



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 1/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025 Versão: 04	Próxima revisão: 06/06/2027

## SUMÁRIO

<b>1. SIGLAS E CONCEITOS</b> .....	2
<b>1.1. Definições</b> .....	2
<b>1.2. Classificação e critérios definidores de Infecção de Sítio Cirúrgico</b> .....	3
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	4
<b>3. JUSTIFICATIVAS</b> .....	5
<b>4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO</b> .....	5
<b>5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES</b> .....	5
<b>5.1. Equipes assistenciais no pré-operatório</b> .....	5
<b>5.2. Equipes assistenciais no Intraoperatório</b> .....	7
<b>5.3. Equipes assistenciais no pós-operatório</b> .....	10
<b>5.4. CCIRAS</b> .....	10
<b>6. FLUXOGRAMAS</b> .....	11
<b>7. MONITORAMENTO</b> .....	11
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	11
<b>9. HISTÓRICO DE REVISÃO</b> .....	12

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 2/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025	Próxima revisão: 06/06/2027
		Versão: 04	

## 1. SIGLAS E CONCEITOS

- ISC – Infecção de Sítio Cirúrgico;
- ISC/OC – Infecção de Sítio Cirúrgico de Órgão/ Cavidade;
- CCIRAS – Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde;
- IMC – Índice de Massa Corporal;
- HbA1c – Hemoglobina Glicada;
- NR 32 – Norma Regulamentadora 32;
- IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde;
- HU-UFGD – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados;
- PVPI – Iodopovidona (solução antisséptica).

### 1.1. Definições

Procedimento cirúrgico: ocorre quando há pelo menos uma incisão (incluindo abordagem laparoscópica e orifícios de broca craniana), realizada em um centro cirúrgico (sala de cirurgia, sala de cesariana, ou sala de radiologia intervencionista), feita através da pele, membrana mucosa ou de uma incisão que foi deixada aberta durante um procedimento cirúrgico anterior;

Cirurgia em paciente internado: Paciente submetido a procedimento dentro do centro cirúrgico, que consista em pelo menos uma incisão em regime de internação superior a 24 horas, excluindo-se procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades;

Cirurgia ambulatorial: Paciente submetido a procedimento cirúrgico em regime ambulatorial ou com permanência no serviço de saúde inferior a 24 horas que consista em, pelo menos, uma incisão, excluindo-se procedimentos de desbridamento cirúrgico, drenagem e biópsias que não envolvam vísceras ou cavidades;

Cirurgia endovascular: Paciente submetido a procedimento terapêutico realizado por acesso percutâneo, por via endovascular, com inserção de prótese, com exceção de *stents*;

Cirurgia endoscópica com penetração de cavidade: Paciente submetido a procedimento terapêutico, por via endoscópica, com manipulação de cavidade ou víscera através da mucosa, incluindo cirurgias transvaginais e transnasais;

Implantes: Qualquer produto médico projetado para ser totalmente introduzido no corpo humano ou para substituir uma superfície epitelial ou ocular, por meio da intervenção cirúrgica, e destinado a permanecer no local após a intervenção. Também é considerado um produto médico implantável, qualquer produto médico destinado a ser parcialmente introduzido

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 3/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025	Próxima revisão: 06/06/2027
		Versão: 04	

no corpo humano através de intervenção cirúrgica e permanecer após esta intervenção por longo prazo. Para efeitos de vigilância epidemiológica de ISC, considera-se implante todo corpo estranho implantável não derivado de tecido humano (ex.: válvula cardíaca protética, transplante vascular não humano, coração mecânico ou implante ortopédico etc.), exceto drenos cirúrgicos;

Data da infecção: para fins de controle de ISC, a data de infecção é a data da realização do procedimento cirúrgico;

Infecção de sítio cirúrgico: são infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos, com ou sem colocação de implantes, em pacientes internados ou ambulatoriais.

## 1.2. Classificação e critérios definidores de Infecção de Sítio Cirúrgico

- ISC Incisional Superficial ► Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento) e envolve apenas pele e tecido subcutâneo e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:
  - Drenagem purulenta da incisão superficial;
  - Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente. Não serão considerados os resultados de culturas positivas quando coletadas através de *swabs*;
  - A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor;
  - Diagnóstico de infecção superficial pelo cirurgião ou outro médico assistente.

**Obs.:** Não são definidos como ISC Superficial o abscesso do ponto (inflamação mínima ou drenagem confinada aos pontos de penetração de sutura).

- ISC Incisional Profunda ► Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia (sendo o 1º dia a data do procedimento) ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve tecidos moles profundos a incisão (ex.: fáscia e/ou músculos) e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:
  - Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não originada de órgão/cavidade;
  - Incisão profunda aberta ou aspirada pelo cirurgião ou outro médico E microrganismo identificado em tecidos moles profundos da incisão (não considerar *swabs*) por cultura ou outro método microbiológico não baseados em cultura OU não realizados exames para essa identificação (a cultura realizada com resultado negativo não preenche este critério) E paciente apresenta pelo menos 1 dos seguintes sinais e sintomas: febre (temperatura >38°C), dor ou aumento da sensibilidade localizada;

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 4/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025 Versão: 04	Próxima revisão: 06/06/2027

- Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo tecidos profundos, detectado durante exame clínico, anatomopatológico ou de imagem;
- Diagnóstico de infecção incisional profunda feito pelo cirurgião ou outro médico assistente.

- **ISC Órgão/ Cavidade** ► Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento) ou até 90 dias, a depender do tipo de procedimento, envolve qualquer órgão ou cavidade mais profunda do que fáscia e músculo que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:

- Drenagem purulenta de um dreno colocado no órgão/espaco (por exemplo, sistema de drenagem de sucção fechado, dreno aberto, dreno de tubo em T, drenagem guiada por TC);
- Microrganismo identificado em secreção ou tecido do órgão/cavidade, obtido
- Cultura positiva de secreção ou tecido do órgão/cavidade obtido assepticamente (com exceção de swab) por cultura ou outro método microbiológico, não baseados em cultura.
- Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolve os planos profundos da ferida (órgão/cavidade) identificada ao exame anatômico, histopatológico ou de imagem conclusivo ou sugestivo de infecção;
- Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo cirurgião, preferencialmente ou outro médico;

### E

- Atende pelo menos UM dos critérios definidores de infecção em um sítio específico, que também são aplicáveis para definição de ISC/OC, disponíveis no manual de critérios diagnósticos de IRAS.

**Observação:** Caso os critérios de infecção sejam aplicáveis a mais de uma ISC, deverá ser computada sempre a infecção do plano mais profundo.

## 2. OBJETIVOS

O protocolo tem por objetivo fornecer orientações aos colaboradores do HU-UFGD, residentes e acadêmicos sobre práticas assistenciais seguras para a prevenção e controle de infecções operatórias no paciente cirúrgico.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 5/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025	Próxima revisão: 06/06/2027
		Versão: 04	

### 3. JUSTIFICATIVAS

As Infecções do Sítio Cirúrgico 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. É aquela que ocorre como complicação de uma cirurgia, comprometendo a incisão, tecidos, órgãos ou cavidades manipuladas, que ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias, se houver colocação de implantes.

São consideradas eventos adversos frequentes, decorrente da assistência à saúde dos pacientes, que podem 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, além de aumentar a chance de readmissão hospitalar, cirurgias adicionais e, conseqüentemente, elevar exorbitantemente os gastos assistenciais com o tratamento.

Assim, torna-se imprescindível a implementação de medidas de prevenção dessas ISC por meio da adesão a boas práticas. Além disso, pacotes de medidas reconhecidos como *bundles* e listas de verificação têm sido apontados como relevantes para a redução das taxas de ISC.

### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

As medidas descritas nesse protocolo são aplicáveis a todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no HU-UFMG.

### 5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

#### 5.1. Equipes assistenciais no pré-operatório

**Aumento no número de cirurgia por ano:** O volume cirúrgico pode afetar o risco de ISC. Em um estudo prospectivo de procedimentos cirúrgicos realizados em 18 hospitais comunitários, os hospitais foram separados com base no volume cirúrgico médio por ano: pequeno (<1500 procedimentos), médio (≥1500 e <4000 procedimentos) e grande (≥4000 procedimentos). A vigilância prospectiva identificou 1.434 ISC após 132.111 procedimentos cirúrgicos (taxa de prevalência = 1,09/100 procedimentos). Após o ajuste para diferenças entre categoria hospitalar e fatores de confusão importantes, o risco de ISC em hospitais pequenos ainda era 1,5 vezes maior do que em hospitais médios (razão de prevalência ajustada [PRR] 1,49, IC 95% 1,39-1,60), enquanto o risco em grandes hospitais foi substancialmente diminuído em comparação com hospitais médios (PRR ajustado 1,29, IC 95% 1,22-1,36).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 6/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025 Versão: 04	Próxima revisão: 06/06/2027

**Tempo de internação:** a internação pré-operatória prolongada tem aumentado o risco de infecção do sítio cirúrgico, sendo recomendado a redução desse período para um tempo inferior a 24 horas antes de cirurgia eletiva. Assim também é importante, sempre que possível, a identificação e tratamento de todas as infecções em locais remotos antes de cirurgias eletivas devendo-se adiá-las, se necessário, quando as infecções não forem tratadas.

**Banho pré-operatório:** Orientar previamente o paciente nas cirurgias eletivas quanto aos cuidados pré-operatórios e banho. Orientar o paciente a tomar banho com água e sabonete simples antes da realização do procedimento cirúrgico, noite anterior ou manhã da cirurgia. Não foi demonstrada uma clara associação entre banho pré-operatório com produto antisséptico e redução do risco de ISC, não sendo, portanto, recomendado.

**Tricotomia:** 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, ou aparar os pelos com tesoura. O uso de lâminas está contraindicado, pois aumentam o risco de infecção.

O uso inadequado dos dispositivos para tricotomia pode causar danos nas camadas profundas da pele, como por exemplo, micro lesões e sangramentos. Esses, por sua vez, favorecem o crescimento de micro-organismos, a colonização e eventual infecção.

**Triagem para desnutrição:** Há um aumento de 200% a 300% nas taxas de reoperação e/ou morte em pacientes com albumina <3,0 g/dL. Faz sentido testar a albumina antes de realizar qualquer cirurgia de grande porte para ajudar a estratificar o risco do paciente. A triagem envolve as seguintes perguntas:

- O paciente apresenta IMC < 19?
- O paciente apresenta perda de peso não intencional > 8 kg nos últimos 3 meses?
- O paciente apresenta falta de apetite (come < 50% da refeição ou < 2 duas refeições por dia)?
- O paciente apresenta incapacidade de ingerir alimentos por via oral (por exemplo, disfagia, vômito)?

Se a resposta for “sim” para alguma das perguntas acima, realizar avaliação nutricional.

Se o paciente estiver internado para uma cirurgia de grande porte, deve-se verificar o nível de albumina visando avaliar o risco de complicações após a cirurgia. Se a cirurgia for complexa (exemplo: anastomose digestiva), deve ser fornecida suplementação imunomoduladora baseada em evidências.

**Triagem para tabagismo:** para pacientes fumantes, deve-se avaliar o custo-benefício de adiar a cirurgia até que ele pare de fumar por 4 a 6 semanas.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 7/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025 Versão: 04	Próxima revisão: 06/06/2027

**Controle da glicemia:** paciente com diagnóstico prévio de diabetes, com idade > 45 anos e/ou IMC  $\geq$  30, deve-se solicitar glicemia de jejum na manhã da cirurgia. Caso a glicemia identificada seja > 200 mg/dl, recomendar insulina durante a cirurgia.

Em paciente diabético (HbA1c > 7,0% ou alguma glicemia capilar nas últimas 02 semanas > 200mg/dl), avaliar tratamento de diabetes.

Caso o paciente diabético esteja em jejum (após a meia-noite) ou fazendo preparo intestinal, interromper todos os medicamentos antidiabéticos.

**Manejo da medicação:** Pacientes em uso de anticoagulante (Clopidogrel, Varfarina etc.) devem ser avaliados para interromper a medicação uma semana antes da cirurgia.

Em relação ao uso de anti-inflamatório não-esteroidal, equinácea, alho, ginkgo, ginseng, kava, saw palmetto, erva de São João ou valeriana deve-se considerar a interrupção do uso duas semanas antes da cirurgia.

O uso de betabloqueadores e de aspirina para proteção cardíaca podem ser mantidos no período perioperatório

## 5.2. Equipes assistenciais no Intraoperatório

**Circulação de pessoal:** O ato de circular em uma sala cirúrgica exige conhecimentos e habilidades essenciais, e, portanto, a circulação na sala operatória consiste em atividade desenvolvida exclusivamente pela equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem. 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, mantendo o número de pessoas necessário para atender o paciente e realizar o procedimento. Estudantes e seus supervisores não devem trocar de sala cirúrgica no decorrer do procedimento;
- Evitar abrir e fechar a porta da sala operatória desnecessariamente;
- Não levar celular, bolsas e alimentos para dentro da sala cirúrgica.

**Profilaxia antimicrobiana:** Deve-se ter indicação apropriada para o uso de antimicrobianos. A eficácia da profilaxia depende diretamente do modo como o antibiótico é administrado.

A administração deve ser realizada entre 30 minutos e 1 hora antes da incisão cirúrgica, o que garante o pico da concentração do antimicrobiano quando há exposição dos tecidos, com exceção para quinolonas (ciprofloxacino, levofloxacino) e vancomicina (rápida infusão de vancomicina pode causar hipotensão e *rash* cutâneo), cujo tempo de administração ocorrerá dentro de 120 minutos antes do início da incisão, devido à sua farmacocinética e farmacodinâmica. A contaminação da ferida operatória ocorre quando há exposição de órgãos e tecidos internos.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 8/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025 Versão: 04	Próxima revisão: 06/06/2027

Portanto, é importante ressaltar: o antimicrobiano deve estar presente nos tecidos manipulados quando há exposição aos microrganismos.

A teicoplanina pode ser uma alternativa à vancomicina, tendo em vista o risco reduzido de *rash* cutâneo e demais eventos adversos comuns à vancomicina, como a nefrotoxicidade. Nestes casos, administrar o medicamento na unidade de internação antes de encaminhar o paciente ao centro cirúrgico, iniciando 02 horas antes do procedimento.

Profilaxia iniciada após o início da intervenção é ineficaz, independente da duração do uso. Se uma infecção for identificada durante a cirurgia, o antimicrobiano terá cunho terapêutico e deverá ser reformulado de acordo com a infecção encontrada, se estendendo até quando clinicamente indicado. Mais informações podem ser encontradas no protocolo CCIRAS.015 - Profilaxia Antimicrobiana em Cirurgias.

**Controle metabólico:** envolvem o controle glicêmico, controle da temperatura corpórea e suplementação da oxigenação tecidual, bem como a manutenção adequada do volume intravascular:

- Controle glicêmico → o descontrole glicêmico é fator de risco estatisticamente significativa para infecção pós-operatória. De acordo com a Associação Americana de Diabetes, o objetivo do controle glicêmico deve ser manter a hemoglobina glicosilada menor que 7% em todo o perioperatório. Além disso, a glicemia deve ser mantida abaixo de 180mg/dl até 24h após o final da anestesia. Vários autores apontam que o controle glicêmico e a manutenção da taxa acima mencionada por longos períodos favorecem a diminuição do risco de ISC, pneumonia e Infecção do trato urinário;
- Temperatura → tem sido demonstrada associação frequente de hipotermia ( $T < 35^{\circ}\text{C}$ ) intraoperatória e um aumento na incidência de sangramento pós-operatório, infecções e eventos cardíacos. A recomendação é manter a temperatura corpórea acima de  $35,5^{\circ}\text{C}$  no período perioperatório;
- Suplementação de oxigênio → a suplementação de oxigênio tecidual é um fator relevante na prevenção de ISC;
- Volemia → tanto a hipovolemia perioperatória quanto o excesso de fluidos têm consequências nas complicações pós-operatórias e na sobrevida do paciente. Assim, a administração de fluidos visando a manutenção adequada do volume intravascular é de grande importância.

**Paramentação:** consiste em utilização de aventais e luvas esterilizadas, além de gorro e máscara, com o objetivo de estabelecer uma barreira microbiológica contra a penetração de microrganismos no sítio cirúrgico do paciente, que podem ser oriundos dele mesmo, dos profissionais, produtos para saúde, ar ambiente. Também tem o sentido de proteger a equipe cirúrgica do contato com sangue e fluidos dos pacientes

A equipe de campo cirúrgico deve fazer uso de paramentação completa (avental e luvas estéreis, touca, óculos/*face shield* e máscara). O avental cirúrgico, juntamente com as luvas

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 9/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025	Próxima revisão: 06/06/2027
		Versão: 04	

constitui barreira contra a liberação de microrganismos da pele da equipe e contaminação do campo operatório. Ao se paramentar o profissional que participará do procedimento cirúrgico deve seguir a NR 32, remover os adornos (anéis, pulseiras, relógios etc.).

Máscaras devem cobrir toda a boca e nariz a partir do momento em que a mesa com o instrumental estiver exposto na sala cirúrgica.

Toucas devem ser colocadas a partir do acesso a área restrita. Deve-se utilizar preferencialmente toucas descartáveis (fornecidas pela Instituição) e que contenha todo o cabelo. No caso de touca de material reutilizável, esta deve ser higienizada diariamente (não é competência da instituição). É obrigatório manter os cabelos presos (se longos).

O uso de propé não é indicado. Não há evidências de que o seu uso reduza o risco de infecção de sítio cirúrgico e, em algumas situações, o propé pode funcionar como fonte de contaminação devido ao contato das mãos com os sapatos ou por ser utilizado pelos profissionais de forma inadequada. No centro cirúrgico, a orientação é utilizar sapato fechado para proteção individual do profissional de saúde, minimizando o risco de contato com material biológico (conforme NR 32/2005) ou de acidentes com perfurocortantes. Recomenda-se que toda a vestimenta utilizada, inclusive o sapato, seja de uso exclusivo do Centro Cirúrgico. Não circular com roupas de áreas restritas em outros ambientes do hospital.

**Degermação ou antissepsia cirúrgica das mãos:** a preparação da pele da equipe cirúrgica deve começar pela remoção de anéis, relógios e pulseiras antes de iniciar o processo, lembrando que as unhas artificiais são proibidas. Deve-se lavar as mãos com água e sabão antes da degermação cirúrgica, se as mãos estiverem visivelmente sujas. A degermação das mãos deve incluir os antebraços (até o cotovelo) com duração de 5 minutos na primeira degermação e 2 minutos nas subsequentes. As unhas devem ser mantidas curtas e quando houver sujidade, esta deve ser removida com um limpador de unhas, preferencialmente com as mãos sob a água corrente. Seguir protocolo CCIRAS.001 – Higienização das mãos.

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

- Usar soluções antissépticas alcoólicas baseadas em gluconato de clorexidina para a preparação da pele do sítio cirúrgico em pacientes que serão submetidos a cirurgias;
- Realizar degermação do membro ou local próximo da incisão cirúrgica antes de aplicar solução antisséptica (clorexidina degermante);
- Realizar a antissepsia 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 clorexidina. A pessoa que prepara a pele deve usar pressão pois a fricção aumenta o efeito antisséptico, esperando a solução alcóolica secar espontaneamente. A formulação aquosa deve ser usada em mucosas e pele não integra realizando duas aplicações, devendo aguardar dois minutos para o início da cirurgia.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 10/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025	Próxima revisão: 06/06/2027
		Versão: 04	

Obs.: o uso de PVPI deverá ser restrito a situações excepcionais. A escolha do produto alcóolico deve seguir o mesmo veículo usado na degermação (clorexidina ou PVPI).

**Esterilização:** deve-se garantir que os materiais utilizados em procedimentos cirúrgicos tenham sofrido o correto processo de esterilização e tenham suas embalagens invioladas e dentro da validade estabelecida, de acordo com o protocolo CCIRAS.027 - Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos Hospitalares. Não utilizar a esterilização flash como rotina ou alternativa para a redução do tempo.

### 5.3. Equipes assistenciais no pós-operatório

**Realização de curativos:** Deve-se manter a umidade e temperatura adequadas nas feridas cirúrgicas, protegendo contra traumas mecânicos e contaminação do meio externo, e absorção de secreções, favorecendo a epitelização e a cicatrização. Por seu efeito compressivo, ajudam a prevenir a formação de hematomas e seromas, oferecem conforto físico e psicológico ao paciente. A adequada utilização de curativos é um meio de prevenção das ISC.

Conforme a complexidade das feridas, pode-se solicitar avaliação/interconsulta à Comissão de Cuidados com a Pele.

As mãos devem sempre ser higienizadas antes e depois da troca de curativos ou de qualquer contato com o sítio cirúrgico, conforme protocolo CCIRAS.001 – Higienização das mãos.

**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 e uso de filtro HEPA. É fundamental a realização rigorosa de limpeza concorrente e limpeza terminal da sala cirúrgica, conforme protocolo CCIRAS.014 - Limpeza e Desinfecção de Superfícies.

**Orientações aos pacientes e familiares:** pacientes e familiares devem receber orientações sobre as principais medidas de prevenção de ISC, incluindo cuidados com os pontos (curativo e retirada), dieta indicada, restrição de atividades, uso de medicamentos, retorno ambulatorial programado e sinais de infecção.

### 5.4. CCIRAS

Devem ser monitoradas e notificadas as Infecções de Sítio Cirúrgico relacionadas às cirurgias limpas, conforme determinado na nota técnica GVIMS/GGTES Nº 07/2021 (cirurgia cesariana, implante de prótese mamária, implante de prótese de quadril primária, implante de prótese de joelho primária, infecções pós revascularização do miocárdio e infecções pós-cirurgia de derivação interna neurológica). Atualmente no HU-UFMG são realizadas apenas cirurgias cesarianas e neurológicas (derivação ventrículo-peritoneal).

A busca ativa de ISC deve ser realizada através de contato pós-alta.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 11/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025	Próxima revisão: 06/06/2027
		Versão: 04	

## 6. FLUXOGRAMAS

Não se aplica.

## 7. MONITORAMENTO

- Monitoramento mensal da taxa de infecção em cirurgias limpas realizadas no HU-UFGD pela CCIRAS através de busca ativa.

## 8. REFERÊNCIAS

ANDERSON DJ, Hartwig MG, Pappas T, et al. **Volume cirúrgico e risco de infecção do sítio cirúrgico em hospitais comunitários: o tamanho importa.** Ann Surg 2008; 247:343.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2025 - Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde de notificação nacional obrigatória – ano: 2025.** Brasília: ANVISA, 2025.

LIU DZ, Patel DC, Bhandari P, Wren SM, Marshall NJ, Harris AH, Shrager JB, Berry MF, Lui NS, Backhus LM. **Strong for Surgery: Association Between Bundled Risk Factors and Outcomes After Major Elective Surgery in the VA Population.** World Journal of Surgery. 2021 Jun 1; 45(6):1706-1714.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection.** 2016.



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.CCIRAS.008 – Página 12/12	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 06/06/2025 Versão: 04	Próxima revisão: 06/06/2027

## 9. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	03/2016	Elaboração do documento.
02	07/2017	Atualização do documento.
03	06/2022	Alteração do layout, de POP para Protocolo. Atualização das medidas preventivas.
04	05/2025	Atualização dos critérios de infecção e revisão do documento.

<b>Elaboração</b> Gianni Glenna Nascimento Leda	Data: 03/2016
<b>Revisão</b> 2ª Versão - Cíntia Bocatti 3ª Versão - Fuad Fayez Mahmoud 4ª Versão - Fuad Fayez Mahmoud	Data: 09/2017 Data: 06/2022 Data: 06/05/2025
<b>Validação</b> Graciela Mendonça dos Santos Bet - STGQ	Data: 03/06/2025
<b>Aprovação</b> CCIRAS Colegiado Executivo	Data: 30/05/2025 Data: 06/06/2025

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.007673/2025-01