. **Resultados:** houve predominância da faixa etária de 40 a 49 anos, do sexo feminino (62,5%). A prevalência de infecção de sítio cirúrgico foi de 6,3%, com predomínio de infecções superficiais. Não houve informação sobre orientações de enfermagem no período pós-operatório em 89,7% dos prontuários. **Conclusão:** os dados demonstraram divergências na conduta de enfermagem no período perioperatório. **Descritores:** Enfermagem; Infecção Hospitalar; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: describing the behavior of surgical site infection in patients undergoing general surgery and propose a protocol of perioperative nursing care. **Method:** a descriptive cross-sectional study, in which were analyzed 96 patients undergoing general surgery and attended in an outpatient clinic of graduates of a university hospital in Recife-Pernambuco. For data collection, a form was used. The program Epi Info 3.5 was used for descriptive statistical analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee, Protocol n.101/11. **Results:** the majority were aged between 40-49 years old, female (62,5%). The prevalence of surgical site infection was of 6,3%, with a predominance of superficial infections. There was no information on nursing guidelines in the postoperative period in 89,7% of records. **Conclusion:** the data showed divergences in the conduct of nursing in the perioperative period. **Descriptors:** Nursing; Hospital Infection; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivos: describir el comportamiento de la infección del sitio quirúrgico en pacientes sometidos a cirugía general y proponer un protocolo de atención de enfermería perioperatória. **Método:** un estudio descriptivo y transversal, en el que se analizaron 96 pacientes sometidos a cirugía general y consulta externa de los graduados de un hospital universitario de Recife-Pernambuco. Para la recolección de datos se utilizó un formulario. El programa Epi Info 3.5 fue utilizado para el análisis estadístico descriptivo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética E investigación, el Protocolo de n. 101/11. **Resultados:** la mayoría fue de 40-49 años de edad, sexo femenino (62,5%). La prevalencia de la infección del sitio quirúrgico fue de 6,3%, con un predominio de infecciones superficiales. No hubo información sobre las directrices de enfermería en el periodo postoperatorio en el 89,7% de los registros. **Conclusión:** los datos mostraron diferencias en la conducta de enfermería en el periodo perioperatório. **Descriptores:** Enfermería; Infección Hospitalaria; Cuidados de Enfermería.

¹Acadêmica de Enfermagem, Curso de Graduação em Núcleo de Enfermagem / Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE/CAV, Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: amanda-xavier@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre em Ciências da Saúde, Núcleo de Enfermagem / Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE/CAV, Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: paulacvalenca@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Apesar dos grandes avanços tecnológicos e aumento no número de ações qualificadas voltadas para o controle de Infecção em instituições de saúde, as infecções relacionadas à assistência a Saúde (IRAS) ainda representam um dos maiores desafios na área da saúde.^{1,2}

A infecção de sítio cirúrgico (ISC) merece destaque por ser responsável e acarretar um elevado número de casos de IRAS³ gerando complicações de grande impacto para o paciente, além de prolongar seu tempo de internamento.¹

Segundo o Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC), as ISC são responsáveis por 17% de todas as infecções causadas em serviços de saúde no mundo. No Brasil, representam a terceira maior causa de IRAS no país e possui um percentual médio de 14-16% dentre as infecções em pacientes hospitalizados, com uma taxa de incidência de até 11%.³⁻⁵

O Estado de Pernambuco, mesmo com todos os esforços dos Serviços de Controle de infecção Hospitalar, apresenta taxas de infecção crescentes em pacientes submetidos à cirurgia geral, sendo as Infecções de ferida operatória responsáveis por 7,7% de todas as IRAS.⁶

Entendendo-se que a vigilância é um programa efetivo de controle de infecção que está diretamente ligado com a redução de taxas de ISC, o CDC propôs o National Nosocomial Infection Surveillance System (NNISS), com intuito de padronizar os métodos de vigilância⁷ permitindo a comparação de dados destas infecções entre diferentes instituições de saúde.²

A metodologia NNISS trata-se de um método de vigilância ativa diária que proporciona o conhecimento do índice das Infecções nos Hospitais, sítios envolvidos, patógenos causadores e os antibióticos resistentes, além da ocorrência de surtos.²

A busca dos casos de ISC após alta hospitalar faz-se necessário a fim de se evitar subnotificação do real número dessas infecções e possível aumento nas taxas de morbi-mortalidade⁸, além de viabilizar medidas de prevenção e controle a partir de compreensão epidemiológica. O ambulatório de egressos é o método mais eficaz por proporcionar acurácia destas informações, além de minimizar a subnotificação desses casos.³

A partir desta ferramenta, os profissionais de enfermagem podem monitorar e

implementar cuidados perioperatórios que causem impactos na prática clínica e resultem num controle maior dos casos de infecção.^{9,10} Neste contexto, destaca-se a importância do planejamento da alta hospitalar, através do fornecimento de informações que promovam o autocuidado, reduzindo o número das readmissões, e maximizando a identificação precoce destas infecções, a fim de intervenções mais efetivas e consequentemente, obter melhores resultados.¹⁰⁻¹ Tais resultados poderão auxiliar o Serviço de controle a programar medidas preventivas nesta Instituição, além de contribuir para adequação das estratégias dos serviços de saúde.

OBJETIVOS

- Descrever o comportamento das infecções operatórias em pacientes submetidos à cirurgia geral
- Propor um protocolo de a assistência de enfermagem perioperatória.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da monografia << Fatores de risco para Infecção de Sítio Cirúrgico em um Hospital Universitário em Recife-PE >>, apresentado ao Núcleo de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco- Centro acadêmico de Vitória de Santo Antão-PE, Brasil, 2012.

Estudo transversal descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa realizado no ambulatório de egressos de um Hospital universitário em Recife-PE, no período de outubro a dezembro de 2011.

A população foi constituída por todos pacientes de ambos os sexos e maiores de 18 anos submetidos à cirurgia geral no período do estudo. A casuística não probabilística compreendeu 96 pacientes que foram atendidos neste serviço, após serem levados em consideração os seguintes critérios: (Figura 1):

- 1- Trigésimo dia de pós-operatório de cirurgia geral;
- 2- Maiores de 18 anos;
- 3- Ambos os sexos com ou sem história prévia de ISC;
- 4- Que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

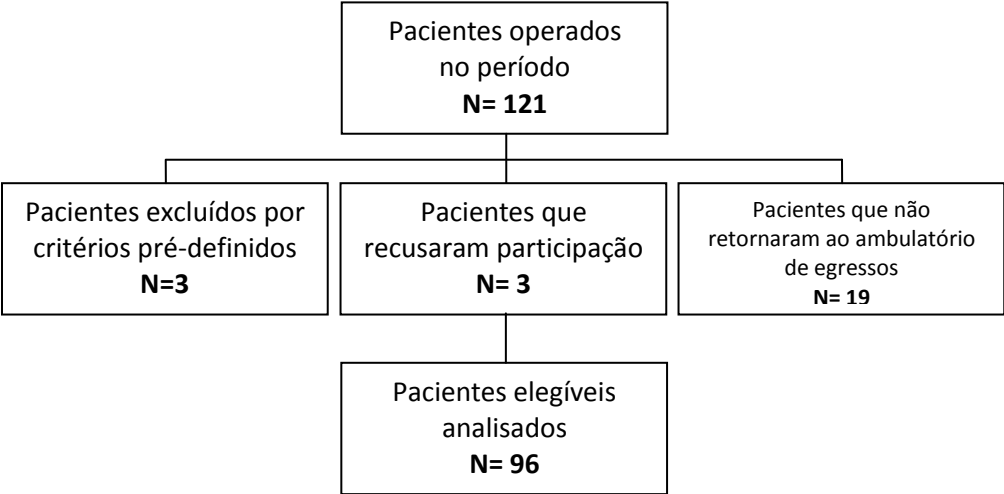


Figura 1. Fluxograma direcionado de inscrição de paciente.

Os dados foram coletados por meio de um formulário de entrevista contendo informações sociodemográficas, clínicas e referentes à assistência de enfermagem com auxílio das fichas de controle de infecção obtidas por um sistema de busca ativa de infecção realizado pela enfermagem da CCIH e por sistema de vigilância epidemiológica de seguimento pós-alta hospitalar.

Inicialmente, entrou-se em contato com o chefe do ambulatório cuja finalidade foi obter autorização para a realização da pesquisa. Em seguida, os pesquisadores obedeceram às seguintes etapas: 1) Contato com os pacientes submetidos à cirurgia geral no período do estudo; 2) Explicação sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa; 3) Depois de obtida a autorização do estabelecimento, a liberação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFPE e do aceite dos pacientes, a pesquisa foi iniciada com aplicação do instrumento de pesquisa.

A segunda etapa da pesquisa foi realizada após assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento elaborado para o levantamento de dados no período pós-operatório, sob a forma de formulário de entrevista do tipo check-list é embasado nas orientações do *Center of Disease Control*⁷ em relação aos cuidados pós-operatórios com a incisão cirúrgica e o método de vigilância epidemiológica para a identificação das ISCs, classificadas como infecção superficial, profunda e de órgão/espaco.

Este instrumento avaliou a ferida cirúrgica como principal fonte de informação, considerando itens como: presença de dor ou hipersensibilidade local, edema localizado, eritema, calor local, deiscência e exsudato purulento pela cicatriz.

Os casos de ISC foram diagnosticados pelo cirurgião, médico assistente, através da história clínica e exames complementares específicos. A presença de pus foi o critério

usado para classificar a ferida como infectada.⁶

Ao final do estudo, foi proposto um Protocolo de assistência de enfermagem perioperatória específico para estes pacientes cirúrgicos direcionado para o controle e prevenção de ISC.

Para análise dos dados foi utilizado o programa Epi Info, versão 3.5 e organizados em tabelas. A análise estatística descritiva permitiu utilizar o teste qui-quadrado (χ^2) e exato de fisher comparando proporções para determinar o valor de “p” ao nível de significância de 5%.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP¹² e o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco - Centro de Ciências da Saúde, sob protocolo 101/11.

RESULTADOS

Foram operados 121 pacientes no período de estudo, destes 96 foram elegíveis, considerando uma perda amostral de 25 pacientes que foram excluídos por não preenchimento dos critérios de inclusão (3 pacientes), recusa em participar (3 pacientes) ou por não terem comparecido à consulta de retorno para avaliação cirúrgica no ambulatório de egressos de cirurgia geral da instituição (19 pacientes), conforme descrito em fluxograma direcionado de inscrição de paciente (Figura 1).

Os dados apresentados na Tabela 1 integram informações em que são observadas características relativas a algumas variáveis sociodemográficas. Houve predominância da faixa etária de 40 a 49 anos e do sexo feminino (62,5%). Com relação aos aspectos socioeconômicos, as ocupações foram diversificadas, destacando-se a doméstica (27,1%), aposentado (18,8%) seguida de agricultor (10,4%). Quanto à escolaridade,

aproximadamente 14,6% dos pacientes eram analfabetos. Setenta e quatro pacientes

(77,1%) viviam com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos.

Tabela 1. Aspectos sócio demográficos de 96 pacientes submetidos à cirurgia geral no Hospital das Clínicas em Recife-PE, no período de outubro à dezembro de 2011.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
18 a 20 anos	1	1,0
21 a 29 anos	10	10,4
30 a 39 anos	19	19,8
40 a 49 anos	27	28,1
50 a 59 anos	14	14,6
60 a 70 anos	14	14,6
Acima de 71 anos	11	11,5
Total	96	100,0
Gênero		
Masculino	36	37,5
Feminino	60	62,5
Total	96	100,0
Ocupação		
Doméstica	26	27,1
Aposentado	18	18,8
Agricultor	10	10,4
Comerciante	05	5,2
Outros	37	38,5
Total	96	100,0
Escolaridade		
Zero anos	14	14,6
1 a 3 anos	03	3,1
4 anos	09	9,4
5 a 8 anos	26	27,1
9 anos	15	15,6
10 a 12 anos	20	20,8
>12 anos	09	9,4
Total	96	100,0
Renda Familiar		
<de 1 salário mínimo	05	5,2
De 1 a 3 salários mínimos	74	77,1
>de 4 salários mínimos	15	15,6
Não sabe informar	02	2,1
Total	96	100,0

Fonte: Hospital das Clínicas, PE, 2012.

Todas as cirurgias gerais foram eletivas, o tempo médio de procedimento foi de $\pm$ 2 horas, variando de uma a oito horas, a média de internação pré-operatória foi de $\pm$ 3 dias, variando de um a oito dias. Os procedimentos cirúrgicos mais frequentes foram colecistectomia (22,9%), hernioplastia (20,8%) e gastroplastia (18,8%). Quanto ao Potencial de Contaminação, houve predomínio de cirurgias potencialmente contaminadas (67,7%). Quanto aos fatores de risco para ISC, cerca de 14% dos pacientes estavam acometidos por neoplasias, 18,8% eram diabéticos, enquanto que 36,5% e 28,1%

faziam uso de álcool e tabaco, respectivamente (Tabela 2).

Ainda na tabela 2, está descrita a classificação de Risco ASA II (Sociedade Americana de Anestesiologia) que esteve presente em 32 pacientes (33,3%) e 13 casos apresentaram Risco ASA III (13,5%). Em relação à tricotomia, 16 realizaram (16,7%) e na maioria dos casos utilizou-se a lâmina para o procedimento. Todos os pacientes afirmaram ter realizado o banho pré-operatório e a maioria foi submetida à antibioticoprofilaxia (95,8%), conforme protocolo preconizado pela CDC.

Tabela 2. Fatores de risco identificados em 96 pacientes submetidos à cirurgia geral no Hospital das Clínicas em Recife-PE, no período de outubro á dezembro de 2011.

Variáveis	n	%
Especialidades		
Colecistectomia	22	22,9
Hernioplastia	20	20,8
Hemicolectomia	03	3,1
Gastrectomia	08	8,3
Gastroplastia	18	18,8
Outras	25	26
Total	96	100,0
Diabetes		
Sim	18	18,8
Não	78	81,2
Total	96	100,0
Neoplasias		
Sim	14	14,6
Não	82	85,4
Total	96	100,0
Alcoolismo		
Sim	35	36,5
Não	61	63,5
Total	96	100,0
Tabagismo		
Sim	27	28,1
Não	69	78,9
Total	96	100,0
Risco ASA		
Grau I	28	29,2
Grau II	32	33,3
Grau III	13	13,5
Não há informação	23	24,0
Total	96	100,0
Tricotomia		
<24h	16	16,7
>24h	00	00
Não realizou	75	78,1
Não sabe informar	5	5,2
Total	96	100,0
Antibioticoprofilaxia		
Sim	92	95,8
Não	00	00
Não sabe informar	4	4,2
Total	96	100,0

Fonte: Hospital das Clínicas, PE, 2012.

Em relação aos aspectos clínicos pós-operatórios e possíveis fatores preditivos de ISC, 40 pacientes (41,7%) utilizaram drenos e sonda vesical de demora, 02 (2,1%) tiveram resultado positivo para urocultura e 12 (12,5%) apresentaram tosse. Quanto à presença de sinais flogísticos em ferida operatória, cerca de 37,5% dos casos apresentaram vermelhidão, 40 (41,7%) dor, 27 (28,1%) calor,

16 (16,7%) edema local e 22 (22,8%) sensibilidade local. A febre esteve presente em 04 pacientes (4,2%). (Tabela 3)

A prevalência de ISC foi de 6,3%, com predomínio de infecções superficiais (83,3%). Vale ressaltar que em 2% destes casos houve deiscência espontânea de ferida operatória. Todos estes casos de infecção foram tratados conforme protocolo institucional (Tabela 3).

Tabela 3. Aspectos clínicos de 96 pacientes submetidos à cirurgia geral no Hospital das Clínicas em Recife-PE, no período de outubro à dezembro de 2011.

Variáveis	n	%
SVD ou drenos		
Sim	40	41,7
Não	56	58,3
Não sabe informar	00	00
Total	96	100,0
Queixa de tosse		
Sim	12	12,5
Não	84	87,5
Não sabe informar	00	00
Total	96	100,0
Vermelhidão		
Sim	36	37,5
Não	60	62,5
Total	96	100,0
Edema local		
Sim	16	16,7
Não	80	83,3
Total	96	100,0
Sensibilidade Local		
Sim	22	22,9
Não	74	77,1
Total	96	100,0
Febre		
Sim	4	4,2
Não	92	95,8
Total	96	100,0
ISC		
Sim	06	6,3
Não	90	93,7
Total	96	100,0
Orientações de enfermagem em relação à ISC		
Sim	12	12,5
Não	84	87,5
Total	96	100
Orientações de enfermagem de cuidados com a ferida operatória		
Sim	23	23,5
Não	73	76,5
Total	96	100

Fonte: Hospital das Clínicas, PE, 2012.

O estudo chama atenção para o fato de grande parte dos pacientes relatarem não ter recebido orientações de enfermagem em relação à ISC e principalmente em relação aos cuidados com a ferida operatória (89,7%). No entanto, é cabível salientar que foram realizados os procedimentos de curativos em todas as feridas operatórias (Tabela 3).

Uma análise univariada de fatores clínicos e sóciodemográficos associados com a ISC está apresentada na tabela 4. A utilização de sonda vesical de demora ou drenos e presença de dor não configuraram fatores preditivos

para ISC nestes pacientes ($p=0,04$, $RP=7$; $IC=[0,85-57,6]$). Por outro lado, os pacientes que apresentaram febre tiveram chance 23 vezes maior de ter ISC ($p=0,00$; $RP=23$; $IC=[6,6-80,1]$). Em adição, o gênero não esteve associado significativamente aos casos de ISC nesse estudo ($p=0,40$), nem o egresso destes pacientes às consultas ambulatoriais de seguimento pós-alta hospitalar ($p=0,57$), conforme tabela 4.

Tabela 4. Associação entre fatores clínicos e sócio-demográficos e ISC em 96 pacientes submetidos à cirurgia geral no Hospital das Clínicas em Recife-PE, no período de outubro a dezembro de 2011.

Variáveis	ISC				Total	Valor de p*	† RP(IC 95%)
	Sim n	%	Não n	%			
SVD ou drenos							
Sim	5	83,3	35	38,8	40	0,04	7(0,85-57,6)
Não	1	16,7	55	61,2	56		
Total	6	100	90	100	96		
Febre							
Sim	3	50	1	98,8	4	0,00	23(6,6-80,1)
Não	3	50	89	1,2	92		
Total	6	100	90		96		
Dor							
Sim	5	83,3	35	38,8	40	0,04	7(0,85-57,6)
Não	1	16,7	55	61,2	59		
Total	6	100	90	100	96		
Gênero							
Masculino	3	50	33	36,6	36	0,40	
Feminino	3	50	57	63,4	60		
Total	6	100	90	100	96		
Consulta de retorno							
Sim	4	66,6	55	61,1	59	0,57	
Não	2	33,4	35	38,9	37		
Total	6	100	90	100	96		

*Associação significativa em nível de 5%. †Razão de Prevalência # Teste Qui-quadrado (x²).
Fonte: Hospital das Clínicas, PE, 2012.

DISCUSSÃO

A Infecção de sítio cirúrgico é a principal infecção hospitalar que acomete os pacientes que realizaram cirurgia. Trata-se de uma complicação inerente ao procedimento e tem como resultado a elevação dos custos hospitalares e desconforto emocional e físico para o paciente e sua família.¹³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima¹⁴ que aproximadamente sete milhões de pessoas por ano sofra com algum tipo de complicação cirúrgica e dentre esses pelo menos um milhão venham a óbito.

Com o objetivo de aumentar os padrões de qualidade e segurança na prestação de serviços cirúrgicos e assim reduzir os números desastrosos na saúde mundial, a Aliança Mundial para Segurança do paciente, lançada no ano de 2004, propôs o Segundo Desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas.¹⁴

A OMS ainda estabeleceu como meta a redução das ISC em 25% até o ano de 2020.¹⁴ Em Pernambuco, estudo anterior havia identificado uma prevalência de 11% de Infecções de ferida operatória em cirurgias gerais na mesma instituição alvo do atual estudo que identificou a taxa de 6,3% de ISC no mesmo tipo de cirurgia, o que mostra uma aparente redução no índice de infecção nesta instituição.⁶ É possível que esta redução seja um reflexo da implementação de tal protocolo proposto pela OMS. Porém não se pode ratificar esta redução na prevalência de ISC, considerando possíveis casos subnotificados, mesmo que o serviço de egresso apresente uma considerável adesão de retorno destes

pacientes para avaliação cirúrgica no período pós-operatório (84,3%).

Este estudo chama atenção para o fato dos pacientes relatarem que não obtiveram informações por parte da equipe de enfermagem sobre infecção de sítio cirúrgico (87,5%) e cuidados com a ferida operatória. Torna-se aparente a fragilidade no planejamento da assistência de enfermagem para esses pacientes que possivelmente possa contribuir para a taxa atual de ISC encontrada que ainda permanece elevada, considerando níveis inferiores a 5% conforme preconizado pela OMS para este tipo de IRAS.¹⁴

Em estudo realizado em Recife-PE, foi encontrado que mais de 60% dos pacientes também não receberam orientações quanto ao banho, cuidados gerais, deambulação e curativos após sua alta hospitalar.¹⁵ O estudo elucida dados no tocante às deficiências na prestação de serviços pós-alta pela equipe de enfermagem para pacientes cirúrgicos. Talvez um dimensionamento inadequado, falta de capacitação dos profissionais e ausência de protocolos que exijam e facilitem o cumprimento deste serviço, que já faz parte das atribuições da enfermagem, justifiquem essa fragilidade na alta do paciente, entretanto para tal afirmação é necessário um estudo específico para abordar tal problemática.

Acredita-se com a implantação de um plano de alta hospitalar o atendimento da enfermagem se torne mais humanizado, eficiente e acolhedor⁹⁻¹⁶, além de aumentar o número de adesão de tratamento pós-alta por parte do paciente, reduzindo assim o número de possíveis reinternações.⁹ É sabido que as complicações cirúrgicas podem estar

Xavier AT, Silva PCV.

associadas a um preparo pré-operatório inadequado¹⁷ e por isso é fundamental que esse plano de alta esteja incorporado a uma sistematização da assistência de enfermagem perioperatória.

A seguir sugere-se um Protocolo de assistência de enfermagem no período perioperatória direcionado à cirurgia geral, visando a contribuir para melhorias na qualidade e eficiência da assistência prestada a estes pacientes cirúrgicos, pautando-se nos princípios de segurança do paciente como preconizado pela OMS. Este instrumento deve contemplar as seguintes seções e suas respectivas subdivisões:¹⁵⁻¹⁷

1. Avaliação do paciente:

1.1 Dados de identificação do paciente: envolve informações socioeconômico-culturais do paciente e dados referentes à etiologia dos agravos;

1.2 Queixas: investigar a presença de desconforto epigástrico, como plenitude, distensão abdominal, náuseas, vômitos, dores, febre;

1.3 Doenças associadas: investigar história de diabetes, obesidade, hipertensão, cânceres;

2. Normas e condutas para assistência de enfermagem no perioperatório de cirurgia geral:

2.1 Intervenções de enfermagem no pré-operatório

- ✓ Checar jejum de 8 à 12 horas;
- ✓ Orientar quanto ao tempo de internamento pré-operatório mínimo;
- ✓ Investigar alergias e patologias associadas;
- ✓ Realizar tricotomia reduzida no máximo duas horas antes da cirurgia (se necessária);
- ✓ Retirar próteses dentárias;
- ✓ Explicar o procedimento cirúrgico;
- ✓ Orientar quanto à anestesia geral;
- ✓ Avaliar presença de desconforto epigástrico, como plenitude, distensão abdominal, náuseas, vômitos, dores, febre;
- ✓ Avaliar problemas de saúde, infecções, doença cardíaca, diabetes, doença pulmonar crônica, hipertensão, ajustando o tratamento para evitar riscos cirúrgicos;
- ✓ Preparar o paciente emocionalmente e fisicamente para cirurgia, explicando quanto ao posicionamento no leito, exercícios e atividades previstas para o pós-operatório, frequentes avaliações da ferida e profilaxia de complicações;
- ✓ Checar exames pré-operatórios;
- ✓ Orientar quanto ao uso da escala de dor.

Vigilância pós-alta em cirurgia geral: assistência...

2.2 Intervenções de enfermagem no pós-operatório

- ✓ Auxiliar na deambulação do paciente, principalmente na 1ª vez, após recuperar-se dos efeitos anestésicos;
- ✓ Monitorar o débito do dreno e da sonda vesical de demora nas primeiras 24 horas da cirurgia, nos casos em que o paciente fizer uso dos mesmos;
- ✓ Avaliar a ferida operatória;
- ✓ Atentar aos sinais de infecção de sítio cirúrgico, principalmente a presença de febre;
- ✓ Manter curativo por até 24/48 horas
- ✓ Observar presença de dor, hematoma, hipotensão, taquicardia e febre;
- ✓ Estimular o paciente a tossir, bem como, respiração diafragmática;
- ✓ Orientar e monitorizar o paciente quanto à dieta.
- ✓ Vigilância epidemiológica;

2.3 Medidas educativas após a alta hospitalar

- ✓ Fornecer instruções escritas e verbais ao paciente e ao cuidador;
- ✓ Enfatizar a necessidade de manter a ferida operatória limpa e seca;
- ✓ Após a retirada de pontos de sutura, lembrar ao paciente que, embora a ferida pareça cicatrizada, ela ainda pode ser dolorosa e continuará a cicatrizar-se e fortalecer-se durante várias semanas;
- ✓ Instruir o paciente para manter limpa a linha de sutura; não friccionar vigorosamente; enxugar palpando após o banho. Realizar o ensino sobre o aspecto da ferida nesta fase. Lembrar ao paciente que as bordas da ferida ainda podem estar vermelhas e ligeiramente elevadas;
- ✓ Recomendar que o paciente comunique ao médico qualquer inchaço, vermelhidão, dor à palpação ou espessamento excessivo da cicatriz que persista além de 8 semanas;
- ✓ Orientar sobre a higiene pessoal;
- ✓ Orientar sobre a alimentação;
- ✓ Deambular conforme limite;
- ✓ Orientar sobre queixas de náuseas, vômitos, tonturas, febre e dores;
- ✓ Tomar analgésico para dor, conforme prescrição médica;
- ✓ Orientar quanto à consulta de retorno para retirada dos pontos com 15 dias após a cirurgia, conforme recomendação médica.

3. Na Evolução de enfermagem no pós-operatório se espera que sejam registradas informações a cerca de:

- ✓ Paciente sem edema, vermelhidão e drenagem purulenta de dreno e ferida operatória;

Xavier AT, Silva PCV.

✓ Troca de curativos conforme a rotina hospitalar;

✓ Registro detalhado de sinais flogísticos, deiscência espontânea, abertura dos pontos pelo cirurgião, nos casos de infecção de sítio cirúrgico.

O registro adequado das informações no prontuário fornecem orientações relacionadas à avaliação clínica do paciente no pós-operatório das cirurgias. A evolução é fundamental na avaliação por meio de revisões, para garantir que a ferida operatória esteja cicatrizando e com ausência de sinais indicativos de inflamação ou infecção.¹⁵

CONCLUSÃO

Os sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico no pós-alta hospitalar de cirurgia geral, evidenciados neste estudo, foram vermelhidão (37,5%), edema (16,7%), dor (83,3%), deiscência (2%) e febre (4,2%). Identificou-se 6,3% de infecção de sítio cirúrgico no trigésimo dia de pós-alta hospitalar, sendo esta taxa considerada limítrofe entre os parâmetros preconizados pelo *Center of Disease Control*.

A identificação dos sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico por meio de consultas em ambulatório de egressos permite ao enfermeiro a execução de ações proativas para a resolução dos problemas identificados. Desta feita, destacou-se a necessidade de implementar um método de vigilância no pós-alta hospitalar que possibilite uma notificação absoluta das ISC, minimizando os índices subnotificados que podem ocasionar uma alta taxa de morbi-mortalidade.

Apesar de algumas limitações deste estudo, como ter sido realizado em apenas uma unidade hospitalar e sua amostra ser considerada razoável, estes resultados refletem a importância da vigilância das ISC no pós-alta hospitalar de cirurgia geral, pois um considerável número destas infecções manifesta-se fora do ambiente hospitalar. Além disso, os resultados deste estudo mostram a necessidade de implementar ações de educação em saúde, principalmente no planejamento da alta hospitalar, pelos profissionais de enfermagem direcionadas aos pacientes e seus cuidadores a fim de torná-los aptos e capazes para realização de cuidados necessários e essenciais após cirurgia.

O estudo possibilitou a realização de uma proposta de protocolo de assistência de enfermagem que poderá servir de subsídios para melhora na qualidade e prestação dos serviços oferecidos pela enfermagem na instituição, beneficiando o paciente, a unidade hospitalar de ensino e o trabalhador,

Vigilância pós-alta em cirurgia geral: assistência...

que terá a chance de desenvolver habilidades e correlacionar aprendizado. Para tal prática se faz necessário motivar e capacitar os profissionais para a educação em saúde, promover o trabalho em equipe multidisciplinar, rever o dimensionamento do pessoal e garantir a realização de procedimentos que são complementares à rotina de enfermagem, guiados a partir de um protocolo de assistência e rever o dimensionamento de pessoal.

REFERÊNCIAS

1. Claudino H, Fonsêca L. Cirurgical site infection: preventive actions of the commission of hospital infection control. J nurs UFPE on line [Internet]. 2011 June [cited 2012 Mar 31];5(5):1180-87. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1536> doi: 0.5205/reuol.1302-9310-2-LE.0505201113
2. Ferreira RS, Bezerra CMF. Atuação da comissão de controle infecção hospitalar (CCIH) na redução da infecção: um estudo no Hospital da Criança Santo Antônio. Revista Norte Científico [Internet]. 2010 Dec [cited 2012 Mar 31]; 5(1):29-45. Available from: <http://www.ifrr.edu.br/SISTEMAS/revista/index.php/revista/article/view/94>
3. Oliveira AC, Carvalho DV. Evaluation of underreported surgical site infection evidenced by post-discharge surveillance. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2007 Sept/Oct [cited 2012 Feb 12];15(5):992-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/v15n5a16.pdf>
4. Centers for diseases control and prevention. National Nosocomial Infections Study System. Am J Infect Control [Internet]. 2005 [cited 2012 Feb 12];(23):377-85. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6HHJ63ixFMAJ:www.cdc.gov/nhsn/pdfs/datastat/nnis_2004.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br
5. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sítio cirúrgico: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Ferraz EM, Ferraz AA, Bacelar TS, Albuquerque HST, Vasconcelos MDM, Leão CS. Controle de infecção em cirurgia geral - resultado de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2001 Jan/Feb [cited 2012 Jan 28];28(1):17-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912001000100005

Xavier AT, Silva PCV.

Vigilância pós-alta em cirurgia geral: assistência...

7. Center of Diseases Control. Orientação para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico [Internet]. 1999 [cited 2008 Feb 25]. Available from:

<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/SSI.pdf>

8. Sasaki VDM, Romanzini AE, Jesus APM, Carvalho E, Gomes JJ, Damiano VB. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico no pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. Texto contexto enferm [Internet]. 2011 Apr/June [cited 2012 Mar 1];20(2): 328-32. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000200015&script=sci_arttext

9. Ercole FF, Franco LMC, Macieira TGR, Wenceslau LCC, Resende HIN, Chianca TCM. Risco para infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. Rev. Lat Am Enfermagem. [Internet]. 2011 Nov/Dec [cited 2012 Apr 14];19(6): 1362-68. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_12.pdf doi: org/10.1590/S0104-11692011000600012.

10. Suzuki VF, Carmona EV, Lima MHM. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Dec 27];45(2):527-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a31.pdf>

11. Paul S. Hospital discharge education for patients with failure: what really works and what is the evidence? Crit care nurse [Internet]. 2008 Apr [cited 2012 Apr 10];28(2):66-82. Available from: <http://ccn.aacnjournals.org/content/28/2/66.full>

12. Brasil. Ministério da Saúde; Comissão Nacional de Ética e Pesquisa; Conselho Nacional de Saúde. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91p.

13. Mauricio VC, Souza NVDO, Gonçalves FGA, Leite GFP. Deficits and competences of the client with infections in surgical site. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Nov [cited 2012 Mar 31];5(10): 2470-8. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2038> doi: 10.5205/reuol.2133-15571-1-LE.0510201118.

14. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segundo desafio global para a segurança do paciente: manual - cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde; 2009.

15. Silva PCV, Mendes EG. Nursing care in the postoperative period of varicose veins surgery: a protocol proposal J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Sept; [cited 2012 Feb 03]; 5(8):1949-56. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1853> doi 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0508201118

16. Rosa DM, Bittencourt JVOV. Perception of surgical patients regarding the need for care orientations when discharging from hospital. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 July [cited 2012 July 4];5(6):1380-89. Available from:

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1621> doi 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0506201110.

17. Gilvanildo RS, Amanda TX, Paula CVS. Nursing diagnoses identified in a medical clinic unit: proposal of results and interventions. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 May [cited 2012 July 04];6(5):986-93. Available from:

http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2364/pdf_1057

doi 10.5205/reuol.2450-19397-1-LE.0605201204.

Submissão: 22/09/2013

Aceito: 18/01/2014

Publicado: 01/03/2014

Correspondência

Paula Carolina Valença Silva
Universidade Federal de Pernambuco
Centro Acadêmico de Vitória
Departamento de Enfermagem
Rua do Alto do Reservatório s/n
Bairro Bela Vista
CEP: 55608-680 — Vitória de Santo Antão (PE),
Brasil