



INFECÇÃO EM PACIENTES PÓS-CIRÚRGICOS*

*Marcelo Ruela de Oliveira***

*Vivian Lopes Coelho***

*Jucinet César Cardoso***

*Daisy Carla Vieira Roman***

*Renata Perfeito Ribeiro****

RESUMO

O problema da infecção hospitalar em feridas cirúrgicas é uma preocupação dos profissionais da área da saúde. Sabemos que as infecções hospitalares podem ser inerentes a vários fatores, como: o próprio paciente, o ambiente hospitalar, a agressão terapêutica e/ou diagnóstica apresentada ao paciente. Esse trabalho teve como objetivo levantar a bibliografia a respeito do tema “infecção hospitalar e os procedimentos cirúrgicos”. Para atingir esse objetivo, fizemos um levantamento bibliográfico sobre o assunto, dos últimos 8 anos, mostrando o que cada autor afirmava. Adicionalmente, resolvemos contribuir com a nossa prática diária, enquanto alunos do 3º ano de Enfermagem do Centro Universitário Filadélfia (UniFil). Apresentamos também ao final uma conclusão e algumas sugestões e recomendações para a melhoria da prática diária no combate às infecções hospitalares em feridas cirúrgicas.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção Hospitalar; Procedimentos Cirúrgicos.

ABSTRACT

Hospital infection in surgical wounds is a concern of the professionals of the health area. It is known that hospital infection may be vulnerable to several factors: the patient him/herself, the hospital environment, the therapeutic and/or diagnostic aggression presented to the patient. The present work aims at surveying the bibliography regarding hospital infections and surgical procedures. A bibliographical survey of what has been written in the past eight years has been carried out, showing what each author has stated. Regarding that subject, as undergraduate students taking the third year of Nursing at Centro Universitário Filadélfia (UniFil), we felt we had a contribution to give for the improvement of our daily practice, a conclusion is drawn and some suggestions and recommendations are given.

KEY-WORDS: Hospital Infection; Surgical Procedures.

* Trabalho de revisão bibliográfica desenvolvido na programação da disciplina Infecção Hospitalar, do Curso de Enfermagem da UniFil.

** Acadêmico(a) do 4º Ano do Curso de Enfermagem da UniFil.

*** Docente do Curso de Enfermagem da UniFil. (Orientadora da pesquisa).

INTRODUÇÃO

A preocupação com a supuração das incisões cirúrgicas data da época dos egípcios, os quais utilizavam favos de mel para preveni-las.

Quando as supurações eram decorrentes de incisões cirúrgicas, eram consideradas “desejáveis” e “louváveis”.

Em 1867, Joseph Lister, baseado nos relatos sobre a febre puerperal veiculada pelas mãos dos médicos que frequentavam salas de autópsia, e incorporando as idéias do químico Louis Pasteur, convence o mundo científico de que a supuração pode ser perfeitamente evitada para o bem do paciente. É o início da era listeriana, da cirurgia asséptica.

A pele, primeira barreira de defesa do corpo contra o meio externo, é colonizada por bactérias importantes na gênese da infecção hospitalar.

A flora permanente da pele multiplica-se livremente e está alojada junto aos folículos pilosos e ductos das glândulas sebáceas.

A flora transitória é superficial, variável e dependente do tempo de contato com o meio ambiente. Quanto maior a permanência do paciente pós-operado no ambiente hospitalar, mais rica será a sua flora em patógenos próprios daquele ambiente.

O risco de desenvolvimento de infecção na incisão cirúrgica depende do preparo pré-operatório da pele, quantidade e tipo de contaminação, as condições da incisão ao término da operação (influenciada pela técnica e habilidade do cirurgião), a idade, a condição nutricional e metabólica do paciente, a natureza do processo patológico que motivou a cirurgia e a susceptibilidade individual do hospedeiro, representada pela habilidade intrínseca do paciente em lidar com a contaminação bacteriana.

A evidência é variável de acordo com a classificação da ferida cirúrgica (limpa, potencialmente contaminada, contaminada e infectada), da região a ser operada e sobretudo da maneira como as informações são tabuladas. É mais freqüente nas cirurgias de emergência ou nas intervenções de complicações cirúrgicas do que nas cirurgias eletivas.

As infecções hospitalares em receptores de transplante incluem tanto o receptor quanto o doador do órgão. As infecções que surgem após a realização de transplante são complicadas pelo uso de fármacos necessários para aumentar a sobrevida do órgão transplantado, mas que também provocam imunocomprometimento do hospedeiro. Por conseguinte, uma infecção que pode ter sido latente ou assintomática no doador imunocompetente transforma-se em problema potencialmente fatal para o receptor imunocomprometido.

1. MICRORGANISMOS E O PACIENTE CIRÚRGICO

Para WIPPEL (1999, p. 85), *o homem no seu ambiente e em seu corpo tem sempre a presença de germes. Fatores como resistência orgânica e equilíbrio biológico não permitem o desenvolvimento dos mesmos e a produção de infecção. Mas no rompimento destes fatores, os germes se multiplicam, ficam patogênicos. Em cirurgias rompemos barreiras como a pele, mucosas, abrimos vísceras que contêm germes e a instalação de uma infecção não só depende da mera presença dos mesmos, mas de um número mínimo (dez a quinta por grama de tecido), de sua virulência e, principalmente, da defesa orgâ-*

nica do hospedeiro. Todas as feridas cirúrgicas são contaminadas até certo grau, sem que no entanto se desenvolva a infecção. A assepsia e anti-sepsia procuram reduzir a um mínimo o número de germes e fungos. É interessante a divisão de cirurgia em: limpa, onde não há contaminação de técnica, mas ocorre abertura de vísceras contaminadas; contaminadas, onde há infração de técnicas e contaminação; e sujas, nas quais a contaminação já está presente.

A antisepsia pré-operatória associada a uma técnica criteriosa e asséptica por parte do cirurgião tem apresentado pós-operatórios com recuperações louváveis, excluindo infecções nestes casos. É bem verdade que o equilíbrio entre a resistência orgânica do paciente e a sua própria microbióta, ou os microrganismos do ambiente hospitalar, é de fundamental importância para o estabelecimento de um pós-operatório excluído de infecção. No entanto, a manipulação cirúrgica coerente em um campo operatório preparado adequadamente minimiza o risco de infecção nestes pacientes.

ROUQUAYROL (1994, p.237) comenta que os estágios vegetativos de bactérias têm, em média, capacidade de resistir no ecótopo (a parte abiótica do ecossistema constituída por fatores inanimados de ordem física e química: material biológico em decomposição, solo, ar, objetos e substâncias) por longo tempo e conservar-se viáveis. Dessa forma, quando colocadas em condições bio-físico-químicas convenientes, podem estar infectando. Esse bioagente pode ser transmitido por contato direto, mas é bastante viável também a sua transmissão indireta pela intermediação de veículos. É o que acontece nas infecções hospitalares. Pequenas ou grandes intervenções cirúrgicas enfrentam o risco de rompimento naquele ponto e nos introduzidos durante o processo, ou podem vir a ser aí infectadas por agentes microbianos presentes em locais, em objetos e em instrumentos de uso hospitalar. Estes podem ter sido depositados sob a pele antes do ocorrido ou ser depositados por vetores ou veículos após a ocorrência.

O autor relata o estágio vegetativo das bactérias que chegam até o paciente pela transmissão direta ou indireta. Analisando a transmissão direta, o que se mostra preocupante é a lavagem deficiente das mãos ou, o que é pior, a não lavagem das mãos ao manipular o paciente. Percebemos em nossa experiência que médicos manipulam pacientes com as mesmas mãos que chegam, sem lavá-las previamente, e isto pode ser estendido para auxiliares, técnicos e enfermeiros. A não lavagem das mãos acontece também por sobrecarga de trabalho, onde a prioridade torna-se fazer o trabalho, economizando o tempo da lavagem das mãos, deixando de lado a qualidade, sendo o paciente o maior prejudicado.

O paciente cirúrgico tem a infecção à beira de seu leito, levada não só pelo fator descrito acima, mas também pelo material cirúrgico contaminado. Essa contaminação advém do preparo pré-esterilização ineficiente, empacotamento inadequado ou por problemas com o equipamento de esterilização. Cabe a investigação para que se possa determinar a causa.

2. MECANISMO DA INFECÇÃO

Para KAWAMOTO (1999, p. 10), *o desenvolvimento da infecção irá depender da relação entre a virulência do microrganismo e resistência do organismo infectado. Os componentes da virulência são: poder da cápsula do microrganismo que protege contra*

as forças defensivas do organismo infectado; enzimas secretadas pelas bactérias, que atuam favorecendo a difusão do processo infeccioso; poder toxígeno, que pode ser pouco ou muito estimulante para a produção de antitoxinas pelo indivíduo infectado; os microrganismos que, para desenvolverem uma infecção, devem lutar contra um conjunto de forças defensivas (de mecanismos variados e de eficiência relativa do hospedeiro) Existem 2 tipos de resistência: a inespecífica e a específica.

A inespecífica compreende as barreiras opostas à porta de entrada, que impedem a penetração do agente infeccioso por ação mecânica e o efeito bactericida de seus componentes químicos. Compreendem pele, muco da árvore respiratória, secreção vaginal, flora bacteriana normal. Os agentes de proteção profunda são constituídos pela beta lisina, leucócitos e células pertencentes ao sistema retículo endotelial. A específica, ou imunidade, se desenvolve quando os microrganismos transpõem as barreiras da resistência inespecífica. O agente infeccioso age como antígeno, ou seja, induz a formação de anticorpos pelo hospedeiro. Os anticorpos são globulinas modificadas com poder de antitoxinas ou ação antimicrobiana.

Para a mesma autora, os fatores que levam o paciente a adquirir uma infecção são os inerentes ao próprio paciente, à agressão diagnóstica e terapêutica e ao ambiente hospitalar.

FATORES INERENTES AO PACIENTE:

IDADE: os mais susceptíveis são os idosos;

FUMO: diminuem as defesas da árvore respiratória;

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS: as anomalias predispõem às infecções;

LESÕES CUTÂNEAS: permitem a entrada de microrganismos por quebra da barreira de proteção da pele;

DESNUTRIÇÃO: provoca alterações da flora intestinal e da resistência tecidual;

OBESIDADE: o fluxo sanguíneo está diminuído no tecido adiposo e ocorre sobrecarga de todos os sistemas;

DIABETES: absorção inadequada de medicamentos IM. Dificuldade de cicatrização devido à acidose, que diminui a proliferação dos fibroblastos;

VIROSES RESPIRATÓRIAS: predispõem o paciente a pneumonias;

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, INSUFICIÊNCIA RENAL, HIPOTENSÃO, CHO-

QUE, COMA: predispõem à infecção, pois a estase sanguínea prejudica a mobilização das células fagocitárias;

DISTÚRBIOS NO PROCESSO IMUNOLÓGICO.

FATORES INERENTES À AGRESSÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA:

PRESENÇA DE TERAPÊUTICA RESPIRATÓRIA: anestesia, nebulização, inalação, aspiração endotraqueal, traqueostomia, entubação, ventilação assistida;

REALIZAÇÃO DE EXAMES: biópsia, laparotomia;

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: antibióticos, corticosteróides, citostáticos, vasopressores, soluções hipertônicas, solução de aminoácidos, nutrição parenteral prolongada (NPP), venoclise em geral;

TRANSFUSÃO DE SANGUE E DERIVADOS;

REALIZAÇÕES DE PUNÇÕES: arteriais, venosas e raquidianas;

PRESENÇA DE CATÉTERES NOS VASOS: disseções arteriais e venosas, intracatheres;

PASSAGEM DE SONDA VESICAL;

EXISTÊNCIA DE PRÓTESES VASCULAR E CARDÍACA;

REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS: a incidência no pós-operatório aumenta de acordo com:

Grau de contaminação bacteriana da cirurgia: se limpa, potencialmente contaminada, contaminada ou infectada;

Local da operação: maior o risco nas abdominais do que nas torácicas;

Tamanho da ferida;

Duração da ferida;

Intercorrências no ato cirúrgico;

Falha de técnica cirúrgica: desbridamento inadequado, manipulação grosseira dos tecidos, hemostasia incompleta, distúrbios do suprimento sanguíneo local, quebra da técnica asséptica, sutura sob tensão, espaços mortos anatômicos, drenagem inadequada;

Técnica de curativos.

FATORES INERENTES AO AMBIENTE HOSPITALAR:

Para KAWAMOTO (1999, p.13), os fatores inerentes ao ambiente hospitalar são: o ambiente poluído de antibióticos e quimioterápicos que selecionam cepas multirresistentes;

existência de microrganismos mais resistentes e virulentos que contaminam artigos e áreas hospitalares e infectam o paciente;

existência de hospedeiros suscetíveis que possuem falhas nos mecanismos de defesa ou sofrem agressões diagnósticas ou terapêuticas;

modificação da flora endógena do paciente que, ao ser destruída pelos antibióticos, será substituída pela flora hospitalar, que é mais patogênica e resistente;

aumento do número de pessoas que circulam e manipulam o paciente;

aumento da circulação de pacientes no hospital;

profissionais inadequadamente preparados;

planta física inadequada: falta de pias nas enfermarias, sala de medicação próxima ao banheiro;

número excessivo de leitos nas enfermarias.

O baixo grau de resistência dos pacientes tem levado ao surgimento de infecções, não por mérito dos microrganismos, mas por debilidade do organismo humano que estão colonizando. A debilidade do organismo advém da quebra da barreira específica, da inespecífica ou ambas.

Aos fatores abordados pela autora, que levam à quebra destas barreiras, soma-se um outro muito importante que é o estresse do paciente, o qual leva à debilidade da defesa específica. Tem-se observado também uma redução excessiva de secreção traqueobrônquica nos pacientes fumantes, o que predispõe à infecção em pacientes acamados.

Quanto à agressão diagnóstica e terapêutica, os cateteres intravenosos constituem importante risco para infecção e a permanência por mais de 72 horas do cateter no mesmo local aumenta consideravelmente esse risco. É observada principalmente em pacientes idosos e desnutridos, os quais apresentam uma pele mais frágil com maior risco para lacerações na inserção do cateter, o que permite extravasamento do conteúdo infundido para a fixação do cateter e, desta forma, o desenvolvimento de microrganismos, por ser ambiente úmido e possuir glicose. Sendo assim, a infecção que é iniciada a partir de uma flebite, pode tomar proporções maiores, comprometendo o estado geral do paciente.

Os cateteres vesicais também constituem problema, inicialmente pela técnica incorreta, o que é observado pelo exame de Urina I coletado logo após a introdução da sonda, mostrando a presença de bactérias.

A infecção está relacionada não só à inserção do cateter, mas tem maior incidência com a permanência dos cateteres.

3. FERIDA OPERATÓRIA

PEREIRA & MORIYA (1995, p. 101) comentam que as cirurgias apresentam diferentes riscos de infecção, conforme se enquadrem em uma das quatro categorias de potencial de supuração: limpa, potencialmente contaminada, contaminada e infectada. O risco de uma cirurgia limpa se infectar é de 5%; de 11% para as potencialmente contaminadas; de 16% para as contaminadas; de 40% para as infectadas. Teoricamente, taxas de supuração da ferida cirúrgica, superiores a 5% em cirurgias limpas, devem ser consideradas resultantes de falhas de anti-sepsia ou assepsia. Taxas superiores às mencionadas para as cirurgias não limpas podem refletir as condições do próprio paciente e/ou da qualidade do preparo pré-operatório e da técnica cirúrgica. Segundo alguns estudos, a variável mais importante na prevenção e controle da supuração de ferida operatória é a técnica cirúrgica, tornando bastante adequada a identificação das taxas de infecção por cirurgia.

Para AYLIFFE & COLS (1998, p. 180), as feridas são freqüentemente colonizadas por bactérias, sem terem sido grosseiramente infectadas, e estas respondem satisfatoriamente à aplicação de medidas locais, como a remoção de suturas, drenagem, aplicação de anti-séptico, e lavagem freqüente das mãos com uma solução salina.

As infecções da parede abdominal em pacientes submetidos a cirurgia do trato gastrointestinal são provavelmente causadas pela própria microbiota intestinal do paciente, incluindo microrganismos aeróbicos e anaeróbicos. A infecção de ferida limpa, quando o intestino não foi aberto, é geralmente causada por estafilococos.

HALEY & GARNER *apud* PEREIRA & MORIYA (1995, p. 1, 2) aludem que as infecções preveníveis, cerca de 30 a 50% do total das infecções, estão entre aquelas geradas por falhas nos cuidados dispensados aos pacientes, dentre os quais a imperícia na técnica cirúrgica.

Observa-se que as feridas operatórias são colonizadas por bactérias durante o ato cirúrgico e até mesmo nas trocas de curativo; no entanto, deve-se tomar cuidado para que esta colonização seja a menor possível, ao ponto de não causar um quadro infeccioso. Isto é alcançado através de técnicas cirúrgicas assépticas.

4. ANTIBIÓTICOS PARA O PACIENTE CIRÚRGICO

Segundo WIPPEL (1999, p. 88), os níveis de infecção podem ser reduzidos com aplicação preventiva de antibiótico somente em certos casos. Em cirurgias de abdômen, a histerectomia tem sido beneficiada com a aplicação de antibióticos profiláticos. Hoje, com regras mais definidas, a 1ª dose do antibiótico é feita pouco antes da incisão cirúrgica, seguidas de outras doses até 12 ou, no máximo, 24 horas do pós-operatório. Em cirurgias sujas, sua aplicação seria mais terapêutica. Em operações onde pode ocorrer grande translocação de germes, como: obstrução intestinal, hérnias encarceradas e obstruídas, e perfuração ulcerosa, a aplicação de antibióticos torna-se necessária. O antibiótico utilizado como preventivo de infecção tem, no entanto, um custo elevado. Sua utilização rotineira não é recomendada. Nada substitui a boa esterilização, a assepsia bem efetuada, a boa técnica.

Concordamos que o antibiótico profilático traz benefícios ao paciente, quando a investigação clínica torna-se coerente com a sua utilização. Torna-se problema quando a infecção sobressai à antibioticoprofilaxia, demonstrando assim o uso incorreto do antibiótico e permitindo a resistência do microrganismo. Nestes casos, tem-se observado uma cobertura antibiótica ampla.

5. INFECÇÃO PÓS-CIRÚRGICA EM TRANSPLANTE

HARRISON & cols (1988, p. 896,897,899) comentam que a avaliação de infecção pós-cirúrgica em receptores de transplante inclui tanto o doador quanto o receptor. Elas são complicadas pelo uso de fármacos necessários para aumentar a probabilidade de sobrevida do órgão transplantado, mas que também provocam imunocomprometimento do hospedeiro. Assim, uma infecção latente no doador torna-se potencialmente fatal para o receptor imunocomprometido. Estima-se que entre 2 até mais de 20% dos rins de doadores estejam contaminados com bactérias - na maioria dos casos, os microrganismos que colonizam a pele ou crescem no meio de cultura tecidual empregado para conservar o rim do doador enquanto se aguarda o transplante.

Os receptores de órgãos sólidos estão sujeitos à infecção por permanecerem imunossuprimidos por períodos prolongados de tempo.

Durante a fase inicial (menos de 1 mês depois do transplante), as infecções são mais freqüentemente causadas por bactérias extracelulares que, na maioria das vezes, se originam na ferida cirúrgica ou em locais de anastomose.

Nas semanas subseqüentes, tornam-se evidentes as conseqüências da administração de agentes que suprimem a imunidade celular, bem como da aquisição (a partir de órgão transplantado) ou reativação de parasitos e vírus.

No transplante renal, as infecções que surgem pouco depois da realização do transplante quase sempre são causadas por bactérias associadas a infecções da pele ou da ferida. Após o transplante, as infecções das vias urinárias que se manifestam, geralmente, estão relacionadas com alterações anatômicas decorrentes da cirurgia.

Em transplante cardíaco, a mediastinite constitui uma complicação precoce. É comum observar uma evolução indolente, sendo o desenvolvimento de hipersensibilidade

ou drenagem local precedido de febre ou contagem ligeiramente elevada de leucócitos. A suspeita clínica baseada em evidências de instabilidade e deficiência de cicatrização do esterno pode levar ao diagnóstico.

No transplante pulmonar, há a predisposição ao desenvolvimento de pneumonia. A combinação de isquemia e conseqüente lesão da mucosa, juntamente com desnervação e ausência de drenagem linfática que acompanham o procedimento, provavelmente contribuem para a elevada taxa de pneumonia.

No transplante de fígado, as infecções bacterianas precoces representam grande problema. As complicações infecciosas são comuns e estão correlacionadas com a duração do procedimento e o tipo de drenagem biliar. Uma cirurgia com mais de 12 horas de duração apresenta maior probabilidade de infecção.

A peritonite e os abscessos intra-abdominais constituem complicações do transplante hepático e podem resultar de extravasamentos biliares e infecções primárias ou secundárias após o extravasamento da bile.

A avaliação da febre no paciente durante o período pós-operatório deve incluir um cuidadoso exame da ferida cirúrgica. Em diversos estudos, o cuidadoso acompanhamento à procura de infecção da ferida após a alta hospitalar - especialmente o exame da ferida por um observador treinado, como uma enfermeira - mostrou que os verdadeiros índices de infecção da ferida em todas as categorias são maiores que os índices registrados, até porque muitos pacientes são hospitalizados por períodos relativamente curtos. Outros fatores associados ao desenvolvimento de infecção da ferida no pós-operatório incluem: presença de dreno, (aumenta o risco de infecção em duas vezes para cada semana de hospitalização pré-operatória) tricotomia pré-operatória (sobretudo quando realizada 24 horas ou mais antes da operação), duração prolongada da cirurgia, presença de infecção remota não-tratada e o próprio cirurgião.

Deve-se examinar a ferida cirúrgica à procura de eritema, estendendo-se por mais de dois centímetros além da borda da ferida, hipersensibilidade e induração localizadas, flutuação, drenagem de material purulento ou deiscência das suturas. Os fatores mecânicos, bem como a infecção, podem causar deiscência da ferida. As feridas esternais após a cirurgia cardíaca representam uma preocupação especial, visto que as conseqüências da infecção podem ser graves. A superfície da ferida pode não constituir uma causa óbvia para preocupação, todavia, em alguns pacientes, a ocorrência de febre persistente e, sobretudo, o desenvolvimento de movimentação ou instabilidade do esterno, podem ser suficientes para exigir exploração cirúrgica da ferida. A mediastinite ou a osteomielite do esterno constituem uma grave complicação da cirurgia cardíaca. As feridas associadas à colocação de próteses, como as articulações mecânicas, também são alvo de preocupação especial. A infecção destas feridas pode resultar em infecção de próteses articulares e geralmente exige a remoção cirúrgica do dispositivo.

Observa-se a particularidade cirúrgica de cada transplante para provável desenvolvimento de infecção, quer seja pelo trans-operatório demorado, quer pela técnica ou injúria ao órgão operado. No entanto, consideramos uma associação das possíveis causas para levar à infecção, em que incluímos a imunodepressão medicamentosa, o estresse vivido pelo paciente neste período, e até mesmo a sua alimentação. Não é possível ex-

cluir um paciente de todos esses riscos para infecção; entretanto, é possível que cirurgiões cumpram com a sua parte no ato cirúrgico e tratamento medicamentoso e que a enfermagem direcione os seus cuidados, afastando do paciente os riscos para a infecção.

Para HUDAK & GALLO (1997, p. 558), uma das ameaças à sobrevida do receptor é a sepse. As infecções que ocorrem no primeiro mês após o transplante são geralmente bacterianas e podem ser originárias de locais, tais como: as linhas intravenosas, as sondas de Foley, as feridas, ou da pneumonia pós-operatória. As observadas além de um mês são mais provavelmente de patógenos oportunistas, tais como o citomegalovírus ou o herpes simples. Esses microrganismos são encontrados normalmente em seres humanos ou no ambiente e são inofensivos; no entanto, os pacientes imunocomprometidos são sensíveis à infecção por esses microrganismos. Os medicamentos imunossupressores são interpostos na presença de grave infecção, de modo que o paciente pode mobilizar a resposta imunológica. Conseqüentemente, o enxerto pode ser sacrificado para salvar o paciente.

Graves infecções são freqüentemente evitadas. Por exemplo, são comuns as infecções orais por cândida. Entretanto, devem-se tomar precauções para evitar a evolução da esofagite por cândida, uma grave complicação infecciosa. As preocupações incluem a observação diária da boca e o tratamento profilático da candidíase oral com um agente antifúngico adequado de ação local, como a nistatina ou o clotrimazol.

Essas infecções são evitadas, manipulando-se com técnica asséptica as medicações endovenosas, bem como os equipos, e mantendo a fixação da venóclise limpa, seca e firmemente presa. No caso das sondas Foley, mantendo a desinfecção diária com algodão e álcool 70%, não elevando o coletor acima do nível da bexiga sem antes pinçar o prolongamento e, no caso da pneumonia pós-operatória, esta pode estar relacionada ao fato de o paciente ser fumante e estar acamado. Cabe neste caso investigar.

A candidíase oral sendo prevenida pelo uso da nistatina via oral é a conduta correta, mas não pode ser feita de maneira incorreta, não se fazendo a higiene oral do paciente para que se possa aplicar esse medicamento. Sendo assim, o medicamento acaba por não surtir seu efeito por completo.

6. CONCLUSÕES

Concluimos que a infecção no pós-operatório é fruto de muitos fatores, dentre os quais os que mais pesam são os inerentes ao pessoal, tais como: técnica cirúrgica e lavagem das mãos.

Observamos a necessidade de uma maior responsabilidade dos cirurgiões desde o momento em que lavam suas mãos até a manipulação da ferida cirúrgica, levando-se em conta o tempo de operação.

Percebe-se que o bom senso é uma ótima arma no combate à infecção pós-cirúrgica. Isto pode ser aplicado por cada profissional que manipula o paciente, conscientizado do valor de seu trabalho para o paciente.

Os cuidados dispensados ao paciente deverão ser feitos no intuito de livrá-lo da infecção, bem como ele deve estar sendo constantemente avaliado em busca de sinais e

sintomas quanto à possibilidade de instalação de infecção hospitalar.

Sabemos que a prevenção da infecção no paciente cirúrgico é algo complicado, pois estão envolvidos muitos profissionais, e é preciso contar com o trabalho competente de cada um.

Sugerimos as seguintes observações no cuidado prestado ao paciente pós-cirúrgico:

que a enfermeira escolha um leito em uma enfermagem cujos demais pacientes não possuam quadro infeccioso;

que o médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem lavem corretamente as mãos antes e após manipularem o paciente;

que os cuidados pré e pós-operatórios prestados aos pacientes sejam corretamente executados pela enfermagem;

que seja observada uma criteriosa técnica cirúrgica por parte dos cirurgiões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYLIFFE *et al.* **Controle de infecção hospitalar.** 3.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1998, p. 180.
- HARRISON, T. R. *et al.* **Medicina interna.** 14.ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 1998, p. 896,897,899.
- HUDAK, Carolyn M.; GALLO, Barbosa M. **Infecção.** 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, p. 558.
- KAWAMOTO, Emilia Emi. **Enfermagem em clínica cirúrgica.** São Paulo: EPU, 1986, p.10-13.
- PEREIRA, Milca Severino; MORIYA, Tokico Murakawa. **Infecção hospitalar.** 2.ed. Goiânia: AB, 1995, p. 1, 2, 7, 8, 101.
- ROUQUAYOL, M. Zélia. **Epidemiologia e saúde.** 4.ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1994, p. 237, 241-42.
- WIPPEL, Álvaro. Infecção em cirurgia abdominal. **JBM.** Abril, 1999. v. 76. nº 4, p. 85, 88.