

# “EFETIVIDADE DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NAS VÍDEO-CIRURGIAS, POR CONTATO TELEFÔNICO: VALIDAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO”

**Autora:** Paula Mingotte

**e-mail:** paula.mingotte@gmail.com

**Orientadora:** Maria Isabel Pedreira de Freitas (Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Unicamp)

**Unidade:** FACULDADE DE ENFERMAGEM – UNICAMP.

**Agência Financiadora:** Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

**Palavras-chave:** controle de infecções – laparoscopia – enfermagem - vigilância epidemiológica – telefone - estudos de validação - prevenção e controle.

**Introdução:** A infecção de sítio cirúrgico (ISC) é problema grave, atual, e constitui-se em risco inerente ao ato cirúrgico. Suas repercussões tangem tanto no âmbito social quanto no econômico, devido ao custo assistencial elevado, ao prolongamento do período de internação e reabilitação e ao bem estar da paciente bem como seu retorno ao convívio social e comunitário.

Estima-se que as ISC prolonguem o tempo de internação em média mais de **07 dias** e conseqüentemente o custo do procedimento. Sua incidência pode variar, sendo em média de **2 a 5%** para as cirurgias consideradas "limpas". As ISC correspondem a aproximadamente **38%** do total das infecções hospitalares em pacientes cirúrgicos e **16%** do total de infecções hospitalares.

As ISC diagnosticadas após a alta hospitalar do paciente incrementam de forma considerável a taxa de readmissão e a utilização de recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos na comunidade, custos que não são captados por programas de vigilância limitados apenas ao âmbito hospitalar. O desenvolvimento de uma ISC coloca o paciente em risco significativamente aumentado de readmissão hospitalar e de admissão em centros de terapia intensiva.

O risco de morte aproximadamente duplica nos pacientes que desenvolvem uma ISC.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo realizado em duas etapas: primeiramente, validação de questionário por peritos; em seguida, estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, com aplicação do instrumento às pacientes, por contato telefônico, submetidas a vídeo-cirurgias eletivas, **30 dias após sua alta**, realizado em um hospital universitário, no interior do Estado de São Paulo. A amostra será composta por **07 peritos e 60 pacientes**. Os dados obtidos com a aplicação do instrumento serão analisados, calculando-se as frequências absolutas e relativas.

**Resultados e Discussão:** Foi realizado um **pré-teste** com o instrumento preliminar, antes de enviar aos peritos. A população participante foi de **05 pacientes**, onde foi realizado o contato telefônico após 30 dias de sua alta hospitalar, e aplicado o instrumento. Desses 05 casos, apenas um apresentou sinais sugestivos de infecção de sítio cirúrgico pós- alta.

Mediante essas aplicações no pré-teste, algumas alterações já foram realizadas no instrumento, objetivando deixá-lo mais prático e mais fácil para aplicação.

Desses 05 casos, apenas **01 apresentou sinais sugestivos de infecção se sítio cirúrgico pós- alta**, onde notou a presença de secreção amarelado/purulenta no corte do umbigo, mas que cicatrizou sozinho, sem ser necessária ida ao médico ou uso de medicamentos.

Os pacientes cirúrgicos devem ser acompanhados desde a cirurgia até a alta hospitalar e seguidos após a alta hospitalar, pelo período de **até 30 dias** da data da cirurgia. Sabe-se que um extensivo programa de vigilância pode reduzir as taxas de ISC em **30% a 40%**. No Brasil, a maior parte dos serviços de vigilância dos hospitais não inclui o acompanhamento sistemático dos pacientes cirúrgicos após receber alta. Considerando que **12% a 84%** das ISC são diagnosticadas fora do hospital, a vigilância pós-alta é imprescindível para reduzir as subnotificações destas infecções.

O presente projeto ainda não foi concluído, e terá continuidade, portanto, até o prazo máximo de julho de 2013.

## Referências Bibliográficas:

1. Oliveira AC, Ciosak SI, D’Lorenzo C. Vigilância pós-alta e o seu impacto na incidência da infecção do sítio cirúrgico. Rev Esc Enferm USP 2007;41(4):653-9.
2. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what’s being reported? Critique and recommendations. Research in Nurs & Health; 2006; 29(1):489-97.
3. Williams RA. Women’s health content validity of the family medicine in-training examination. Fam Med 2007; 39(8):572-77.
4. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos Processos de Construção e Adaptação de Instrumentos de Medida. Rev. CS Col, 2011, 16(7):3061-3068.
5. Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Manual da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). 43p.; 2012.
6. Biscione FM. Risco de infecção do sítio cirúrgico após colecistectomia laparoscópica comparado ao risco após colecistectomia laparotômica.[Tese de Mestrado]. UFMG. Belo Horizonte: 105p.; 2006.
7. Senne ECV. Avaliação de prevalência e fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em colecistectomia videolaparoscópica antes e após a implantação da vigilância pós-alta. [Tese de Mestrado]. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba: 92p.; 2011.

**QUADRO 2 - Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)**

QUADRO 2 - Critérios diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)		
<b>Incisional Superficial</b> ISC - IS	Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia e envolve apenas pele e subcutâneo.	<b>Com pelo menos um</b> dos seguintes: a) Drenagem purulenta da incisão superficial; b) Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente (não são considerados resultados de culturas colhidas por swab); c) A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor, EXCETO se a cultura for negativa; d) Diagnóstico de infecção superficial pelo médico assistente.
<b>Incisional Profunda</b> ISC – IP	Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até UM ano, se houver colocação de prótese, e envolve tecidos moles profundos à incisão (ex: fáscia e/ou músculos).	<b>Com pelo menos um</b> dos seguintes: a) Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não de órgão/cavidade; b) Deiscência parcial ou total da parede abdominal ou abertura da ferida pelo cirurgião, quando o paciente apresentar pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ , dor ou aumento da sensibilidade local, exceto se a cultura for negativa; c) Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida, identificada em reoperação, exame clínico, histocitopatológico ou exame de imagem; d) Diagnóstico de infecção incisional profunda pelo médico assistente.
<b>Órgão / Cavidade</b> ISC – OC	Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até UM ano, se houver colocação de prótese, e envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia.	<b>Com pelo menos um</b> dos seguintes: a) Cultura positiva de secreção ou tecido do órgão/cavidade obtido assepticamente; b) Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolva os planos profundos da ferida, identificada em reoperação, exame clínico, histocitopatológico ou exame de imagem; c) Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo médico assistente.
<b>Observações:</b> 1. Caso a infecção envolva mais de um plano anatômico, notifique apenas o sítio de maior profundidade. 2. Considera-se prótese todo corpo estranho implantável não derivado de tecido humano (ex: válvula cardíaca protética, transplante vascular não-humano, coração mecânico ou prótese de quadril), exceto drenos cirúrgicos.		