



## PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

### Objetivo

escrever medidas preventivas para prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico

D

### 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 colorectal.
- 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 intubação 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
Cirurgia de grande porte, cirurgias com implantes	_____	Clorexidina 2%	Banho (corpo total): 2 horas antes do procedimento cirúrgico
Cirurgia eletiva, pequeno e médio porte	Sabonete neutro	_____	Banho (corpo total): antes do encaminhamento ao CC
Cirurgias de urgência	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 sujidade;
- 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.

## 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).



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



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

11  
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 os passos nas imagens 12 – 17 (20-30 segundos).

12  
Cubra com PBA todas as superfícies das mãos até o punho, friccionando palma contra palma em movimentos rotativos.



13  
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.

14  
Friccione uma palma contra a outra com os dedos entrelaçados.

15  
Friccione o dorso dos dedos mantendo-os dentro da palma da outra mão, em movimentos de vai-e-vem.

16  
Friccione o polegar da mão esquerda com movimentos de rotação da palma da mão direita enlaçada e vice-versa.

17  
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"><li>– Retirar os pelos desde o queixo até abaixo da clavícula.</li><li>– Fazer o paciente barbear-se conforme indicação do cirurgião.</li></ul>
Cirurgias com acesso torácico	<ul style="list-style-type: none"><li>– Retirar os pelos desde o queixo até abaixo da linha dos mamilos.</li><li>– Fazer o paciente barbear-se conforme indicação do cirurgião.</li></ul>
Dissecção Radical do P	<ul style="list-style-type: none"><li>– Retirar os pelos da axila no lado afetado.</li></ul>
Torácico Anterior	<ul style="list-style-type: none"><li>– Retirar os pelos do pescoço até abaixo do umbigo.</li><li>– Lateralmente, além da linha do mamilo.</li></ul>
Torácico Lateral	<ul style="list-style-type: none"><li>– Retirar os pelos desde o pescoço até a crista ilíaca; da linha média do tórax até a linha média dorsal.</li><li>– Retirar os pelos da parte superior do braço, inclusive da axila.</li></ul>
Abdominal Superior	<ul style="list-style-type: none"><li>– Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até acima do púbis.</li><li>– Da linha externa do mamilo até a crista ilíaca.</li></ul>



<b>Abdominal Total</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até a parte superior da coxa e até o osso púbico.</li> <li>– Da linha externa do mamilo até a crista ilíaca.</li> </ul>
<b>Ressecção</b>	- Retirar os pelos desde a linha dos mamilos até
<b>Abdominoperineal</b>	a parte superior da coxa. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remover os pelos do púbis até após o ânus e até 10 centímetros em direção às pernas.</li> </ul>
<b>Masculino, Abdominal Inferior, Virilha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Retirar os pelos desde o umbigo até a parte superior das coxas, inclusive púbis e virilha.</li> <li>– Excluir o saco escrotal.</li> </ul>
<b>Ombros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Retirar os pelos da parte superior do braço até o pescoço.</li> <li>– Da linha média do peito até abaixo do mamilo e até a linha média dorsal.</li> </ul>
<b>Parte Superior do Braço</b>	- Retirar os pelos desde o cotovelo até próximo ao pescoço, tórax e costas, inclusive axila.
<b>Cotovelo</b>	- Retirar os pelos desde a metade do antebraço até a metade do braço, anterior e posterior.
<b>Antebraço</b>	- Retirar os pelos desde o pulso até o cotovelo.
<b>Punho</b>	- Retirar os pelos da mão, até 10 centímetros acima do pulso, anterior e posterior.
<b>Dorso Inferior Laminectomia Lombar</b>	- Retirar os pelos das nádegas até acima da cintura com largura de 5 centímetros.
<b>Abdominoperineal</b>	- 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;
- Manter 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	25/08/2022	Hélida Karla Rodrigues	Giulianna Carla Maçal Lourenço	Claudio Emanuel Filho Tatiana Andrade Pimentel Batista
Modificação realizada 03				
Mudança estrutural e incluso nome da infectologista responsável pela CCIH.				