



PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Objetivo

Descrever medidas preventivas para prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico

Siglas e definições

ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária

IRAS- Infecção relacionada a assistência à saúde

ISC- Infecção de Sítio Cirúrgico

Materiais e instrumentos

Ficha de Infecção de Sítio Cirúrgico

Checklist de Cirurgia Segura

Protocolo de Antibioticoprofilaxia em cirurgia

Abrangência

Atendimento Cirúrgico, Internação Clínica, Internação Cirúrgica, Tratamento Intensivo Adulto, Unidade de Cuidados Intermediários, Atendimento em Emergência, Laboratório, Agência Transfusional, Centro de Diagnóstico por Imagem, Oncologia.

Descrição da atividade

As infecções do sítio cirúrgico (ISC) são as complicações mais comuns decorrentes do ato cirúrgico, que ocorrem no pós-operatório em cerca de 3 a 20% dos procedimentos realizados, tendo um impacto significativo na morbidade e mortalidade do paciente.

As ISC são consideradas eventos adversos frequentes, decorrente da assistência à saúde dos pacientes que pode resultar em dano físico, social e/ou psicológico do indivíduo, sendo uma ameaça à segurança do paciente.

Além dos prejuízos físicos, psicológicos e financeiros aos pacientes acometidos, as ISC podem prolongar a estadia do paciente em média de sete a onze dias aumentar a chance de readmissão hospitalar, cirurgias adicionais e consequentemente, elevar exorbitantemente os gastos assistenciais com o tratamento.

Diante dos impactos apresentados e considerando a sua evitabilidade, torna-se imprescindível a implementação de medidas de prevenção dessas ISC por meio de um protocolo de prevenção de ISC, a adesão a boas práticas, como o checklist de cirurgia segura e protocolo de antibioticoprofilaxia em cirurgia.

Recomendações básicas

- Antibioticoprofilaxia
 - Indicação apropriada;
 - Escolher a droga adequada levando em consideração o sítio a ser operado;
 - Administrar dose efetiva em até 60 minutos antes da incisão cirúrgica;
 - Quando a droga escolhida for Vancomicina e Ciprofloxacina: iniciar infusão 1 a 2 horas antes da incisão;
 - Descontinuar em 24 horas;
 - Ajustar a dose para pacientes obesos;
 - Repetir as doses em cirurgias prolongadas ou com perda sanguínea alta;
 - Combinar administração via intravenosa (IV) e via oral (VO) de antimicrobiano para cirurgia coloretal.
- Tricotomia
 - Realizar somente quando necessário;
 - Não utilizar lâminas.
- Controle de glicemia no pré-operatório e no pós-operatório imediato
 - Objetivo: níveis glicêmicos <180 mg/dL.
- Manutenção da normotermia em todo perioperatório
 - Objetivo: $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$.
- Otimizar a oxigenação tecidual no peri e pós-operatório
- Utilizar preparações que contenham álcool no preparo da pele
 - Altamente bactericida, ação rápida e persistente (preparações alcoólicas com clorexedina ou iodo).
- Educar pacientes e familiares sobre medidas de prevenção de ISC.

2. Abordagens especiais

- Investigação de portadores nasais de *Staphylococcus aureus* (OXA-S e OXA-R) no pré-operatório de procedimentos de alto risco: cirurgia cardíaca, ortopédica (implantes).

- Descolonização dos portadores nasais que serão submetidos a procedimentos de risco:
 - Mupirocina intranasal (apresentação própria para uso nasal) + banho de clorexedina por 5 dias (2x/d)
- Atualização constante dos processos no Centro Cirúrgico (CC) e Centro de Material e Esterilização (CME).
- Atualização constante das práticas pós-anestésicas.
- Cuidados rigorosos com ferida cirúrgica.
- Cuidados com drenos.
- Atualização constante da técnica de higiene das mãos.

3. Abordagens NÃO recomendadas

- Utilizar vancomicina como droga profilática rotineiramente;
- Postergar a cirurgia para prover nutrição parenteral;
- Utilizar suturas impregnadas com antissépticos de rotina; Utilizar curativos impregnados com antissépticos de rotina.

4. Medidas de controle

5.1. Medidas de controle pré-operatória

5.1.1 Avaliação de colonização nasal ou microbiota endógena

- Realizar descontaminação nasal com mupirocina intranasal associada à descolonização extra-nasal com clorexidina degermante em pacientes diagnosticados como portadores nasal de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA);
- Aplicar nas narinas mupirocina nasal a cada 12 horas, durante 5 dias seguidos;
- Monitorar a resistência à mupirocina;
- Utilizar clorexidina degermante em todo o corpo, durante o banho, por 5 dias seguidos, exceto em mucosas ocular e timpânica .

5.1.2 Banho

Orientar previamente o paciente nas cirurgias eletivas quanto aos cuidados pré-operatórios e banho. Tomar banho com água e sabão antes da realização do procedimento cirúrgico, noite anterior ou manhã da cirurgia. (Quadro 1).

O banho com antisséptico está reservado a situações especiais como antes da realização de cirurgias de grande porte, cirurgias com implantes ou em situações específicas como surtos.

5.1.2.1. Cuidados durante o banho:

- Incluir a higiene do couro cabeludo e o cuidado com as unhas;
- Dar atenção especial à higiene da cabeça nas cirurgias crânio- encefálicas;
- Observar que o cabelo deve estar seco antes de ir para o bloco operatório;
- Enfatizar a importância da higiene oral; nos casos que houver previsão de entubação orotraqueal fazer higiene oral com clorexidina 0,12%.
- Fornecer toalhas limpas ao paciente para o banho pré-operatório;
- Proceder à troca de pijama/camisola, da roupa de cama ou da maca de transporte após o banho.

5.1.3. Preparo pré-operatório ou antisepsia cirúrgica das mãos

5.1.3.1. Objetivos

- Eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente da pele das mãos e dos antebraços dos profissionais que participam das cirurgias;
- Proporcionar efeito residual na pele dos profissionais.

5.1.3.2 Procedimento

O procedimento pode ser feito com o uso de esponjas para a realização da fricção da pele com antisséptico degermante (Clorexidina 2% ou Polivinilpirrolidona-iodo - PVPI) ou por meio do uso de produto à base de álcool (PBA).

5.1.3.3 Duração do procedimento

- Com antisséptico degermante:

Deve ser de 3 a 5 minutos para o primeiro procedimento do dia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes, se realizadas dentro de 1 hora após a primeira fricção.

Quadro 1. Recomendação de banho por procedimento cirúrgico.

Cirurgia	Sabonete Neutro	Antisséptico	Horário
<i>Cirurgia de grande porte, cirurgias com implantes</i>	_____	Clorexidina 2%	Banho (corpo total): 2 horas antes do procedimento cirúrgico
<i>Cirurgia eletiva, pequeno e médio porte</i>	Sabonete neutro	_____	Banho (corpo total): antes do encaminhamento ao CC
<i>Cirurgias de urgência</i>	Sabonete neutro	_____	O banho fica a critério da avaliação da equipe assistente

- Com PBA:

Seguir sempre o tempo de duração recomendado pelo fabricante do PBA. Toda a sequência (ponta dos dedos, mãos, antebraços cotovelos) leva em média 60 segundos. Deve-se repetir esta sequência o número de vezes que atinja a duração total recomendada nas instruções do fabricante do PBA, podendo ser 2 ou 3 vezes.

5.1.3.4. Materiais necessários

- Com antisséptico degermante:

Para a realização da antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços com antisséptico degermante utiliza-se: água de torneira, esponja estéril impregnada ou não com degermante, antisséptico degermante e compressa estéril.

- Com PBA:

Os insumos envolvidos na antissepsia cirúrgica das mãos com produto à base de álcool são sabonete líquido e água e PBA.

5.1.3.5 Técnica

5.1.3.5.1 Antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços com antisséptico degermante

- 1 - Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos;
- 2 - Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de esponja impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes;
- 3 - Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas, sob a água corrente;
- 4 - Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;

5 - Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir foto sensor.

5.1.3.5.2 Antissepsia cirúrgica das mãos com produto à base de álcool

- Lave as mãos com sabonete líquido e água ao chegar ao centro cirúrgico, após ter vestido a roupa privativa e colocado o gorro e a máscara;
- Use para preparo cirúrgico das mãos um produto à base de álcool (PBA), seguindo cuidadosamente as técnicas ilustradas no **ANEXO I - Técnica para Antissepsia Cirúrgica das Mãos com Produto Alcoólico - OMS**, antes de cada procedimento cirúrgico;
- Caso tenha qualquer resíduo de pó/talco ou fluidos corporais ao remover as luvas após a cirurgia, lave as mãos com sabonete líquido e água.

5.1.3.6. Recomendações

- Remover todos os adornos das mãos e antebraços, como anéis, relógios e pulseiras, antes de iniciar a degermação ou antissepsia cirúrgica das mãos;
- É proibido o uso de unhas artificiais;
- Manter unhas curtas;
- Manter o leito ungueal e subungueal limpos, utilizar uma espátula para remover a sujeira;
- Evitar o uso de escovas por lesar as camadas da pele e expor bactérias alojadas em regiões mais profundas da pele; se o seu uso for inevitável, estas devem ser estéreis e de uso único.

5.1.4. Tricotomia pré-operatória

Não deve ser feita de rotina, se os pelos tiverem que ser removidos, deve-se fazê-lo imediatamente antes da cirurgia, utilizando tricotomizadores elétricos, e fora da sala de cirurgia. O uso de laminas está contra indicado.

Obs: A remoção dos pelos depende da quantidade, do local da incisão,

do tipo de procedimento e da conduta do cirurgião.

5.1.5. Tempo de internação pré-operatória

Internação no dia da cirurgia ou anterior (exceção: preparo de cólon/ Fatores de risco /desnutrição).

5.1.6. Obesidade

Ajuste da dose de antibióticos profiláticos.

Diabetes mellitus

Controle da glicemia.

Tabagismo

O ideal é que a abstenção seja um item obrigatório nas cirurgias eletivas pelo menos 30 dias antes da realização das mesmas.

Uso de esteroides e outros imunossupressores

Evitar ou reduzir a dose ao máximo possível no período perioperatório.

5.1.7. Busca de focos infecciosos no perioperatório Infecções do trato urinário - ITU:

- Urina 1- altamente recomendável
- Urocultura
 - Sintomáticos
 - ITU de repetição
 - Incontinência/Menopausa
 - Prostatismo
 - Imunodeprimidos

Infecções de pele e partes moles

- Exame clínico detalhado
- Tratamento dos focos cutâneos no pré-operatório
- Fechamento das soluções de continuidade

Infecções dentárias

- Avaliação e tratamento de focos no pré-operatório.

5.1.8 Profilaxia antimicrobiana

*Ver Protocolo de Antibioticoprofilaxia em Cirurgia do SCIH .

5.2 Medidas de controle intraoperatória

5.2.1. Circulação de pessoal

Os seguintes cuidados devem ser observados:

- Manter as portas das salas cirúrgicas fechadas durante o ato operatório;
- Limitar o número de pessoas na sala operatória, manter o número de pessoas necessário para atender o paciente e realizar o procedimento;
- Evitar abrir e fechar a porta da sala operatória desnecessariamente;
- Não levar celular, bolsas e alimentos para dentro da sala cirúrgica.

5.2.2. Controle metabólico

Para as cirurgias em geral, tópicos relevantes em relação ao controle metabólico peri-operatório são: controle glicêmico, controle da temperatura corpórea e suplementação da oxigenação tecidual, bem como a manutenção adequada do volume intravascular.

5.2.3. Preparo da pele do paciente

Os seguintes cuidados devem ser seguidos durante o preparo intraoperatório da pele do paciente:

- Realizar degermação do membro ou local próximo da incisão cirúrgica antes de aplicar solução antisséptica;
- Realizar a antisepsia no campo operatório no sentido centrífugo circular (do centro para a periferia) e ampla o suficiente para abranger possíveis extensões da incisão, novas incisões ou locais de inserções de drenos, com solução alcoólica de PVPI ou clorexidina.

5.2.4. Drenos

A inserção dos drenos geralmente deve ocorrer no momento da cirurgia, preferencialmente em uma incisão separada, diferente da incisão cirúrgica; a recomendação é fazer uso de sistemas de drenagens fechados, e a remover o mais breve possível.

Para mais informações sobre drenos, ver **ANEXO III - Drenos Cirúrgicos**.

5.2.5. Paramentação

A paramentação cirúrgica, medida bem estabelecida para prevenção das infecções do sítio cirúrgico, consiste em antissepsia cirúrgica das mãos, utilização de aventais e luvas esterilizadas, além de gorro e máscara.

A equipe de campo cirúrgico deve fazer uso de paramentação completa (avental e luvas estéreis, touca, óculos, máscara).

O avental cirúrgico, juntamente com as luvas constitui barreira contra a liberação de microorganismos da pele da equipe e contaminação do campo operatório.

Devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico).

A máscara cirúrgica deve cobrir totalmente a boca e nariz e deve ser utilizada ao entrar na sala cirúrgica se o instrumental estiver exposto ou se cirurgia estiver em andamento, a fim de impedir a contaminação da área cirúrgica, bem como do instrumental cirúrgico por microorganismos originados do trato respiratório superior da equipe cirúrgica.

Ao se paramentar o profissional que participará do procedimento cirúrgico deve remover os adornos (anéis, pulseiras, relógios etc).

5.3. Medidas de controle pós-operatória

5.3.1. Avaliação de curativos

5.3.1.1. Objetivo

Sistematizar e gerenciar a avaliação de feridas e a realização dos curativos.

5.3.1.2. Conceitos

Curativo é um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com o objetivo de proteger o tecido recém-formado da invasão microbiana, aliviar a dor, oferecer conforto para o paciente, manter o ambiente úmido, promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção.

5.3.1.3. Princípios para o curativo ideal

- Manter elevada umidade entre a ferida e o curativo;
- Remover o excesso de exsudação;
- Permitir a troca gasosa;

- Fornecer isolamento térmico;
- Ser impermeável a bactérias;
- Ser asséptico;
- Permitir a remoção sem traumas e dor. Qualidade preconizada para um produto tópico eficaz para o tratamento de feridas
- Facilidade na remoção;
- Conforto;
- Não exigir trocas frequentes;
- Manter o leito da ferida com umidade ideal e as áreas periféricas secas e protegidas;
- Facilidade de aplicação;
- Adaptabilidade (conformação às diversas partes do corpo).

5.3.1.4. Feridas com cicatrização por primeira intenção (bordos aproximados por sutura)

- Recomenda-se permanecer com curativo estéril por 24 h a 48 h, exceto se houver drenagem da ferida ou indicação clínica;
- O primeiro curativo cirúrgico deverá ser realizado pela equipe médica ou enfermeiro especializado. O enfermeiro poderá realizar o curativo a partir do segundo dia de pós-operatório (PO) ou conforme conduta;
- Substituir o curativo antes das 24 h ou 48 h se molhar, soltar, sujar ou a critério médico;
- Remover o curativo anterior com luvas de procedimento;
- Realizar o curativo com toque suave de SF 0,9% em incisão cirúrgica;
- Avaliar local da incisão, se não apresenta exsudato manter as incisões expostas até a remoção da sutura. Nestes casos recomenda-se higienizar as incisões com água e sabão comum durante o banho e secar o local com toalhas limpas e secas;
- Registrar o procedimento e comunicar a equipe médica em casos de sangramento excessivo, deiscências e sinais flogísticos.

5.3.2. Manipulações de risco em pós-operatório de implantes cardíacos

- Manipulações dentárias, desbridamentos de tecidos necróticos/infectados, colonoscopia, cistoscopia;
- Indicação de antibioticoprofilaxia por 24 h.

5.4 Cuidados com ambiente e estrutura

- Manter a ventilação na sala cirúrgica com pressão positiva em relação ao corredor e áreas adjacentes; com no mínimo 15 trocas de ar por hora, uso de filtro HEPA (*High Efficiency Particulate Air*);
- Esterilização de todo o instrumental cirúrgico;
- Não utilizar a esterilização *flash* como rotina ou alternativa para a redução do tempo;
- Limpeza terminal mecânica do piso na última cirurgia do dia. Não há indicação de técnica de limpeza diferenciada após cirurgias contaminadas ou infectadas;
- Limpeza e desinfecção concorrente entre procedimentos, com ênfase nas superfícies mais tocadas e na limpeza de equipamentos.

ANEXO I - Técnica para Antissepsia Cirúrgica das Mãos com Produto Alcoólico - OMS

Técnica para Antissepsia Cirúrgica das Mãos com Produto Alcoólico

- Lave as mãos com sabonete e água ao chegar no centro cirúrgico, após ter vestido a roupa privativa (toca e máscara).
- Use para preparação cirúrgica das mãos um **produto à base de álcool (PBA)**, seguindo cuidadosamente as seguintes técnicas ilustradas nas imagens 1 a 17, antes de cada procedimento cirúrgico.
- Caso tenha qualquer resíduo de pó/talco ou fluidos corporais ao remover as luvas após a cirurgia, lave as mãos com sabonete e água.



1 Coloque aproximadamente 5 mL (3 doses) de PBA na palma da sua mão esquerda, usando o cotovelo do outro braço para operar o dispensador.



2 Mergulhe as pontas dos dedos da mão direita no produto, friccionando-as para descontaminar embaixo das unhas (5 segundos).



3



4



5



6



7

Imagens 3-7: Espalhe o produto no antebraço direito até o cotovelo. Assegure-se de que toda as superfícies sejam cobertas pelo produto. Utilize movimentos circulares no antebraço até que o produto evapore completamente (10-15 segundos).



8



9



10



11



12

Imagens 8-10: Agora, repita os passos 1-7 para a mão e antebraço esquerdo

Coloque aproximadamente 5mL (3 doses) do PBA na palma da mão esquerda como ilustrado, e esfregue ambas as mãos ao mesmo tempo até o punho, seguindo todos passos nas imagens 12 – 17 (20-30 segundos).

Cubra com PBA todas as superfícies das mãos até o punho, friccionando palma contra palma em movimentos rotativos.



13



14



15



16



17

Friccione o produto no dorso da mão esquerda, incluindo o punho, movimentando a palma da mão direita no dorso esquerdo com movimentos de vai-e-vem e vice-versa.

Friccione uma palma contra a outra com os dedos entrelaçados.

Friccione o dorso dos dedos mantendo-os dentro da palma da outra mão, em movimentos de vai-e-vem.

Friccione o polegar da mão esquerda com movimentos de rotação da palma da mão direita enlaçada e vice-versa.

Quando as mãos estiverem secas, o avental cirúrgico poderá ser vestido e as luvas cirúrgicas estéreis poderão ser calçadas.

Repita toda a sequência (média 60 segundos) o número de vezes que atinja a duração total recomendada nas instruções do fabricante do PBA. Poder ser 2 ou mesmo 3 vezes.



World Health
Organization

ANEXO II - Princípios e Técnica da tricotomia pré-operatória

1. Princípios

Conforme recomendação do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos, se os pelos tiverem que ser removidos, deve-se fazê-lo imediatamente antes da cirurgia, de preferência utilizando tricotomizadores elétricos.

A remoção de pelos do sítio cirúrgico pode evitar interferências com a incisão e com a aderência do campo cirúrgico bem como de placas/ almofadas de aterramento do paciente. Ainda, contribui para evitar a aderência dos curativos pós-operatórios aos pelos presentes no sítio cirúrgico.

A remoção dos pelos depende da quantidade de pelos, do local da incisão, do tipo de procedimento e da conduta do cirurgião.

2. Materiais necessários

Tricotomizador, fita adesiva hospitalar (para remover os pelos soltos), luvas de procedimento e toalha descartáveis ou papel toalha.

3. Técnica

Antes de efetuar a tricotomia:

Levar à sala somente os materiais necessários à preparação;

Verificar junto ao enfermeiro ou a prescrição médica:

- Ordens especiais
- Paciente que será submetido ao procedimento
- Área corporal ou local a ser tricotomizado
- Identificar o paciente;
- Verificar se o paciente está ciente do procedimento cirúrgico;
- Informar o paciente sobre o procedimento a ser realizado e a área a ser preparada;
- Providenciar local para descarte dos pelos removidos e os resíduos dos materiais descartáveis utilizados;
- Providenciar a iluminação adequada para execução da técnica de tricotomia;
- Manter a privacidade do paciente, expondo somente a área a ser tricotomizada;

- Proteger os lençóis de camas ou macas com campos impermeáveis reutilizáveis ou descartáveis.

Ao efetuar a tricotomia:

- Adaptar a lâmina descartável no tricotomizador e testar o funcionamento;
- Esticar a pele, manter o tricotomizador num ângulo de 15 - 30 graus em relação à superfície da pele e fazer a tricotomia cuidando para não pressionar o tricotomizador contra a pele com força;
- Remover os pelos cortados da área à medida que são cortados;
- Pressionar suavemente o lado adesivo da fita crepe sobre a área tricotomizada para remover os pelos residuais na área tricotomizada;
- Encaminhar o paciente para o banho de aspersão. Pacientes que não deambulam, providenciar banho de leito, higienizando a área tricotomizada com água morna e sabão antisséptico;
- Secar a pele com toalha limpas e secas;
- Substituir os lençóis da cama ou maca;
- Administrar o pré-anestésico prescrito;
- Encaminhar paciente ao centro cirúrgico;
- Descartar os produtos para saúde (PPS) descartáveis em local apropriado (lâmina do tricotomizador deverá ser descartada no pérfuro cortante);
- Encaminhar os PPS não descartáveis ao posto de enfermagem, limpar, organizar e guarda-los;
- Limpar o tricotomizador após cada uso, de acordo com as instruções do fabricante;
- Registrar a técnica realizada no prontuário do paciente, assinar e carimbar.

- ✓ As informações sobre o preparo da pele do paciente devem ser documentadas de acordo com as práticas recomendadas sobre a documentação para o tratamento pré-operatório da instituição.
- ✓ Esta documentação deve incluir, mas não se limitar a: condições da pele no local cirúrgico (por exemplo, presença de irritações, erupções, abrasões e outros);
- ✓ Método de remoção de pelos, horário do procedimento e área;
- ✓ Tipo de produto utilizado para preparo da pele utilizado (agente de limpeza, antisséptico e outros);
- ✓ Nome do responsável pela realização do preparo da pele;
- ✓ Desenvolvimento de quaisquer reações de hipersensibilidade.

4. Diagramas dos Procedimentos de Tricotomia

Local	Orientação
Coluna cervical	<ul style="list-style-type: none">– Retirar os pelos desde o queixo até abaixo da clavícula.– Fazer o paciente barbear-se conforme indicação do cirurgião.
Cirurgias com acesso torácico	<ul style="list-style-type: none">– Retirar os pelos desde o queixo até abaixo da linha dos mamilos.– Fazer o paciente barbear-se conforme indicação do cirurgião.
Dissecção Radical do Peito	<ul style="list-style-type: none">– Retirar os pelos da axila no lado afetado.
Torácico Anterior	<ul style="list-style-type: none">– Retirar os pelos do pescoço até abaixo do umbigo.– Lateralmente, além da linha do mamilo.
Torácico Lateral	<ul style="list-style-type: none">– Retirar os pelos desde o pescoço até a crista ilíaca; da linha média do tórax até a linha média dorsal.– Retirar os pelos da parte superior do braço, inclusive da axila.
Abdominal Superior	<ul style="list-style-type: none">– Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até acima do púbis.– Da linha externa do mamilo até a crista ilíaca.

Abdominal Total	<ul style="list-style-type: none"> – Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até a parte superior da coxa e até o osso púbico. – Da linha externa do mamilo até a crista ilíaca.
Ressecção	- Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até
Abdominoperineal	a parte superior da coxa. - Remover os pelos do púbis até após o ânus e até 10 centímetros em direção às pernas.
Masculino, Abdominal Inferior, Virilha	<ul style="list-style-type: none"> – Retirar os pelos desde o umbigo até a parte superior das coxas, inclusive púbis e virilha. – Excluir o saco escrotal.
Ombros	<ul style="list-style-type: none"> – Retirar os pelos da parte superior do braço até o pescoço. – Da linha média do peito até abaixo do mamilo e até a linha média dorsal.
Parte Superior do Braço	- Retirar os pelos desde o cotovelo até próximo ao pescoço, tórax e costas, inclusive axila.
Cotovelo	- Retirar os pelos desde a metade do antebraço até a metade do braço, anterior e posterior.
Antebraço	- Retirar os pelos desde o pulso até o cotovelo.
Punho	- Retirar os pelos da mão, até 10 centímetros acima do pulso, anterior e posterior.
Dorso Inferior Laminectomia Lombar	- Retirar os pelos das nádegas até acima da cintura com largura de 5 centímetros.
Abdominoperineal	- parte superior da coxa (Remover os pelos do púbis até após o ânus e até 10 centímetros em direção às pernas)

5. Recomendações

- ✓ O procedimento de remoção de pelos deve ser feito em local fora da sala onde o procedimento cirúrgico será realizado, pois a dispersão de pelos soltos pode potencialmente contaminar o sítio cirúrgico e o campo estéril.
- ✓ A presença de marcas, verrugas, erupções e outras condições da pele no local da incisão cirúrgica devem ser avaliadas e documentadas antes do preparo da pele do paciente.
- ✓ O uso de cremes depilatórios tem causado reações adversas na pele de alguns pacientes, provocando o cancelamento de cirurgias.
- ✓ Deve-se tomar extremo cuidado para não causar cortes à pele, pois as bactérias multiplicam-se rapidamente sobre a pele traumatizada e o paciente pode ficar predisposto à infecção na ferida.
- ✓ Durante a realização da tricotomia:
- ✓ Usar luvas de procedimento não estéril durante o preparo do paciente.
- ✓ Avisar o paciente que a área preparada poderá ser maior que a necessária para a cirurgia;
- ✓ Colocar avisos à porta;
- ✓ Evitar exposição desnecessária;
- ✓ Não utilizar toalhas de tecido para recolher qualquer tipo de resíduos (pelos).
- ✓ Sempre realizar a limpeza e desinfecção do tricotomizador ao término do procedimento.
- ✓ Identificar, no Registro Operatório, o nome do profissional responsável pela tricotomia, a área preparada, a data e o horário.
- ✓ A enfermeira deve checar a adequação da remoção de pelos.

ANEXO III. Realização de curativos em feridas com drenos

1. Orientações Gerais para a Realização de Curativos

- Consultar prontuário do paciente antes da realização do curativo para tomar ciência do caso clínico e conduta utilizada;
- Separar o material necessário;
- Utilizar os EPIs necessários em cada caso abaixo descrito:
 - ✓ Feridas contaminadas ou infectadas: óculos de proteção e capote;
 - ✓ Em casos de precaução por contato, respiratório ou aerossol: utilizar os EPIs indicados para cada um deles, tendo o cuidado de utilizar a máscara correta;
- Preparar o ambiente;
- Utilizar biombos para manter a privacidade do paciente;
- Prover iluminação adequada;
- Preparar o paciente e explicar o procedimento;
- Utilizar técnica asséptica em todos os curativos realizados no ambiente hospitalar;
- Utilizar luvas de procedimento para a retirada do curativo anterior;
- Avaliar a classificação das feridas quanto:
 - ✓ Diagnóstico etiológico: origem e o motivo da ferida.
 - ✓ Causa: traumática, cirúrgica e patológica.
 - ✓ Tipo de cicatrização: primeira, segunda ou terceira intenção. Na primeira intenção: os bordos são aproximados por pontos de sutura. Na segunda intenção: os bordos estão separados e a cicatrização ocorre espontaneamente. Na terceira intenção: os bordos são aproximados por suturas por planos teciduais.

2. Curativos de Sistemas de Drenos Abertos

O curativo do dreno deve ser realizado separado da incisão (se houver) e o primeiro a ser realizado será sempre o do local menos contaminado, devendo ser mantido limpo e seco. Isto significa que o número de trocas está diretamente relacionado com a quantidade de drenagem.

Se houver incisão limpa e fechada, o curativo deve ser mantido ocluído por 24 horas e, após este período, a área poderá permanecer exposta e lavada com água e sabão.

Sistemas de drenagem aberta (por exemplo, no tipo *Penrose* ou tubular) devem ser mantidos ocluídos com bolsa estéril ou com gaze estéril por 72 horas. Após este período, a manutenção da bolsa estéril fica a critério médico.

Alfinetes de segurança não são recomendados como meio de evitar mobilização dos drenos *Penrose*, por não serem considerados PPS, enferrujarem facilmente e propiciarem colonização do local. A mobilização do dreno fica a critério médico. Os drenos de sistema aberto devem ser protegidos durante o banho.

Materiais

Bandeja contendo pacote de curativos estéril (com 02 pinças), gases estéreis, esparadrapo (ou *micropore*) soro fisiológico 0,9%, luva de procedimento e bolsa para colostomia estéril se necessário.

Procedimento

- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou com preparação alcoólica para as mãos;
- Reunir o material e levá-lo próximo ao paciente;
- Explicar ao paciente o que será feito;
- Marcar a privacidade do paciente;
- Posicionar o paciente expondo apenas a área a ser tratada;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- Colocar gaze em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
- Calçar luvas;

- Remover o curativo anterior com uma das pinças usando soro fisiológico;
 - Desprezar esta pinça;
 - Com a outra pinça pegar uma gaze e umedecê-la com soro fisiológico;
 - Limpar a incisão do dreno e depois o dreno;
 - Limpar as regiões laterais da incisão do dreno;
 - Ainda com a mesma pinça secar a incisão e as laterais com gaze estéril;
 - Mobilizar dreno a critério médico;
 - Ocluir o dreno mantendo uma camada de gaze entre o dreno e a pele ou quando ocorrer hipersecreção colocar bolsa simples para colostomia;
 - Recolher, organizar e guardar os materiais;
 - Registrar o procedimento realizado;
 - Fazer a evolução de enfermagem;
- Fazer a evolução da ferida e demais anotações referentes aos materiais utilizados.

3. Curativos de Sistemas de Drenos Fechados

Feridas com sistema de drenos fechados (Torácico, Portovac)

Antes de iniciar o curativo, inspecionar o local de inserção do dreno por meio de palpação. Realizar troca de curativo a cada 24 horas ou sempre que o mesmo se tornar úmido, solto ou sujo.

Materiais

Bandeja contendo pacote de curativo estéril (02 pinças e gaze), gazes estéreis, esparadrapo, soro fisiológico, álcool a 70% e luva de procedimento.

Procedimento:

- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou com preparação alcoólica específica para as mãos;
- Reunir todo o material e levá-lo próximo ao paciente;
- Explicar ao paciente o que será feito;
- Posicionar o paciente o expondo apenas a área a ser tratada;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- Colocar gaze em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
- Calçar luvas de procedimento não estéril;
- Remover o curativo anterior com uma das pinças usando Soro Fisiológico 0,9%;
- Desprezar esta pinça;
- Com outra pinça, pegar uma gaze e umedecê-la com soro fisiológico;
- Limpar o local de inserção do dreno ou cateter, utilizando as duas faces da gaze;

- Usando a mesma pinça e gaze estéril, secar o local de inserção do dreno ou cateter aplicar álcool a 70%;
- Ocluir o local de inserção com gaze estéril;
- Retirar luvas de procedimento (observar técnica correta);
- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou com preparação alcoólica específica para as mãos;
- Recolher, organizar e guardar os materiais;
- Registrar o procedimento realizado;
- Fazer a evolução da ferida e demais anotações referentes aos materiais utilizados.

Referências/documentos complementares/registros

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico. In: _____. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**: 2017. p.136-199 ;

Controle histórico

Versão	Data da aprovação	Elaborador (es)	Verificador (es)	Aprovador (es)
01	07/01/2018	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira	Giulianna Carla Maçal Lourenço Maria Helena Alves C de Oliveira	Waneska Lucena
Modificação realizada 02				
- Modificação Versão 02: Mudança estrutural; Atualização com o protocolo de medidas preventivas de 2017 (ANVISA)				
02	27/08/2021	Hélida Karla Rodrigues	Giulianna Carla Maçal Lourenço Maria Helena Alves C de Oliveira	Claudio Emanuel Filho