

TÉCNICA DE SONDAGEM NASOENTERAL

| | |
|---|--|
| 1- FINALIDADE: Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais confortável e segura, principalmente nos pacientes idosos, acamados e com reflexos diminuídos. | |
| 2- INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: pacientes inconscientes e/ou com dificuldade de deglutição. Contraindicação: pacientes com desvio de septo e TCE. | |
| 3- AGENTE: Enfermeiro. | |
| 4- RISCO/PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Traumas nasais; • Inflamação do intestino; • Diarréia; • Obstrução da sonda; • Pneumotórax. | |
| 5- MATERIAL: Máscara descartável, bandeja, SNE, gel hidrossolúvel, seringa 20 ml, gaze, estetoscópio, luva de procedimento, esparadrapo/micropore, SF 0,9%, lanterna (se necessário), biombo (se necessário), toalha ou papel toalha. | |
| 6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação da Enfermagem | Justificativa |
| 01-Higienizar as mãos; | 01- Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 02-Conferir prescrição médica, reunir o material e levar para próximo ao paciente; | 02- Evitar erros, facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03-Explicar o procedimento ao paciente e ao familiar; | 03-Fazer com que o paciente e a família sejam mais cooperativos e tolerantes para um procedimento que, no início, é bastante desagradável; |
| 04-Isolar a cama com um biombo; | 04-Resguardar a privacidade do paciente; |
| 05-Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente; | 05- Facilitar a inserção da sonda; |
| 06-Colocar máscara e calçar luvas de procedimento; | 06- Proporcionar barreira física entre o profissional e os fluidos corporais do paciente; |
| 07-Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo; | 07- Para inserir a sonda na narina não comprometida; |
| 08-Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e | 08- A condição da cavidade oral determina a necessidade |

| | |
|---|---|
| <p>o uso de prótese dentária;</p> <p>09- Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;</p> <p>10- Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;</p> <p>11- Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando 15 a 20 cm, marcando com fita adesiva;</p> <p>12- Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;</p> <p>13- Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;</p> <p>14- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição ;</p> <p>15- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré-marcado;</p> <p>16- Testar posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa de bico. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;</p> <p>17- Após confirmação do posicionamento adequado da sonda, retirar o fio guia delicadamente;</p> <p>18- A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;</p> <p>19- Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral Direito;</p> <p>20- Reunir todo material e deixar o paciente confortável;</p> <p>21- Desprezar o material em local apropriado, higienizar a bandeja;</p> <p>22- Retirar as luvas de procedimento e a máscara descartável;</p> <p>23- Higienizar as mãos;</p> <p>24- Realizar anotações de enfermagem no prontuário;</p> | <p>de cuidados de enfermagem para sua higienização após a inserção da sonda;</p> <p>09- Evitar sujar a roupa do paciente;</p> <p>11- Determinar o comprimento correto a ser inserido a fim de atingir o duodeno;</p> <p>12- Reduzir a fricção e o trauma tissular;</p> <p>13- A resistência indica que a sonda atingiu a nasofaringe e ao fletir a cabeça ocorre o fechamento de traquéia e abertura do esôfago;</p> <p>14- Ajudar a passagem na sonda pelo esôfago;</p> <p>16- A ausculta do fluxo de ar ao entrar no estômago é indicador da correta posição da sonda;</p> <p>18- Evitar pressão excessiva sobre a narina e que a sonda migre para além da distância desejada;</p> <p>19- Facilitar o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos;</p> <p>20- Manter o ambiente em ordem e demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>23- Reduzir transmissão de microrganismo;</p> <p>24- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres);</p> |
|---|---|

| | |
|---|--|
| 25- Encaminhar o paciente para controle radiológico; | 25-Confirmar o posicionamento da sonda; |
| 26- Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, iniciar a nutrição/medicação. | 26-Prevenir iatrogenias decorrentes da incorreta localização da sonda. |

7-RECOMENDAÇÕES:

- Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem oral gástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio.
- Em pacientes com suspeita de TRM, não elevar o decúbito.
- No sistema de sondagem nasoenteral, deve ser obrigatoriamente realizado um RX após a passagem da sonda, antes de administrar qualquer tipo de medicação ou dieta.
- Deixar toalhas próximas é importante, pois durante a passagem da sonda, o paciente pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação.
- Para facilitar a saída do fio guia, lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou SF antes da passagem da sonda.
- Se houver resistência, girar a sonda e ver se ela avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar que o paciente descanse, lubrificar novamente a sonda e passar pela outra narina.
- Guardar o fio guia em uma embalagem limpa e mantê-la junto aos pertences do paciente, caso a sonda atual precise ser repassada.

8-REFERÊNCIAS:

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral*. Resolução n. 63, de 6 de julho de 2000. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 11 jan. 2010.
2. CARMAGNANI, M. I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. CRISTINA, M. et al. **Manual de enfermagem**: Instituto Materno-infantil Professor Fernando Figueira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007
4. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I. **Fundamentos de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1997.
5. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
6. POTTER, Patrícia A.; ANNE, G. P. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
7. SANTOS, A. E.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, C.S. **Procedimentos especializados**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
8. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto alegre: Artmed, 2007.

TÉCNICA DE SONDAGEM NASO/OROGÁSTRICA

1-FINALIDADE:

Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: alimentação, hidratação, administração de medicamentos em pacientes com dificuldade ou impossibilidade de se alimentar, descompressão gástrica, remoção parcial ou total do conteúdo gástrico e proteção contra brocoaspiração.

Contraindicação: mal formação e obstrução do septo nasal, desconforto respiratório importante, mal formação e/ou obstrução mecânica/ cirúrgica do trato gastrointestinal, neoplasia de esôfago ou estomago.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros.

4-RISCO/PONTO CRÍTICO:

- Localização da sonda (sempre realizar o teste antes da infusão);
- A sonda pode deslocar-se para o aparelho respiratório;
- Lesões orais, nasais, esofágicas ou gástricas por deficiência no procedimento;
- Hemorragia (epistaxe);
- Otite média, sinusite aguda, pneumonia aspirativa;
- Atentar para fixação adequada da sonda, prevenindo o deslocamento da mesma.

5-MATERIAL:

Bandeja, SNG, Gel hidrossolúvel, seringa 20ml, gaze, estetoscópio, toalha, luva de procedimento, esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica, máscara descartável.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação da Enfermagem | Justificativa |
|--|---|
|  Higienizar as mãos; | 01- Reduzir transmissão de microrganismos; |
|  Conferir a prescrição médica, reunir todo material na bandeja e levar para próximo ao paciente; | 02- Evitar erros, facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
|  Orientar paciente e familiar sobre o procedimento; | 03- Fazer com que o paciente e a família sejam mais cooperativos e tolerantes para um procedimento que, no início, é bastante desagradável; |
|  Isolar a cama com um biombo , se necessário; | 04- Resguardar a privacidade do paciente; |
|  Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação; caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente; | 05- Facilitar a inserção da sonda; |
|  Colocar máscara e calçar luvas de procedimento; | 06- Proporcionar barreira física entre o profissional e os fluidos corporais do paciente; |
|  Verificar o uso de próteses dentárias móveis, | 07- Prevenir obstrução de orofaringe; |

| | |
|---|---|
| <p>solicitando ao paciente para retirá-los;</p> <p> Avaliar obstrução nasal e/ou desvio de septo;</p> <p> Higienizar a narina com solução fisiológica, se necessário;</p> <p> Colocar a toalha no tórax (ou papel-toalha);</p> <p> Medir a sonda da ponta do nariz até o lóbulo da orelha e, a seguir, estender a sonda até o apêndice xifóide. Acrescentar a medida de dois dedos, marcando com fita adesiva;</p> <p> Lubrificar a sonda utilizando gaze gel hidrossolúvel;</p> <p> Introduzir na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;</p> <p> Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;</p> <p>15-Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;</p> <p>16-Testar posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa de bico. Auscultar com estetoscópio concomitantemente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;</p> <p>17- A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;</p> <p>18- Manter a sonda fechada ou aberta, conforme a indicação da prescrição;</p> <p>19- Recolher todo material, deixando o ambiente em ordem e encaminhar ao expurgo;</p> <p>20- Retirar as luvas de procedimento e a máscara descartável;</p> <p>21- Higienizar as mãos;</p> <p>22- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>08- Para inserir a sonda na narina não comprometida;</p> <p>10-Evitar de sujar o roupa do paciente;</p> <p>11-Mensurar o comprimento da sonda para localização no estômago;</p> <p>12- Reduzir a fricção e o trauma tissular;</p> <p>13- A resistência indica que a sonda atingiu a nasofaringe e ao fletir a cabeça ocorre o fechamento de traquéia e abertura do esôfago;</p> <p>14- Ajudar na passagem da sonda pelo esôfago;</p> <p>16- A ausculta do fluxo de ar ao entrar no estômago é indicador da correta posição da sonda;</p> <p>17- Evitar pressão excessiva sobre a narina e que a sonda migre para além da distância desejada;</p> <p>19- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>21-Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>22- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Orientar paciente ou acompanhante quanto ao volume e tempo de infusão;
- Manter decúbito elevado e comunicar qualquer alteração;
- A sonda deverá ser testada sempre antes da administração da dieta;
- Após a administração da dieta, manter a sonda limpa e permeável;
- Sinais de asfixia como cianose, acesso de tosse e dispnéia são indicativos de que a sonda está sendo direcionada para o trato respiratório, neste caso, retirar a sonda imediatamente;
- A higiene nasal e oral deverá ser rigorosa em paciente com SNG para evitar complicações como parotidites;
- Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

8-REFERÊNCIAS :

1. CARMAGNANI, M. I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
3. POTTER, P. A.; ANNE, G. P. **Fundamentos de enfermagem.** Rio de janeiro: Elsevier, 2005.
4. SANTOS, A. E.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, C.S. **Procedimentos especializados.** São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).

ALIMENTAÇÃO POR SONDA COM TÉCNICA DE GAVAGEM

1-FINALIDADE:

Oferecer suporte nutricional ao paciente com incapacidade de receber alimentação por via oral ou amamentação fisiológica normal.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: Coletar amostras de conteúdo gástrico para exames, esvaziamento gástrico, nutrição, hidratação e administração de medicamentos aos pacientes impossibilitados de deglutir.

Contraindicação: desconforto, dor local, hemorragias, infecções, cólicas, náuseas, vômitos, alterações da flora bacteriana e anormalidades associadas a eletrólitos e metabólitos e refluxo gástro-esofágico.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros.

4-RISCO/PONTO CRÍTICO:

- Localização da sonda (sempre realizar o teste antes da infusão);
- Náusea, vômito e mal-estar;
- Refluxo e broncoaspiração.

5-MATERIAL:

Frasco com dieta, frasco com água, seringa de 20 ml, equipo específico para dieta, água potável e estetoscópio.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação da Enfermagem | Justificativa |
|--|---|
| 01- Higienizar as mãos; | 01- Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 02- Conferir a prescrição médica e reunir todo material necessário; | 02- Evitar erro; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03- Conferir se a dieta está de acordo com a prescrição; | 04- Evitar erro; |
| 04- Observar a integridade do frasco e aspecto e temperatura da dieta; | |
| 05- Conectar o equipo ao frasco da dieta; | 05- A administração em temperatura ambiente evita alterações bruscas de temperatura no TGI; |
| 06- Explicar o procedimento ao paciente sempre que possível; | 06- Reduzir a ansiedade e propicia a cooperação; |
| 07- Posicionar o paciente em posição “semi-fowler” ou “fowler” | 07- Minimizar os riscos de aspiração traqueobrônquica por refluxo gástrico; |
| 08- Confirmar o posicionamento da sonda com seringa de 20ml; | 08- Assegurar proteção às vias aéreas e apropriada localização da sonda; |
| 09- Conectar o equipo na sonda, dobrando-a para evitar | |

| | |
|---|--|
| <p>a entrada de ar;</p> <p>10-Abrir o equipo , deixando a dieta correr lentamente, conforme prescrição médica;</p> <p>11- Após término da dieta, lavar a sonda com 20ml de água filtrada em “push”</p> <p>12- Conectar frasco com água;</p> <p>13-Fechar a sonda;</p> <p>14-Manter o paciente em decúbito elevado por 30 minutos;</p> <p>15-Deixar o paciente confortável;</p> <p>16-Recolher todo material, deixando o ambiente em ordem e encaminhar para o expurgo,</p> <p>17-Higienizar as mãos;</p> <p>18-Checar o procedimento;</p> <p>19-Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>10- Introduzir a fórmula a uma velocidade lenta e regular permite que o estômago se acomode ao alimento e diminui o sofrimento gastrintestinal;</p> <p>11- Evitar obstruções por resíduos alimentares;</p> <p>12- Hidratar;</p> <p>13-Evitar vazamentos;</p> <p>14- Prevenir refluxo gástrico e, conseqüentemente, aspiração brônquica;</p> <p>15- Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>16- Manter a ordem do ambiente;</p> <p>17- Reduzir transmissão de micorganismo;</p> <p>18- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>19- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Os frascos de água administrados no decorrer do dia têm como objetivo hidratar o paciente e não substituem a lavagem manual com a seringa.
- Realizar limpeza das tampas conectoras com álcool a 70% e da parte externa da sonda. Trocar a fixação sempre que houver sujidade.
- O equipo específico deverá ser trocado segundo orientações do NCIH.
- Verificar rotineiramente o resíduo gástrico (volume de líquido dentro do estômago) a fim de determinar se o volume alimentar ultrapassa ou não a capacidade fisiológica do paciente. Se for:
 - ✓ Menor que a metade do último volume infundido: desprezar e administrar o próximo frasco;
 - ✓ Maior/igual que a metade do último valor infundido: reinfundir e descontar esse valor da próxima dieta. Verificar com o médico a utilização de pró-cinéticos e modificar a administração da NE para bomba de infusão;
 - ✓ Maior/igual que o total do último volume infundido: desprezar, dar pausa na dieta e comunicar ao médico;
- Se o paciente ficar nauseado ou vomitar, interrompa a alimentação imediatamente.
- A validade da dieta é de 180 minutos a partir do recebimento do frasco na unidade. Normalmente, a dieta deve ser administrada no período de 90 a 120 minutos, respeitando-se o intervalo de pelo menos 1 hora entre a administração de uma dieta e outra, a fim de evitar desgaste da mucosa intestinal.

8-REFERÊNCIAS:

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral.* Resolução n. 63, de 6 de julho de 2000.

- Disponível em: < <http://www.anvisa.df.gov.br/>>. Acesso em: 11 jan. 2010.
2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
 3. POTTER, P. A.; ANNE, G. P. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
 4. SANTOS, A. E.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, C. S. **Procedimentos especializados**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
 5. TAYLOR, Carol et al. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre, Artmed, 2007.

LAVAGEM GÁSTRICA

1-FINALIDADE:

A retirada urgente de substância ingerida a fim de reduzir a absorção sistêmica;
Administrar medicamentos, como carvão ativado, em alguns casos de intoxicação exógena, e a solução salina gelada, como método de resfriamento em situações de hipertermia maligna;
Tratar uma obstrução ou um local de sangramento;
Obter conteúdos gástricos para análise laboratorial.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: tratamento das intoxicações exógenas; esvaziar o estômago em preparação para um exame endoscópico;
Contraindicação: depois de ingestão de substância corrosiva.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros.

4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

Pneumonia aspirativa;
Laringoespasma e lesões traumáticas da orofaringe, esôfago e/ou estômago;
Desequilíbrio hídrico (intoxicação hídrica e hiponatremia) e desequilíbrio eletrolítico (hipernatremia).

5-MATERIAL:

Sonda nasogástrica Levine de grosso calibre, gel hidrossolúvel, luvas de procedimento, seringa de 20ml com bico estetoscópio, micropore, gaze, máscara descartável, SF 0,9% conforme, prescrição médica, equipo de soro sistema de drenagem gástrica.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de enfermagem | Justificativa |
|---|---|
| 01- Higienizar as mãos e colocar máscara; | 01- Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 02- Conferir prescrição médica e reunir o material; | 02- Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03- Orientar paciente e família sobre o procedimento; | 03- Fazer com que o paciente e a família sejam mais cooperativos e tolerantes para um procedimento que, no início, é bastante desagradável; |
| 04- Isolar a cama com um biombo; | 04- Resguardar a privacidade do paciente; |

| | |
|---|---|
| <p>05- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida;</p> <p>06- Calçar luvas de procedimento;</p> <p>07-Inspeccionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de próteses dentárias;</p> <p>08-Colocar toalha ou papel-toalha sobre tórax do paciente;</p> <p>09-Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;</p> <p>10- Medir a sonda a partir da narina, estendendo até o lóbulo da orelha e descendo em diagonal até o apêndice xifóide, acrescentando a medida de dois dedos;</p> <p>11- Realizar a marcação do posicionamento ideal na sonda com micropore;</p> <p>12- Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;</p> <p>13- Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;</p> <p>14-Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;</p> <p>15-Continuar introduzindo a sonda acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré-marcado;</p> <p>16- Realizar a fixação da sonda com micropore na narina do Paciente;</p> <p>17- Injetar ar com uma seringa de 20ml e auscultar concomitantemente o epigástrico do paciente;</p> <p>18- Aspirar o conteúdo gástrico;</p> <p>19- Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno, até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;</p> <p>20- Drenar o volume infundido em sistema de drenagem;</p> <p>21- Aspirar o volume e/ou ordenhar a sonda, se necessário;</p> | <p>05- Diminuir a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;</p> <p>06- Proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais;</p> <p>08- Evitar de sujar o tórax do paciente;</p> <p>09-Desobstruir e facilitar a boa visualização;</p> <p>10- Mensurar o comprimento da sonda para localização no estômago;</p> <p>12- Reduzir fricção e trauma;</p> <p>13- A resistência indica que a sonda atingiu a nasofaringe e ao fletir a cabeça ocorre o fechamento da traquéia e abertura do esôfago;</p> <p>14- Esse movimento ajuda a passagem da sonda;</p> <p>16- Evitar que a sonda fique mal posicionada;</p> <p>17/18-Confirmar o posicionamento da sonda no estômago;</p> <p>20- Diminuir o risco de enchimento excessivo com a solução irrigante;</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>22- Retirar a sonda e recolher o material;</p> <p>23- Higienizar as mãos;</p> <p>24- Deixar o paciente confortável;</p> <p>25- Realizar anotações de enfermagem pertinente à passagem da sonda, volume e aspecto do líquido drenado em prontuário.</p> | <p>22- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>23- Reduzir transmissão de microrganismo;</p> <p>24- Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>25- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <p>Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.</p> <p>Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.</p> <p>Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.</p> <p>Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode deprimir a frequência cardíaca do paciente.</p> | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2. CARMAGNANI, M. I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009. 4. POTTER, P. A.; ANNE, G. P. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 5. SANTOS, A. E.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, C. S. Procedimentos especializados. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos). 6. TIMBY, Bárbara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. | |

MEDICAÇÃO VIA OCULAR

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: Auxiliar no tratamento de patologias oculares, exames oftalmológicos ou lubrificação ocular. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: pacientes em tratamento de patologias oculares, dilatação pupilar, anestesia, melhoria dos tecidos oculares irritados, lubrificação ocular em pacientes em coma, sedados e inconscientes. Contraindicação: pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia ocular. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Verificação do medicamento prescrito, olho a ser tratado e dose; • Irritação ocular; dor e ardor; • Infecções por má realização do procedimento. | |
| 5-MATERIAL: Gaze, conta-gotas e medicação prescrita, lenço de papel, bandeja, luva de procedimento se necessário. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação da Enfermagem | Justificativa |
| 01-Higienizar as mãos; | 01- Reduzir transmissão de microrganismo; |
| 02- Conferir a prescrição médica, preparar o material e levá-lo numa bandeja até o paciente; | 02- Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03-Explicar o procedimento ao paciente; | 03-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 04-Utilizar luvas de procedimento, se houver presença de secreção; | 04- Proporcionar barreira física entre as mãos e fluidos corporais; |
| 05-Fazer ou auxiliar o paciente na lavagem dos olhos, com água, se houver presença de secreção/resíduos; | 05- Evitar que os resíduos sejam transportados para dentro do olho quando o saco conjuntival estiver exposto; |
| 06-Lavar e secar no sentido do canto interno do olho para o externo; | 06- Evitar que lágrimas ou que o líquido da lavagem escorram para o olho oposto e evitar o transporte de resíduos para os dutos lacrimais; |

| | |
|---|--|
| <p>07-Colocar o paciente sentado ou elevar a cabeceira com a cabeça inclinada para trás;</p> <p>08-Afastar com os dedos a pálpebra inferior com auxílio de uma gaze e solicitar que o paciente olhe para cima;</p> <p>09-Aplicação de colírio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remover o conta-gotas e pingar o número de gotas prescritas, aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival com o cuidado de não tocar na conjuntiva do paciente. • Orientar o cliente a fechar os olhos, movê-los e piscar suavemente. • Secar o excesso de medicação com um lenço de papel. <p>10-Aplicação de pomadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar uma fina camada de pomada ao longo da extremidade interna da pálpebra inferior(na conjuntiva), com o cuidado de não tocar a ponta da bisnaga na conjuntiva do paciente. • Limpar o excesso com uma gaze. • Solicitar que o paciente permaneça com o olho fechado por alguns minutos. <p>11- Recolher o material em uma bandeja e encaminhar ao expurgo;</p> <p>12-Higienizar as mãos;</p> <p>13-Checar o procedimento;</p> <p>14-Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>08- Oferecer um reservatório natural para depositar o líquido terapêutico;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para melhor distribuição da medicação • Remover o excesso do medicamento e promover conforto. • Distribuir o medicamento igualmente no olho e nas margens das pálpebras e evita a contaminação do aplicador. • Remover o excesso do medicamento e promover conforto. <p>11-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>12-Reduzir transmissão de micorganismo;</p> <p>13-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>14- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES: Caso tenham sido prescritas gotas e pomada, as gotas devem ser instiladas primeiramente. Utilizar um novo lenço de papel absorvente para cada olho para evitar contaminação cruzada. Se a ponta do conta-gotas ou pomada for contaminada, descarte-os e providencie outro estéril.</p> | |

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
4. POTTER, P. A.; ANNE, G. P. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
5. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MEDICAÇÃO VIA AURICULAR**1-FINALIDADE:**

Auxiliar no tratamento de patologias específicas no interior do pavilhão auricular, exames otológicos.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: pacientes em tratamento de patologias otológicas, diminuir o cerúmen e alívio da dor e produzir anestesia local.

Contraindicação: pacientes com otorragia e em pós-operatório imediato de cirurgia otológica ou auricular.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

- Derrame de gotas fora do ouvido por um mau posicionamento;
- Irritação, dor, ardor, prurido.

5- MATERIAL:

Bandeja, medicação prescrita, conta-gotas, gaze e luvas de procedimento, se necessário.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação da Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| 01- Higienizar as mãos; | 01- Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 02- Conferir a prescrição e reunir o material em uma bandeja e levar até o paciente; | 02 -Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03-Explicar o procedimento ao paciente; | 03-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 04-Colocar o paciente sentado ou deitado, com a cabeça inclinada lateralmente; | 04- Prevenir a saída das gotas do canal auditivo; |

| | |
|---|--|
| <p>05- Calçar luvas de procedimento se houver presença de secreção;</p> <p>06-Segurar a porção superior do pavilhão auricular e puxar suavemente o lóbulo para cima e para trás em pacientes adultos. Em crianças, o lóbulo é puxado para baixo e para trás;</p> <p>07- Com o auxílio de uma fonte de luz, examine o canal auditivo para verificar se há secreção. Caso haja, limpe o canal com lenço de papel absorvente ou cotonete;</p> <p>08- Pingar a quantidade de gotas prescritas sem tocar o conta gotas no paciente;</p> <p>09- Pedir ao paciente para permanecer em decúbito lateral por 2 a 3 minutos;</p> <p>10- Repetir o procedimento no lado contrário, se estiver prescrito;</p> <p>11- Recolher o material do quarto, deixando o paciente confortável e encaminhar o material de descarte ao expurgo;</p> <p>12- Higienizar as mãos;</p> <p>13- Checar o procedimento;</p> <p>14- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>05-Proporcionar barreira física entre as mãos e fluidos corporais;</p> <p>06-Ajudar a tornar reto, de maneira apropriada, o canal auditivo para a instilação;</p> <p>07- As secreções podem reduzir a eficácia da medicação;</p> <p>08- Evitar contaminar o frasco;</p> <p>09- Para possibilitar que a medicação penetre no canal;</p> <p>11- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>12- Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>13- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>14- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Para aplicação de cremes, faz-se um fuso de gaze colocando creme na extremidade. Deve-se introduzir no ouvido com o auxílio de uma pinça.
- A medicação deve ser administrada em temperatura ambiente, se estiver guardada em geladeira, retirar e aguardar o tempo necessário.
- Orientar o paciente para permanecer alguns minutos em posição lateral, para evitar refluxo da medicação.
- Se o cliente apresentar vertigem, mantenha a grade lateral do leito levantada e ajude-o durante o procedimento, se necessário.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
4. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MEDICAÇÃO VIA NASAL

1-FINALIDADE:

Administrar medicamento através das narinas para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias e infecciosas das vias respiratórias superiores ou para serem absorvidos sistemicamente.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: pacientes em tratamento de patologias inflamatórias/infecciosas das vias aéreas superiores ou servir de via de absorção para determinados medicamentos e tratamentos hormonais.

Contraindicação: pacientes com epistaxe e em pós-operatório imediato de cirurgias de otorrinolaringologia e rinoplastia.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

Irritação, dor, epistaxe, ardor.

5-MATERIAL:

Bandeja, lenços de papel ou gaze, conta gotas e medicação prescrita.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação da Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| <p>1- Higienizar as mãos;</p> <p>2- Conferir a prescrição e reunir todo o material necessário numa bandeja e levá-lo até o paciente;</p> <p>3- Explicar o procedimento ao paciente;</p> <p>4- Solicitar para que limpe as narinas com lenços de papel;</p> <p>5- Colocar o paciente sentado ou elevar a cabeceira;</p> <p>6- Higienizar as mãos;</p> <p>7- Para acesso do medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • à faringe posterior: solicitar ao paciente que incline a cabeça para trás. • ao seio etmóide ou esfenóide: colocar um travesseiro sob os ombros e inclinar a cabeça do paciente para trás. • aos seios frontais e maxilares: solicitar ao paciente que incline a cabeça para trás e para o lado que deve ser tratado. <p>8- Pingar as gotas nas narinas, não tocar nas paredes da narina;</p> <p>09- Observar a reação do paciente e posicioná-lo novamente no leito, de acordo com sua necessidade;</p> <p>10-Recolher o material, coloca-lo na bandeja e encaminhar ao expurgo;</p> <p>11-Higienizar as mãos;</p> <p>12-Checar o procedimento;</p> <p>13- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>01- Reduzir transmissão de microrganismo;</p> <p>02 -Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo;</p> <p>03-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação;</p> <p>06- Reduzir transmissão de microrganismo;</p> <p>07- Facilitar o depósito da droga onde seu efeito é desejado;</p> <p>08-Evitar contaminar o conta-gotas e que o cliente espirre;</p> <p>10-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>11-Reduzir transmissão de microrganismo;</p> <p>12- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>13-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |

7-RECOMENDAÇÕES:

- Orientar o paciente a não assoar o nariz imediatamente após a instilação da medicação, apesar do desconforto que ela pode vir a causar.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
4. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MEDICAÇÃO VIA ORAL**1-FINALIDADE:**

Administrar medicações com apresentação em cápsulas, suspensão, gotas, comprimidos e pós, que são absorvidas pelo trato gastrointestinal.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: todos os pacientes conscientes e com boas condições de deglutição.

Contra-indicação: pacientes inconscientes, com distúrbio de deglutição e/ou rebaixamento do nível de consciência, náuseas e vômitos.

3 - RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4 – RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

Engasgos, dificuldade em engolir comprimidos, drágeas e/ou cápsulas; paciente desprezar o comprimido na ausência da enfermagem; medicações com apresentação de comprimidos que precisam ser macerados, risco para sub ou super dosagem, absorção variável, período de latência médio a longo, ação do suco gástrico, sabor, pH do trato intestinal.

5- MATERIAL

Bandeja, copinhos descartáveis, fita crepe e etiqueta, seringa, triturador de comprimidos, espátula, canudinho, conta-gotas, papel toalha, medicamento prescrito e copo com água.

6- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

| Ação da Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| 01- Higienizar as mãos; | 01- Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 02- Conferir a prescrição e reunir o material em uma bandeja; | 02- Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03- Identificar os copinhos com os rótulos; | 03- Evitar possíveis erros; |
| 04- Colocar os medicamentos no copinho sem tocá-los. Usar seringa ou medidor para os líquidos; | 04- Apoiar os princípios de assepsia; |
| 05- Diluir o medicamento com água, quando necessário; | |
| 06- Levar a bandeja até o paciente e colocá-la na mesa de cabeceira; | |
| 07- Informar o procedimento ao paciente; | 07-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 08- Conferir a etiqueta com os dados do paciente; | 08- Evitar possíveis erros; |
| 09- Colocar o paciente sentado ou em decúbito elevado; | 09- Facilitar a deglutição e evitar a aspiração; |
| 10- Entregar o copinho com o medicamento e copo com água ao paciente; | 10- A água umidifica as mucosas e evita que o medicamento grude; |
| 11- Esperar o paciente deglutir todos os medicamentos; | 11- Garantir a administração adequada; |
| 12- Recolher o material e coloca-lo na bandeja; | 12- Manter o ambiente em ordem; |
| 13- Recolocar o paciente em posição confortável e segura; | 13- Demonstrar preocupação com o seu bem estar; |
| 14- Desprezar o material descartável no lixo; | |
| 15-Higienizar as mãos; | 15-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 16- Checar o procedimento; | 16- Informar que a ação foi realizada; |
| 17- Realizar anotações de enfermagem no prontuário. | 17-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; |

Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).

7-RECOMENDAÇÕES:

- Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não foi dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo no espaço reservado para anotação de enfermagem.
- Deve-se observar e anotar qualquer tipo de reação por um paciente após receber determinado medicamento.
- Caso o paciente se mostre confuso ou desorientado, é necessário verificar o interior de sua boca para se certificar de que ele engoliu a medicação.
- Se o cliente recusar alguma medicação, registre a recusa e notifique o enfermeiro
- Caso não haja possibilidade do paciente deglutir cápsulas, não se deve abri-las e administrar seu conteúdo diluído. Nesse caso, recomenda-se verificar com o médico a possibilidade de alteração da terapêutica medicamentosa.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I. **Fundamentos de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. POTTER, P. A.; ANNE, G. P. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
6. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MEDICAÇÃO VIA SUBLINGUAL

1-FINALIDADE:

Administrar medicações por via sublingual para serem absorvidos diretamente pelos pequenos vasos sanguíneos ali situados, sem passar através da parede intestinal e pelo fígado. Essas substâncias atuam rapidamente porque o epitélio fino e a abundante vasculatura da mucosa bucal possibilitam a absorção íreta pela corrente sanguínea.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: todos os pacientes.

Contraindicação: lesão mucosa oral.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

- Não colaboração do paciente consciente;
- Irritabilidade da mucosa;
- Dificuldade em pediatria.

5-MATERIAL:

Bandeja, copinhos de medicação, fita adesiva ou etiqueta, medicamento prescrito.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de enfermagem | justificativa |
|---|--|
| 01-Higienizar as mãos; | 01- Reduzir transmissão de microrganismo; |
| 02-Conferir a prescrição e reunir o material; | 02- Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03-Identificar os copinhos com os rótulos; | 03- Evitar possíveis erros; |
| 04-Colocar os medicamentos no copinho sem tocá-los; | 04- Evitar contaminação; |
| 05-Levar a bandeja até o paciente e colocá-la na mesa de cabeceira; | |
| 06- Informar o procedimento ao paciente; | 06- Propiciar a colaboração; |
| 07-Entregar o medicamento ao paciente orientando-o para colocá-lo sob a língua sem mastigar ou deglutir até que ele se dissolva totalmente; | 07- Garantir a absorção completa do medicamento; |
| 08-Recolher o material, desprezando o copinho no lixo; | |
| 09-Higienizar as mãos; | 09- Reduzir transmissão de microrganismo; |
| 10-Checar o procedimento; | 10- Informar que a ação foi realizada; |

| | |
|--|--|
| 11- Realizar anotações de enfermagem no prontuário. | 11- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres). |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advirta o cliente a não mastigar o comprimido nem tocá-lo com a língua, para evitar deglutição acidental. • Em medicações com ação anti hipertensiva, verificar a pressão arterial a cada 30 minutos por 2 horas em média. • Em casos de reações adversas, comunicar enfermeiro e médico; • Verificar o nível de consciência do paciente a fim de avaliar se a terapia medicamentosa por via sub-lingual deve ser revista junto ao médico. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 3. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I.; Fundamentos de Enfermagem. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005. 4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009. 5. TIMBY, Bárbara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. | |

MEDICAÇÃO VIA NASO GÁSTRICA/ENTERAL

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: Administrar medicações por sonda a pacientes com impossibilidades, dificuldades ou contra indicações de deglutição. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: pacientes em uso de sonda e com impossibilidade de deglutir. Contraindicação: jejum, sangramento. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: Obstrução da sonda, má absorção por via gástrica, má localização da sonda, refluxo gástrico e broncoaspiração. | |
| 5-MATERIAL: Bandeja, triturador de comprimido e medicação prescrita, seringas, luva de procedimento, estetoscópio, copo com água filtrada, cuba-rim, gaze, papel toalha e fita adesiva/etiqueta. | |
| 6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01-Conferir a prescrição médica; 02- Fazer etiquetas de identificação com informações do paciente e medicamento; 03- Reunir o material em uma bandeja; 04-Higienizar as mãos; 05- Retirar o medicamento e: a. Se for solução – aspirar a dose prescrita com uma seringa de 10 ou 20ml b. Se for comprimido – retirar da embalagem, triturar até tornar pó, diluir em 10ml de água potável e aspirar com seringa de 10 ou 20ml 06-Identificar a seringa com etiqueta; 07-Levar a bandeja até o quarto e colocá-la na mesa de cabeceira; 08-Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante; 09-Solicitar ao paciente que fique sentado ou coloca-lo em posição de “Fowler”; | 01- Evitar erros; 02- Evitar erros e possíveis complicações; 03- Facilitar o organização e o controle eficiente do tempo; 04- Reduzir transmissão de microorganismo; 06- Evitar erros; 08-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; 09- Diminuir os riscos de aspiração de dieta e refluxo gástrico; |

| | |
|---|---|
| <p>10- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;</p> <p>11- Testar a permeabilidade e o posicionamento da sonda;</p> <p>12- Adaptar seringa na sonda;</p> <p>13- Injetar lentamente toda a medicação;</p> <p>14- Após a última administração, lavar a sonda/gastrostomia sob pressão com água potável;</p> <p>15- Deixar a sonda fechada e manter o paciente confortável;</p> <p>16- Reunir o material utilizado;</p> <p>17- Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>18- Checar o procedimento;</p> <p>19- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>10- Reduzir a transmissão de microrganismos proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais;</p> <p>12- Assegurar proteção às vias aéreas e apropriada localização da sonda;</p> <p>14- Garantir a permeabilidade da sonda;</p> <p>17- Reduzir transmissão de microrganismo;</p> <p>18- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>19- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Realizar o teste de posicionamento da sonda (ausculta) certificando-se da localização da mesma, antes da administração da medicação.
- Anotar o total de líquidos infundidos, incluindo a diluição, a fim de garantir o controle do balanço hídrico.
- Medicamentos oleosos e com revestimento entérico ou comprimidos ou cápsulas de liberação controlada são contra indicadas para administração por SNG. Medicamentos oleosos aderem à parede da sonda e resistem a mistura com soluções de irrigação e o esmagamento de comprimidos com revestimento entérico ou de liberação controlada, para facilitar o transporte através da sonda, destrói as suas propriedades pretendidas.
- Após administração da medicação injetar:

Crianças com SNG nº 8FR – 5 ml de água filtrada

SNG nº 10FR – 7 ml de água filtrada

SNE nº 6FR – 8 ml de água filtrada

SNE nº 8FR – 10 ml de água filtrada

Adulto – SNE ou SNG – 20ml de água filtrada

Observação:

- No caso de SNG aberta, o tempo de fechamento da sonda é em torno de 60 minutos, variando conforme o tempo de absorção da medicação.
- Evite sempre que possível esquemas de medicamentos que frequentemente interrompam a alimentação gastroentérica.
- Dissolver e administrar cada medicamento separadamente, lavando a sonda com água potável entre as medicações.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I.; **Fundamentos de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. SANTOS, A. E.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, C. S. **Procedimentos especializados**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
6. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MEDICAÇÃO VIA RETAL

1-FINALIDADE:

Administrar medicação contra indicada por via oral , de difícil administração por esta via ou quando o fármaco pode ser instável no sistema digestivo, favorecendo a absorção devido a circulação dupla existente na mucosa retal.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: facilitar eliminações de fezes e eliminar gases ou evitar distensão abdominal; facilitar eliminação de fezes sugestivas de melena; preparar o paciente para cirurgias, exames do trato gastrointestinal e lombar; administrar medicamentos.

Contraindicação: paciente com lesões na região anal, diarreia, diverticulite, enterorragia, arritmias cardíacas por estimulação vagal.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e auxiliares de Enfermagem.

4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

- Administração da solução em alta temperatura (em caso de clister), causando queimaduras no paciente;
- Dor, resistência durante a introdução da medicação;
- Lesão da mucosa, expulsão do medicamento, absorção irregular e incompleta.

5-MATERIAL:

Bandeja, gel hidrossolúvel, medicamento prescrito, saco plástico, luva de procedimento, gaze e papel higiênico, comadre (S/N), biombo, máscara descartável, óculos de proteção, fita adesiva e etiqueta.

Em casos de administração de soluções: sonda retal, extensão para o frasco de solução, forro impermeável, lençol, toalha de banho.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação da Enfermagem | Justificativa |
|---|--|
| 01-Conferir a prescrição e reunir o material; | 01- Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02-Higienizar as mãos; | 02-Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 03- Nos casos de lavagem ou clister: a- Preparar a solução prescrita a uma temperatura morna b- Conectar o equipo de soro à sonda e retirar o ar; | a- Promover conforto pois a água fria pode causar cólica abdominal e difícil retenção da solução d- A entrada de ar pode distender ainda mais o intestino |
| 04-Levar a bandeja ao quarto e colocá-la na mesa de cabeceira; | |
| 05-Explicar o procedimento ao paciente; | 05-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |

| | |
|--|---|
| <p>06-Isolar o leito com um biombo;</p> <p>07-Colocar forro impermeável e toalha sob o paciente;</p> <p>08-Calçar luvas de procedimento;</p> <p>SUPOSITÓRIO:</p> <p>09- Solicitar ao paciente que faça higiene da região anal, ou realizar quando ele estiver impossibilitado;</p> <p>10- Colocar o paciente em posição de Sims. Cubra-os com lençóis para expor apenas as nádegas;</p> <p>11-Entregar o supositório ao paciente e orientar a colocá-lo (se houver possibilidade). Caso contrário, levante a nádega superior do cliente com a mão não dominante ;</p> <p>12- Instrua o cliente a realizar várias respirações profundas pela boca;</p> <p>13-Utilize o dedo indicador da mão dominante, insira o supositório, lubrificado, cerca de 7,5cm até sentir que ele ultrapassou o esfíncter anal interno;</p> <p>14- Garanta o conforto do paciente, incentive-o a permanecer quieto e, se necessário, retenha o supositório pressionando o ânus com uma compressa de gaze;</p> <p>15- Orientar o paciente a aguardar o máximo de tempo que ele conseguir reter o medicamento;</p> <p>15-Ajudar o paciente a ir ao banheiro ou colocar comadre;</p> <p>16- Recolher o material em uma bandeja e encaminhar ao expurgo;</p> <p>17- Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>18- Checar o procedimento;</p> <p>18-Realizar anotações de enfermagem no prontuário, anotando aspecto e quantidade de evacuação;</p> <p>LAVAGEM (ENTEROCLISMA) OU CLISTER (ENEMA):</p> <p>19- Pendurar o frasco plástico com a solução prescrita no suporte de soro;</p> <p>20- Solicitar ao paciente que faça higiene da região anal, ou realizar quando ele estiver impossibilitado;</p> <p>21- Colocar o paciente em posição de SIMS;</p> | <p>06- Preservar a privacidade do paciente;</p> <p>07- Prevenir que os lençóis sejam sujos;</p> <p>08- Proporcionar barreira física entre as mãos e fluidos corporais;</p> <p>09- A presença de fezes interfere na colocação do supositório e efeito da medicação;</p> <p>10- Expor o ânus e ajudar a relaxar o esfíncter anal externo;</p> <p>11-Promover a independência e maior participação do paciente ao tratamento;</p> <p>12- Ajudar a relaxar o esfíncter anal e reduzir a ansiedade e desconforto durante o procedimento;</p> <p>15- Proporcionar melhor efeito terapêutico;</p> <p>16-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>18-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>19-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> <p>19- Facilitar o fluxo gravitacional;</p> <p>20-Promover o auto cuidado;</p> <p>21- Expor o ânus e relaxar o esfíncter anal externo;</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>20- Cobrir o paciente expondo apenas suas nádegas e coloque forro impermeável sob os quadris;</p> <p>23- Lubrificar a sonda retal ou o bico do frasco do enema com gel hidrossolúvel;</p> <p>24- Calçar as luvas de procedimento, colocar a máscara descartável e óculos de proteção;</p> <p>25- Afastar as nádegas com gaze;</p> <p>26- Introduzir a sonda retal (cerca de 7 a 10cm) ou o bico do frasco do clister lentamente;</p> <p>27- Abrir o equipo e infundir lentamente todo o volume da solução. No caso de clister, aperte o frasco até esvaziar completamente;</p> <p>28- Orientar o paciente para tentar reter a solução por 5 a 15 min;</p> <p>29- Retirar a sonda ou o frasco do clister e encaminhar o paciente ao banheiro (ou oferecer comadre), para eliminação intestinal;</p> <p>30- Observar o efeito do procedimento após a eliminação intestinal;</p> <p>31- Deixar o paciente confortável;</p> <p>32- Recolher o material e colocar na bandeja;</p> <p>33- Retirar as luvas de procedimento;</p> <p>34- Encaminhar os resíduos para o expurgo;</p> <p>35- Higienizar as mãos;</p> <p>36- Checar o procedimento;</p> <p>37- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>22-Preservar o pudor e proteger a roupa de cama;</p> <p>23-Facilitar a inserção da sonda e prevenir lesão da mucosa;</p> <p>24- Reduzir a transmissão de microrganismo e atender às precauções padrão;</p> <p>25-Ajudar a visualizar a inserção;</p> <p>26- A inserção lenta da sonda minimiza os espasmos da parede intestinal e dos esfíncteres</p> <p>27- Infusão rápida causa imediata distensão e pressão intestinal resultando na expulsão muito rápida da solução, defecação insatisfatória ou dano à mucosa;</p> <p>28-Permitir que as contrações musculares sejam suficientes para produzir bons resultados;</p> <p>31- Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>32- Manter o setor organizado;</p> <p>34-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>35- Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>36-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>37-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Um supositório recomendado para aliviar uma constipação intestinal deve ser retido pelo maior tempo possível(ao menos 20 min) para mostrar-se eficaz.
- Em caso de pomadas, o aplicador também deverá ser lubrificado.
- Verificar as características das eliminações(presença de sangue, muco e secreções), além de fezes aparentes, cor, consistência, odor e quantidade.
- Quando houver resistência à passagem da sonda ou o paciente sentir dor no local, interrompa o procedimento e avise o médico.
- A sonda deve ser inserida até depois do esfíncter interno, a inserção além, pode danificar a mucosa .

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
 2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
 3. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I.; **Fundamentos de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
 4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
 5. POTTER, P. A.; ANNE, G. P. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
 6. SWEARINGEN, Pamela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2001.
 7. TAYLOR, Carol et. al. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
-

MEDICAÇÃO VIA VAGINAL

1-FINALIDADE:

Auxiliar no tratamento de doenças ginecológicas utilizando a mucosa vaginal para a absorção do medicamento.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: drenar secreções vaginais anormais, tratamento tópico para infecção ou inflamação, preparar para cirurgias dos órgãos reprodutores, indução do trabalho de parto.

Contraindicação: pacientes com lesões na mucosa vaginal, paciente em período menstrual.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

Retirar ou diminuir a secreção fisiológica que protege o canal vaginal.

5-MATERIAL:

Medicamento prescrito, bandeja, material para higiene íntima, aplicador vaginal, biombo, luva de procedimento, gaze, papel higiênico, comadre, absorvente higiênico.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação da Enfermagem | Justificativa |
|---|--|
| 01- Conferir a prescrição e reunir o material na bandeja; | 01- Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02- Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 03- Levar a bandeja com o medicamento para o quarto da paciente; | |
| 04- Explicar o procedimento ao paciente e isolar com biombo, se necessário; | 04- Reduzir ansiedade, propiciar cooperação e preservar a privacidade do paciente; |
| 05- Solicitar que a paciente esvazie a bexiga e faça higiene íntima, ou fazer a higiene para a paciente, se caso ela estiver acamada; | 05- Promover o auto cuidado; |

| | |
|--|--|
| <p>Aplicação de creme vaginal e óvulos</p> <p>07- Calçar luvas e lubrificar o aplicador;</p> <p>08- Colocar o paciente em posição ginecológica;</p> <p>09- Introduzir o aplicador na vagina com medicamento (creme, óvulo)cerca de 5 cm. Pressione o êmbolo;</p> <p>10- Retirar o aplicador e solicitar a paciente que permaneça deitada por 15 minutos;</p> <p>11- Colocar absorvente íntimo se necessário;</p> <p>12- Retirar o material do quarto deixar a paciente confortável;</p> <p>13- Retire e descarte as luvas;</p> <p>14- Higienizar as mãos;</p> | <p>07- Proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais e reduzir fricção e trauma;</p> <p>08- Facilitar o acesso ao local de aplicação;</p> <p>10- Proporcionar melhor efeito terapêutico;</p> <p>11- Proteger o roupa íntima;</p> <p>12- Manter o ambiente em ordem e demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>14- Reduzir transmissão de microrganismos;</p> |
| <p>Lavagem Vaginal</p> <p>15- Calçar luvas de procedimento;</p> <p>16- Colocar o paciente em posição ginecológica;</p> <p>17- Introduzir a sonda na vagina (+/- 6 cm);</p> <p>18- Abrir a pinça e deixar escorrer a solução prescrita fazendo movimentos rotatórios com a sonda;</p> <p>19- Retirar a sonda e deixar a paciente com a comadre até o retorno de todo líquido;</p> <p>20- Secar o períneo com papel higiênico e retirar a comadre;</p> <p>21- Retirar o material do quarto, deixar a paciente confortável;</p> <p>22- Higienizar as mãos;</p> <p>23- Checar o procedimento;</p> <p>24- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>15- Proporcionar barreira física entre as mãos e fluidos Corporais;</p> <p>21- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>22- Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>23- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>24- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |

7-RECOMENDAÇÕES:

Se possível, administrar as medicações na hora de deitar, quando a cliente encontra-se reclinada
Os aplicadores vaginais são de uso individual e descartáveis. Podem ser lavados com água e sabão após o uso eventualmente.

Sempre que possível, a paciente deve fazer a aplicação.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I.; **Fundamentos de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. SWEARINGEN, Pamela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2001.

MEDICAÇÃO VIA CUTÂNEA

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: Aplicação de medicamentos na pele para efeito local constante e lento. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: quando há necessidade que ocorra efeito local e constante da medicação. Contraindicação: lesão de pele e mucosa. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Absorção incompleta do fármaco; • Não colaboração do paciente; • Irritação, eritema ou reação alérgica no local da aplicação. | |
| 5-MATERIAL: Luvas de procedimento, bandeja, gaze, espátula e medicamento prescrito. | |
| 6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01-Higienizar as mãos; 02- Conferir a prescrição e reunir o material na bandeja; 03-Levar a bandeja ao quarto do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira; 04-Explicar o procedimento ao paciente; 05-Colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento; 06-Higienizar as mãos e calçar luvas; 07-Expor a área de aplicação e fazer higiene local, se for necessário; 08-Colocar o medicamento em uma gaze com o auxílio de uma espátula; 09-Aplicar o medicamento na área indicada e espalhar delicadamente, se necessário, enfaixe o local; | 01-Reduzir transmissão de microorganismo; 02- Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; 04-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; 06- Reduzir a transmissão de microrganismos; proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais e evitar absorção pela própria pele; 07- A pele limpa favorece a absorção do medicamento; 09-Evitar pressão excessiva durante a aplicação, pois poderá causar abrasão da pele; |

| | |
|--|--|
| <p>10-Recolher o material do quarto e encaminhar ao expurgo;</p> <p>11-Desprezar o material, lavar a bandeja com água e Sabão;</p> <p>12-Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>13-Checar o procedimento;</p> <p>14-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário</p> | <p>10-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>12- Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>13- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>14-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Nunca aplique medicação sem primeiro remover aplicações anteriores. O procedimento evita irritação da pele por acúmulo de medicação
- O próprio paciente pode fazer a aplicação do medicamento, desde que esteja bem orientado quanto ao procedimento.
- Os medicamentos de uso tópico, exceto os que tratam feridas, devem ser aplicados na pele intacta.
- Se o paciente apresentar um ferimento aberto, deve-se utilizar técnica asséptica.
- Em caso de uso de bisnagas, despreze uma pequena porção (cerca de 1 cm) e aplique a segunda porção sobre a gaze, sem tocá-la.
- Em caso de necessidade de uso de espátulas, não contamine o medicamento com a espátula que já teve contato com o paciente.
- Recomendações específicas para uso de patches:
 - a) realize tricotomia, se necessário;
 - b) observe o período de permanência na pele, de acordo com o medicamento e o fabricante;
 - c) observe eventuais sinais de reações locais;
 - d) faça rodízio dos locais de aplicação (conforme o tipo e o tamanho do patch e suas respectivas recomendações), evitando dobras cutâneas e áreas de transpiração excessiva.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. SWEARINGEN, Pamela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2001.
5. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA

1-FINALIDADE:

Administração de soluções com absorção lenta, administrados no tecido subcutâneo (hipoderme). Depois de injetada a droga, chega aos pequenos vasos e é transportada pela corrente sanguínea.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: quando há necessidade de administração de medicamentos de absorção lenta e contínua, em pequena quantidade na camada hipodérmica.

Contraindicação: presença de lesões nos locais de aplicação, administração de medicamentos que precisem de rápida absorção, coagulopatias, locais inflamados ou edemaciados.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

Aparecimento de edema, rubor e dor, abscessos, embolias, lesão de nervos, necrose provocada por injeções repetidas no mesmo local, formação de tecido fibrótico devido a injeção de volume excessivo, introdução do líquido em velocidade rápida ou por injeções repetidas em um mesmo local, má absorção do medicamento quando não há colaboração do paciente.

5-MATERIAL:

Medicamento prescrito, bandeja, seringa de 1 ml, agulha descartáveis (25x7, 13x4, 13x3,8 ou 10x5), luvas de procedimento, álcool a 70% e bolas de algodão.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|---|
| <p>01- Conferir a prescrição e reunir o material na bandeja;</p> <p>02- Higienizar as mãos;</p> <p>03- Desinfetar tampas e/ou ampolas com álcool a 70%</p> <p>04- Fazer a diluição, se necessário, e aspirar a medicação;</p> <p>05- Aspirar o medicamento utilizando agulha 25x7 e seringa de 1 ml sem deixar ar no interior. Trocar as agulhas colocando a específica para via SC (ver recomendações);</p> <p>06- Levar a bandeja com o material para o quarto do Paciente;</p> <p>07-Explicar o procedimento ao paciente;</p> <p>08- Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;</p> <p>09- Colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento;</p> <p>10- Expor a área de aplicação e delimitar o local;</p> <p>11- Realizar a antisepsia da região com movimentos circulares(do centro para as extremidades);</p> <p>12- Fazer uma prega no tecido subcutâneo utilizando o dedo indicador e polegar da mão oposta a que segura a seringa;</p> <p>13- Puncionar em ângulo de 45 a 90° e injetar lentamente com a mão oposta a que segura a seringa;</p> <p>14-Soltar a prega subcutânea e remover a agulha suavemente com movimento rápido e único passando lentamente no local um algodão seco;</p> <p>15-Observar o paciente por alguns minutos, mantendo-o em repouso;</p> <p>16- Recolher o material deixando o ambiente em ordem;</p> <p>17- Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>18- Checar o procedimento;</p> <p>19-Realizar as anotações de enfermagem.</p> | <p>01- Evitar erros e facilitar a organização e o controle eficiente do tempo;</p> <p>02- Reduzir transmissão de microorganismo;</p> <p>03- Remover sujidades/microorganismos;</p> <p>07-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação;</p> <p>08-Reduzir a transmissão de microorganismos e proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais;</p> <p>09-O relaxamento do local minimiza o desconforto;</p> <p>11- Remover os microorganismos colonizantes;</p> <p>12- Facilitar a aplicação no nível do tecido subcutâneo;</p> <p>17- Reduzir transmissão de microorganismos;</p> <p>18- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>19- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres)37</p> |

7-RECOMENDAÇÕES:

- Os locais mais apropriados para a injeção SC são: face lateral do braço, abdome inferior, face anterior da coxa e parte superior do quadril. O máximo de volume
- que pode ser administrado são 2 ml em indivíduos adultos. Não se deve fazer massagem no local para não acelerar o tempo de absorção da droga.
- Realizar rodízio entre as aplicações.
- Caso acidentalmente tenha atingido um vaso sanguíneo, trocar a agulha e reiniciar o procedimento.
- Não é necessário realizar aspiração.

ANGULAÇÕES:

Indivíduos magros: 30 graus

Indivíduos Obesos: 90 graus

Se agulha 10X5: 90 graus

Insulina deve ser injetada de 3 a 5 segundos.

Agulhas utilizadas 13X 4,5, 13x3,8 , 10X5

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I.; **Fundamentos de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Procedimentos básicos**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
6. SWEARINGEN, Pamela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2001.
7. TAYLOR, Carol et. al. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
8. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR

1-FINALIDADE:

A administração de soluções medicamentosas no músculo que não podem ser absorvidas diretamente pela mucosa gástrica. Obter ação mais rápida do que por via oral.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: Quando há necessidade de absorção rápida do fármaco. Para pacientes que não podem tomar medicação por via oral, quando a administração IV não é adequada ou para substâncias que são modificadas pelos sucos digestivos.

Contraindicação: Pouca massa muscular, cicatrizes ou lesões.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

- Lesões no músculo, nervos e vasos por falha técnica;
- Administração de substâncias irritantes ou com pH diferente;
- Alterações orgânicas por reação do medicamento;
- Embolia pulmonar por injeções em veias e artérias glúteas;
- Algias, infusão de grande volume.

5-MATERIAL:

Bandeja, etiqueta ou fita adesiva, medicamento prescrito, álcool a 70% e bolas de algodão, seringa, agulha adequada e 40 x 12 (para aspirar), luvas de procedimento, diluente se necessário.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação da Enfermagem | Justificativa |
|--|---|
| 01- Conferir a prescrição e reunir o material na bandeja; | 01- Evitar erros e facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02-Reduzir transmissão de microorganismo; |
| 03-Desinfetar tampas e/ou ampolas com álcool a 70%; | 03- Remover sujidades/microorganismos; |
| 04- Fazer a diluição se necessário, e aspirar a medicação; | |
| 05- Retirar o ar da seringa; | 05- O acúmulo de ar desloca o medicamento e pode causar erros na dose; |

| | |
|--|---|
| 06- Trocar as agulhas, colocando a específica para via IM (ver recomendações); | |
| 07- Levantar a bandeja ao quarto do paciente, colocando-a na mesa de cabeceira; | |
| 08- Explicar o procedimento ao paciente; | 08-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 09- Colocar o paciente na posição mais adequada ao Procedimento; | 09-O relaxamento do local minimiza o desconforto; |
| 10- Expor a área de aplicação e delimitar o local; | 10-Há necessidade de boa visualização para estabelecer o local correto e evitar danos aos tecidos; |
| 11- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento; | 11-Reduzir transmissão de microrganismos e promover barreira física entre as mãos e fluidos corporais; |
| 12- Fazer a anti-sepsia com álcool a 70% e deixar secar; | 12-Remover os microrganismos colonizantes e reduzir a irritação tissular; |
| 13- Pinçar o músculo e introduzir a agulha no local, fazendo ângulo de 90 graus, aspirar lentamente para certificar-se de que não atingiu nenhum vaso sanguíneo; | 13-Administrar a medicação no local correto; |
| 14- Injetar lentamente o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo com a mão oposta a que segura a seringa; | 14- A injeção realizada lentamente reduz a dor e o trauma do tecido; |
| 15- Retirar a agulha com um único movimento, rápido e Firme; | 15- Reduzir o desconforto; |
| 16- Comprimir levemente o local com algodão seco sem Massagear; | 16-Evitar o retorno da medicação e controlar sangramento; |
| 17- Observar se o paciente está bem e deixá-lo em posição confortável; | 17-Observar e intervir precocemente em caso de reação Adversa; |
| 18- Recolher o material, descartar os perfuro cortantes em recipiente apropriado; | 18-Manter o ambiente em ordem e evitar acidentes; |
| 19- Retirar as luvas e higienizar as mãos; | 19-Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 20- Checar o procedimento; | 20-Informar que a ação foi realizada; |
| 21- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário. | 21-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres). |

7-RECOMENDAÇÕES:

- As medicações devem ser encaminhadas ao quarto em bandeja, exceto nos casos de pacientes com algum tipo de precaução, quando devem ser acondicionadas em embalagem plástica.
- Se aparecer sangue na seringa ao realizar a aspiração, é porque a agulha se encontra em um vaso sanguíneo. Caso isso ocorra, pare a injeção, retire a agulha, prepare outra injeção com outro equipamento.
- Não reencepe a agulha. Descarte-a em local apropriado.
- Mantenha rodízio de aplicações.
- O local de uma injeção intramuscular deve ser escolhido cuidadosamente, levando-se em conta o estado físico geral do paciente e a indicação da injeção, feitas nos seguintes músculos:

Deltóide (contra-indicação):

Crianças de 0 a 10 anos

Pacientes de pequeno aporte muscular e idoso.

Volume superior a 2 ml, substâncias irritantes.

Pacientes com parestesia ou paralisia dos membros superiores.

Paciente submetido a mastectomia e/ou esvaziamento cervical.

Dorso-Glútea: no quadrante superior externo da região glútea(até 5 ml)

O paciente deve estar em posição ventral ou lateral.

É uma região muito usada em adultos

Contra-indicada em crianças menores de 2 anos, idosos, pacientes com atrofia dos músculos da região, parestesia ou paralisia de MMII, lesões vasculares MMII.

Anterolateral-coxa: no terço médio do músculo vasto lateral da coxa(até 4 ml).

O paciente deve estar deitado com MMII em extensão ou sentado com a perna fletida.

Local preferido para crianças(menores que 12 meses), que recebem imunizações.

Ventro-glútea : Pouco utilizada no Brasil, não apresenta contra-indicações.

Grupo etário:qualquer idade

Volume máximo:4 ml

Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e aplicada em mais de um local.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I.; **Fundamentos de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Procedimentos básicos**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
6. SWEARINGEN, Pamela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2001.
7. TAYLOR, Carol et. al. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
8. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MEDICAÇÃO VIA VENOSA

| | |
|---|--|
| 1-FINALIDADE: Administração da droga diretamente na veia para se obter ação imediata. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: quando há necessidade de ação imediata da medicação, necessidade de infusão de grande volume, administração de soluções irritantes que poderiam causar necrose tecidual se inoculadas por outra via. Contraindicação: administração de soluções oleosas. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: Risco de reações alérgicas e intoxicações, choque, embolia gasosa, flebite, esclerose da veia, hematoma, infiltração medicamentosa, abscesso. | |
| 5-MATERIAL: Bandeja, medicamento prescrito, luvas de procedimento, garrote, bolas de algodão com álcool 70%, seringa, catéter, diluente, agulha(para aspirar), etiqueta/fita adesiva, adesivo hipoalergênico/esparadrapo. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Conferir a prescrição e reunir o material na bandeja; | 01-Evitar erros e facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02-Reduzir transmissão de microorganismo; |
| 03- Identificar as etiquetas (nome, leito, medicamento, dosagem, via e diluição); | 03-Para garantir que o medicamento seja dado à pessoa, via e dosagem certas; |

| | |
|--|---|
| <p>04-Desinfetar as tampas e ampolas com álcool 70%;</p> <p>05-Diluir os medicamentos, se necessário para obter a dose prescrita;</p> <p>06-Orientar o paciente e a família sobre o procedimento;</p> <p>07- Colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento;</p> <p>08-Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;</p> <p>ADMINISTRAÇÃO POR PUNÇÃO VENOSA:</p> <p>09-Realizar a punção (ver página 58);</p> <p>10-Conectar a seringa que contém a medicação ao catéter venoso instalado;</p> <p>11-Tracionar o êmbolo da seringa até que flua uma pequena quantidade de sangue;</p> <p>12-Soltar o garrote;</p> <p>13-Injetar todo o medicamento, no tempo recomendado;</p> <p>14-Observar sinais de infiltração, queixas de dor, desconforto ou alterações no paciente;</p> <p>15-Retirar a agulha com um movimento único e ágil comprimindo o local com algodão seco;</p> <p>16-Observar o paciente por alguns minutos, mantendo-o em repouso;</p> <p>17-Recolher o material utilizado e descartar os perfuro cortantes em recipiente apropriado;</p> <p>18-Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>19-Checar o procedimento;</p> <p>20-Fazer anotação de enfermagem colocando o local onde foi feito a aplicação ou qualquer intercorrência.</p> | <p>04- Remover sujidades/microrganismos;</p> <p>06-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação;</p> <p>08- Reduzir a transmissão de microrganismo e proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais;</p> <p>14-Evitar possíveis complicações tais como abscessos, flebites, tromboflebites, que são as infecções mais comuns decorrentes da injeção por via endovenosa e evita recontaminação por bactérias da pele;</p> <p>15- Evitar a formação de hematoma;</p> <p>16-Identificar possíveis intercorrências;</p> <p>17- Manter o ambiente em ordem e prevenir acidentes;</p> <p>18-Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>19-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>20-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|---|

ADMINISTRAÇÃO POR ACESSO VENOSO JÁ INSTALADO:

01-Repetir itens 01 a 08;

02-Limpar a conexão do acesso venoso com álcool a 70%;

03-Conectar a seringa com medicação ao acesso venoso;

04-Bloquear o acesso do soro durante o período de administração do medicamento;

05-Tracionar o êmbolo da seringa até que reflua uma pequena quantidade de sangue;

06-Injetar todo o medicamento, no tempo recomendado;

07-Retirar a seringa, recolocar a proteção do cateter venoso ou reconectar o equipo no cateter, restabelecer a infusão de soro e rever o gotejamento ou fazer a salinização do cateter;

08-Observar sinais de infiltração, queixas de dor, desconforto ou alterações no paciente;

09-Observar o paciente por alguns minutos, mantendo-o em repouso;

10-Recolher o material utilizado e descartar os perfuro cortantes em recipiente apropriado;

11- Retirar as luvas e higienizar as mãos;

12-Checar o procedimento;

13-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

02- Remover os microrganismos colonizantes e evitar assim, a introdução dos mesmos no vaso, durante o procedimento;

09-Identificar possíveis intercorrências;

10-Deixar o ambiente em ordem e prevenir acidentes;

11-Reduzir transmissão de microrganismos;

12-Informar que a ação foi realizada;

13-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).

7-RECOMENDAÇÕES:

- A medicação administrada por esses métodos geralmente produz efeito rápido, de modo que o cliente deve ser monitorado em relação ao aparecimento de reações adversas, tais como arritmia cardíaca e anafilaxia.
- A observação do local da punção deve ser rigorosa, o extravasamento intravenoso (infiltração) para o tecido subjacente poderá trazer sérias complicações para o paciente.
- Ao retirar o dispositivo intravenoso, deve-se pressionar o local com bola de algodão seco por 2 minutos.
- Calibre dos dispositivos:
Adulto scalp: 19G, 21G, 23G
Catéter flexível: 14G, 16G, 18G, 20G, 22G
Criança scalp: 25G, 27G
Catéter flexível: 22G, 24G
- Em caso de dor, edema ou de flebite, interrompa a infusão imediatamente e retire o dispositivo.
- Verifique a compatibilidade entre medicamentos administrados simultaneamente (em conexões Y).
- Consulte sobre a compatibilidade entre medicamentos e os diluentes/soluções a serem utilizados.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I.; **Fundamentos de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. SWEARINGEN, Pamela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2001.
6. TAYLOR, Carol et. al. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
7. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MEDICAÇÃO VIA INTRADÉRMICA

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: Administração de soluções com absorção lenta e, fins diagnóstico. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: diagnosticar reações de hipersensibilidade (provas de PPD para TB e SHICK para difteria), sensibilidade de algumas alergias, dessensibilização e vacina. Contraindicação: presença de lesões nos locais de aplicação. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Aparecimento de edema, rubor e dor; • Lesão da derme, se técnica incorreta. | |
| 5-MATERIAL: Bandeja, seringa de 1 ml, agulha para aspirar 25X7,13x4.5, bolas de algodão ou 25X8, medicamento prescrito, luvas de procedimento, álcool a 70%. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Conferir a prescrição e reunir o material necessário; | 01- Evitar erros e facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02-Reduzir transmissão de microorganismos; |
| 03-Desinfetar as tampas e ampolas com álcool 70%; | 03-Remover sujidades/microorganismos ; |
| 04- Aspirar o medicamento utilizando agulha de 25x7 e seringa de 1 ml, sem deixar ar no interior; | |
| 05- Trocar a agulha por outra de 13x4,5; | |
| 06-Levar a bandeja com o material para o quarto do paciente; | |
| 07-Explicar o procedimento ao paciente; | 07-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 08-Colocar o paciente na posição mais adequada; | |
| 09-Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento; | 09- Reduzir a transmissão de mocrorganismos e proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais; |
| 10- Ao mesmo tempo em que apóia o antebraço do cliente com sua mão, estique a pele com o polegar e indicador; | |
| 11-Introduzir a agulha(somente o bisel apontado para | |

| | |
|--|--|
| <p>cima) fazendo um ângulo de 15 graus, quase paralelamente à superfície da pele, com um movimento delicado, porém firme;</p> <p>12- Injetar lentamente o medicamento prescrito, e observar a formação de pápula;</p> <p>13- Retirar a agulha com um único movimento, rápido e firme;</p> <p>14- Não fricção nem massageie o local da pápula e oriente o paciente a não coçar nem esfregar o local</p> <p>15- Recolher o material;</p> <p>16- Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>17- Checar o procedimento;</p> <p>18- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>14- Evitar causar irritação no tecido subjacente e comprometer a absorção;</p> <p>15- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>16- Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>17- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>18- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Para testes de alergias e reações de hipersensibilidade, o local utilizado é face ventral do antebraço (por ser pobre em pêlos e local da pele mais claro).
- Vacina BCG – inserção inferior do músculo deltóide do braço direito.
- Agulha 13 X 4,5 ou 13 X 3,8
- Grupo etário: qualquer idade
- Áreas de aplicação: face ventral do antebraço e área escapular
- Administre um volume máximo de 0,5 ml.
- As seringas de aplicação têm capacidade para 1 ml e apresentam graduações em decimais ou centesimais.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I.; **Fundamentos de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. SWEARINGEN, Pamela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2001.
6. TAYLOR, Carol et. al. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
7. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO

1-FINALIDADE:

Umificar as vias respiratórias, fluidificar secreções da membrana mucosa do trato respiratório, para facilitar sua expulsão e ajudar no tratamento medicamentoso de doenças pulmonares.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento, com prescrição médica

Contraindicação: pacientes com claustrofobia, pacientes com traumas ou queimaduras no rosto.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO/PONTOS CRITICOS:

- Intoxicação por concentrações altas de oxigênio;
- Ressecamento da córnea, mucosa oral;
- Sensação de sufocamento.

5-MATERIAIS:

Bandeja, inalador, fluxômetro, SF 0,9%, medicamento prescrito.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de enfermagem | Justificativa |
|--|---|
| 01- Higienizar as mãos; | 01-Diminui os microrganismos e profilaxia da infecção cruzada; |
| 02- Conferir a prescrição e reunir todo o material e levar junto ao paciente; | 02- Evitar erros e facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03- Colocar o SF 0,9% no reservatório do inalador e medicação, conforme prescrição médica; | |
| 04- Orientar o paciente sobre o procedimento; | 04- Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 05- Colocar o paciente em posição de “Fowler”; | 05- Permite que as micropartículas penetrem profundamente nas vias aéreas; |
| 06- Montar o sistema e conectar o inalador a rede de oxigênio ou ar comprimido através do fluxômetro; | 06- Para que o fluxo aja diretamente sobre o medicamento que está no nebulizador; |
| 07- Regular o fluxo de oxigênio ou ar comprimido de acordo com a prescrição através do fluxômetro, verificando se há saída de névoa do inalador; | |
| 08- Colocar a máscara sobre a face do paciente delicadamente e orienta-lo a respirar tranquilamente; | |
| 09- Manter a nebulização/inalação durante o tempo | |

| | |
|---|--|
| <p>indicado e observar o paciente;</p> <p>10- Deixar o paciente confortável;</p> <p>11- Recolher o material para limpeza e guarda;</p> <p>12- Higienizar as mãos;</p> <p>13- Checar o procedimento;</p> <p>14-Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>10- Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>11- Manter em ordem o ambiente;</p> <p>12- Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>13- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>14-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em casos de insuficiência respiratória, deve-se deixar preparado material para intubação endotraqueal. • As máscaras, traquéias e frascos de nebulização devem ser lavadas e colocados em solução desinfetante, seguindo as orientações do NCIH. Após a nebulização, é importante estimular a tosse e exercícios de respiração profunda, favorecendo a eliminação de secreções. <ul style="list-style-type: none"> • Observar e anotar os sinais vitais, o nível de consciência e a perfusão periférica. • Manter os inaladores dentro de um saco plástico, junto ao leito. • O sistema de nebulização deve ser trocado a cada 24 horas. • Observar o paciente por alguns minutos e verificar a pressão arterial, pulso e frequência respiratória. • Os líquidos usados em nebulizadores/inaladores deverão ser estéreis. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS :</p> <p>1. CARMAGNANI, M. I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> | |

CURATIVO DE INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

| | |
|---|--|
| 1-FINALIDADE: Prevenção de infecções e saída acidental. | |
| 2- INDICAÇÃO / CONTRA INDICAÇÃO: Indicação: todo paciente com cateter venoso central. Contra indicação: não há. | |
| 3- RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.???? | |
| 4- RISCO / PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tração acidental do cateter; ▪ Contaminação na execução do procedimento; ▪ Perda da permeabilidade do cateter por dobra. | |
| 5- MATERIAL: Bandeja, pacote de curativo, gazes, clorexidine alcoólica 0,5%, álcool 70% ou PVPI tópico, luva de procedimento, máscara, película transparente, adesivo hipoalergênico e luvas estéreis(se necessário). | |
| 6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Conferir a prescrição e reunir o material necessário; | 01-Evitar erros e facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Orientar o paciente e a família sobre o procedimento; | 02-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 03- Colocar máscara; | 03-Proteger o trabalhador durante o exercício de suas Atividades e reduzir transmissão de microrganismos; |
| 04- Posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal com o rosto voltado para o lado oposto ao que está o cateter; | |
| 05- Higienização das mãos e colocar luvas de procedimento; | 05-Reduzir transmissão de microorganismo e proporcionar barreira física entre as mãos e fluidos corporais; |
| 06- Abrir o pacote de curativo; | |
| 07- Retirar curativo anterior, com pinça dente de rato ou com as mãos enluvasadas, de forma cautelosa, fazer expressão na inserção; | 07- Para não lesionar a pele ou exteriorizar o cateter e averiguar possíveis sítios infecciosos; |
| 08- Umedecer a gaze com solução antisséptica e, com o auxílio de pinça aplicá-la na área mais próxima do cateter em movimentos circulares no sentido de dentro para fora (repetir o procedimento pelo menos três | 08-Evitar transferência de microrganismos de volta à área limpa; |

| | |
|---|---|
| <p>vezes);</p> <p>09- Proteger a inserção do cateter com gaze estéril;</p> <p>10- Com auxílio de uma pinça, umedecer gaze em solução antisséptica e aplicar na pele ao redor do cateter a partir da periferia da área anteriormente tratada. Executar movimentos circulares cada vez mais amplos, sem nunca retornar com a mesma gaze ao local já aplicado. Limpar uma área de aproximadamente 10 cm de diâmetro.Repetir o procedimento pelo menos três vezes;</p> <p>11- Com uma gaze embebida de solução anti-séptica, limpar toda a extensão do cateter, com movimentos da proximal para distal, repetindo o movimento se necessário;</p> <p>12- Depois que a solução secou, cubra o local com um curativo de gaze ou semi-permeável transparente. Anote data e hora do curativo;</p> <p>13- Retirar o material e levar ao expurgo;</p> <p>14- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;</p> <p>15- Checar o procedimento;</p> <p>16-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>14-Reduzir transmissão de microorganismo;</p> <p>15- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>16-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Utilizar SF 0,9% para limpeza local, quando houver lesão de pele.
- A inspeção e expressão da inserção do cateter deve ser feita diariamente, atentando-se para o aspecto da pele ao redor, pois algumas vezes pode apresentar-se alterada (hiperemia ou lesão) devido a processos alérgicos ou trocas freqüentes de curativos.
- Nas primeiras 24 horas, o curativo deverá ser realizado com gaze e adesivo.
- Não utilizar película se houver exudato no ponto de inserção, neste caso, realizar curativo com gaze e adesivo.
- A retirada do curativo anterior deve ocorrer de maneira cautelosa, a fim de não lesar a pele e não exteriorizar o cateter.
- O cateter deve estar afixado com pontos e coberto com um pequeno curativo, sem muito micropore ou esparadrapo, para evitar contaminação.
- O curativo deve ser trocado sempre que houver sinais de umidade ou presença de sujidade.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. KAWAMOTO, Emilia E.; FORTES, Julia I.; **Fundamentos de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. SANTOS, A. E.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, C. S. **Procedimentos especializados**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
6. SWEARINGEN, Pamela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2001.

CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA SIMPLES

1-FINALIDADE:

Manter integridade da pele livre de contaminação, proporcionando cicatrização eficaz.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: Feridas cirúrgicas, com boa cicatrização, sem presença de secreção. Em geral são indicadas a partir do primeiro ou segundo dia do pós-operatório.

Contraindicação: Pós operatorio imediato, devendo aguardar por 24 horas para o 1º curativo, salvo sangramento intenso.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de enfermagem

4-RISCOS E PONTOS CRÍTICOS:

Alergia a fita adesiva escolhida (micropore ou esparadrapo);

Prurido ao redor da ferida;

Rompimento de pontos (sutura);

Contaminação na execução do procedimento.

5-MATERIAL:

Saco plástico, pacote de curativo, gaze estéril, fita adesiva, soro fisiológico 0,9%, luvas de procedimento, máscara descartável.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de enfermagem | Justificativa |
|---|---|
| 1ª etapa: Remoção do curativo anterior: | |
| 01- Reunir todo material e levar para o quarto; | 01-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02-Colocar máscara e higienizar as mãos; | |
| 03-Explicar procedimento ao paciente; | 03-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 04-Colocar o paciente em posição adequada; | 04-Facilitar o acesso do profissional; |
| 05- Abrir o pacote de curativo em cima do carrinho de curativo ou mesa auxiliar; | |
| 06-Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo; | 06-Evitar contaminação do campo; |
| 07-Abrir as gazes no campo estéril do pacote de curativos; | 07-Manter o material estéril; |
| 08-Calçar luvas de procedimento; | 08-Proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais; |
| 09-Remover a fita adesiva ou adesivo com auxílio da pinça dente de rato ao longo do eixo longitudinal da incisão, | |

| | |
|---|---|
| <p>apoiando com a outra mão para manter afastada a pele da fita;</p> <p>10-Desprezar o curativo no saco plástico;</p> <p>11-Observar a incisão quanto às características das bordas, presença de hiperemia, edema, calor ou dor local, saída de secreção, integridade dos pontos e também observar o aspecto da pele ao redor da incisão;</p> <p>12-Separar a pinça dente de rato.</p> <p>2ª etapa:limpeza da incisão cirúrgica:</p> <p>13- Dobrar a gaze com auxílio das pinças Kelly e anatômica;</p> <p>14- Umedecer a gaze com SF 0,9%;</p> <p>15- Realizar com auxílio da pinça Kelly a limpeza da incisão cirúrgica em sentido único,utilizando as duas faces da gaze(sem movimentos de vaivém), trocando as gazes sempre que necessário;</p> <p>16- Limpar as regiões laterais da incisão cirúrgica, retirando as marcas do antigo adesivo;</p> <p>17- Secar a incisão com gaze em sentido único;</p> <p>18- Desprezar as gazes utilizadas em saco plástico;</p> <p>3ª etapa:Proteção da incisão cirúrgica:</p> <p>19- Ocluir a incisão com gaze dobradas ao meio e fixar com fita adesiva;</p> <p>20- Retirar as luvas de procedimento;</p> <p>21- Posicionar o paciente confortavelmente;</p> <p>22- Higienizar as mãos;</p> <p>23-Checar o procedimento;</p> <p>24-Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>14-A gaze deve estar úmida para permitir a absorção dos resíduos da ferida;</p> <p>15-Evitar transferência de microrganismos de volta à área limpa;</p> <p>19-Isolar o curativo do meio ambiente, protegendo a ferida;</p> <p>21-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>22-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>23- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>24-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Restringir a área de cobertura da incisão (gaze e fita adesiva)a menor possível.
- Proceder a desinfecção da bandeja ou da mesa auxiliar, com solução de álcool 70%.
- Após cada curativo, encaminhar o material utilizado ao expurgo da unidade.
- Se a incisão estiver seca no período de 24 a 48 horas, não há necessidade de oclusão, pois já se formou a rede de fibrina protetora impossibilitando a entrada de microorganismos, e esta pode ser lavada com água corrente e espuma de sabão durante o banho.
- Realizar o curativo sempre após a higiene corporal.
- A cobertura da incisão pode ser realizada de forma convencional(gaze e fita adesiva hipoalergênica), película transparente ou película pós-operatório.

8-REFERÊNCIAS:

1. FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde.Vigilância em Saúde. **Protocolo de cuidados de feridas**. Brasil: IOESC, 2007. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/PROTOCOLO_FERIDA_26_08_2008_atual.pdf>. Acesso em 6 out. 2009.
2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
3. SANTOS, A. E.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, C. S. **Procedimentos especializados**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
4. SWEARINGEN, Pamela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2001.

CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA COM DEISCÊNCIA E/OU SAÍDA DE SECREÇÃO

1-FINALIDADE:

Recuperar integridade local, diminuindo secreções infectantes e proporcionar conforto ao paciente.

2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: a todos os pacientes com incisão e/ou ferida operatória contaminada com secreção ou não.

Contraindicação: pós-operatório imediato, devendo aguardar por 24 horas para o 1º curativo, salvo sangramento intenso.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros.

4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS:

Alergia a fita adesiva escolhida (micropore ou esparadrapo);

Prurido ao redor da ferida;

Rompimento de pontos (sutura);

Contaminação na execução do procedimento.

5-MATERIAL:

Gaze, máscara, luvas de procedimento, pacote de curativo, SF 0,9%, fita adesiva ou adesivo impermeável, saco plástico para lixo, seringa 20ml, agulha 40x12.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| 1ª etapa: Remoção do curativo anterior: | |
| 01- Colocar máscara e higienizar as mãos; | 01-Proteção individual e reduzir a transmissão de Microrganismos; |
| 02- Reunir todo material e levar até o paciente; | 02-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03- Explicar procedimento ao paciente; | 03-Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; |
| 04- Colocar o paciente em posição adequada; | 04-Facilitar o acesso à área do curativo; |
| 05- Abrir o pacote de curativo em cima do carrinho de curativo ou mesa auxiliar; | |
| 06- Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo; | 06-Evitar contaminação do campo; |
| 07- Abrir as gazes no campo estéril do pacote de curativos; | 07-Manter o material estéril; |
| 08- Calçar luvas de procedimento*; | 08- Proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais; |

| | |
|---|---|
| <p>09- Remover a fita adesiva ou adesivo com auxílio da pinça dente de rato;</p> <p>10- Desprezar o curativo no saco plástico;</p> <p>11- Observar a incisão quanto as características das bordas, presença de hiperemia, edema, calor ou dor local, saída de secreção, integridade dos pontos e também observar o aspecto da pele ao redor da incisão</p> <p>12- Separar a pinça dente de rato;</p> <p>2ª etapa:Limpeza da incisão cirúrgica:</p> <p>13- Fazer expressão do local até cessar ou diminuir a saída de exudato;</p> <p>14- Realizar irrigação com solução fisiológica 0,9%, utilizando seringa de 20ml e agulha 40X12 ou frasco de SF 0,9% perfurado com agulha 40X12. Se necessário, remover exsudatos e/ou fibrina e/ou restos celulares da lesão;</p> <p>15- Secar a região peri-lesional.</p> <p>3ª etapa:Proteção da incisão cirúrgica:</p> <p>16- Aplicar no leito da ferida a cobertura indicada;</p> <p>17-Colocar a cobertura secundária e fixar com fita adesiva, se necessário;</p> <p>18- Posicionar o paciente confortavelmente;</p> <p>19-Fechar o saco plástico utilizado para desprezar o material sujo;</p> <p>20-Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;</p> <p>21-Checar o procedimento;</p> <p>22-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>17- Isolar o curativo do meio ambiente, protegendo a ferida;</p> <p>18-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>20-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>21- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>22-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- As feridas com drenos devem ficar ocluídas e, sempre que ficarem úmidas, o curativo precisa ser trocado.
- Os drenos de Penrose são bastante utilizados com o objetivo de drenar secreções contidas e auxiliar no processo de cicatrização. A exteriorização ou retirada deste dreno deve ser orientada pelo cirurgião. O curativo do dreno de Penrose deve ser isolado do curativo da incisão, sempre que possível, e trocado todas as vezes que apresentar umidade.
- O material retirado não pode ser jogado no lixo do quarto, mesmo que seja considerado limpo.
- Para fazer curativos, pode-se utilizar o carro de curativo, mas ele precisa ser limpo com álcool 70% após cada curativo. O saco de lixo deve ser trocado a cada procedimento, e o carro só deve conter o material para um curativo por vez.
- A utilização de luvas de procedimento é indicada para proteger o profissional no manuseio do curativo.
- Ao final do curativo, na fita adesiva, a data da troca do curativo.

8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, M. I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. **Protocolo de cuidados de feridas.** Brasil: IOESC, 2007. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/PROTOCOLO_FERIDA_26_08_2008_atual.pdf>. Acesso em 6 out. 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
3. SANTOS, A. E.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, C. S. **Procedimentos especializados.** São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
4. SWEARINGEN, Pamela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2001.

1-FINALIDADE:
 Instalar cateter em trajeto venoso periférico para coleta de sangue venoso; infusão contínua de soluções; administração de medicamentos; manutenção de uma via de acesso venosa; administração intermitente de medicamentos (por meio de salinização do cateter).

2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO:
Indicação: Desidratação em adultos e crianças, reposição de volumes estéreis, administração de drogas de uso contínuo e hemoderivados. Manter via de acesso rápido em situações emergenciais.
Contraindicação: Hiperemia, flebites, edemas, escoriações, queimaduras e fraturas presentes no local da punção.

3-RESPONSABILIDADE:
 Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS:

- Hematoma local;
- Sinais flogísticos;
- Extravasamento de líquido local;
- Punção arterial acidentalmente.

5- MATERIAIS:
 Bandeja, garrote, bolas de algodão, álcool 70%, cateter venoso apropriado, esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica, luvas de procedimento, etiqueta ou fita adesiva, escala de soro, equipo de soro, suporte de soro.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| 01-Conferir a prescrição médica e reunir o material necessário em uma bandeja; | 01-Evitar erros e facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02-Levar a bandeja até o paciente e colocar na mesa auxiliar; | |
| 03-Explicar o procedimento ao paciente; | 03-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 04-Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento; | 04-Reduzir a transmissão de microrganismos e proporcionar barreira física entre as mãos e fluidos corporais; |
| 05-Escolher o local do acesso, expor a área de aplicação e verificar as condições das veias; | |
| 06-Colocar o paciente na posição mais adequada e solicitar que o paciente mantenha o membro imóvel | |

| | |
|---|---|
| <p>07-Garrotear o membro a ser puncionado, +/- 4cm acima do local de inserção do dispositivo venoso (se o garrote não dilatar as veias, fazer com que o cliente abra e feche as mãos frouxadamente algumas vezes.Em seguida peça para o paciente permanecer com a mão frouxadamente fechada enquanto a agulha é inserida, devendo abrir a mão quando a agulha estiver no local);</p> <p>08-Fazer antissepsia do local com algodão embebido em álcool 70% em movimentos circulares do centro para as extremidades;</p> <p>09-Manter o algodão seco ao alcance das mãos;</p> <p>10-Tracionar a pele para baixo, com o polegar, abaixo do local a ser puncionado;</p> <p>11-Introduzir o cateter , paralelamente à pele, com bisel voltado para cima em um ângulo aproximadamente de 30 a 45°;</p> <p>12-Observar o refluxo sanguíneo e retirar o guia;</p> <p>13-Soltar o garrote e pedir ao paciente que abra a mão;</p> <p>14-Fixar o dispositivo venoso com esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;</p> <p>15-Conectar o sistema de infusão ao cateter venoso, ou seringa para coletar sangue, ou proceder a salinização do cateter;</p> <p>16-Observar se há sinais de infiltração ou extravasamento do líquido infundido, além de queixas de dor ou desconforto;</p> <p>17-Orientar o paciente sobre os cuidados para manutenção do cateter, como evitar atrito, umedecer ou tracionar o cateter, não desconectar a linha de infusão ou tampa de proteção do cateter e não pressionar o membro onde o cateter está instalado;</p> <p>18-Deixar o paciente confortável;</p> <p>19-Recolher o material e encaminhar ao expurgo;</p> <p>20- Descartar os perfuro cortante em local apropriado;</p> <p>21- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;</p> | <p>07-Propiciar dilatação da veia. A abertura e o fechamento repetidos da mão podem causar hemoconcentração, alterando resultados do hemograma completo;</p> <p>08- Remover os microrganismos colonizantes e evitar assim, a introdução dos mesmos no vaso, durante o procedimento;</p> <p>10-Favorecer a imobilização da veia;</p> <p>12-Confirmar o posicionamento do cateter na veia;</p> <p>14- Evitar o deslocamento do cateter</p> <p>18-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>19-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>20-Prevenir acidentes;</p> <p>21-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> |
|---|---|

22-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário descrevendo a punção, número do cateter, local puncionado e dificuldades encontradas.

22- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).

7. RECOMENDAÇÕES:

- Ao escolher a veia, deve-se levar em consideração as condições das mesmas, tipo de solução a ser infundida e o tempo de infusão. Se possível, escolher o membro superior não dominante para que o paciente possa movimentar-se mais à vontade.
- As veias mais indicadas para receber infusão são: cefálica inferior, cefálica assessória, basílica e metacarpianas. Evitar usar veias antecubitais pela limitação de movimentos do paciente, a não ser que se utilizem dispositivos venosos flexíveis.
- Deve-se fazer o rodízio das punções a cada 72 horas, no máximo, mesmo que a veia pareça íntegra. A outra punção deve ser feita o mais longe possível da primeira.
- Realizar limpeza com álcool a 70% nas conexões a cada uso.
- Em caso de punção difícil, com necessidade de palpação da veia durante o procedimento, usar luvas esterilizadas.
- Prefira veias calibrosas para administração de fármacos irritantes ou muito viscosos, a fim de diminuir o traumatismo do vaso e facilitar o fluxo.
- Evitar puncionar veias esclerosadas ou membros paralisados, edemaciados ou com lesões, além do membro ipsilateral a mastectomia.
- Na retirada do cateter venoso, pressione o local da punção com uma bola de algodão (por 3 min) retire-a e aplique um curativo adesivo no local.
- Em pacientes que apresentem excesso de pêlos no membro a ser garroteado deve-se, antes de garrotear , proteger o local com papel toalha evitando assim o desconforto do paciente.
- Anotar na fita adesiva(no local da punção) a data da punção para o controle do rodízio.

8. REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, M. I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.

INSTALAÇÃO DE DISPOSITIVO VENOSO SALINIZADO

| <p>1-FINALIDADE: Manter a perviedade do cateter venoso periférico para a administração de medicamentos à infusões intermitentes.</p> | |
|---|--|
| <p>2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: pacientes que não necessitam mais de infusões contínuas de líquidos. Manter via de acesso rápido em situações emergenciais. Contraindicação: hiperemia, flebites, edemas, escoriações, queimaduras e fraturas presentes no local da punção.</p> | |
| <p>3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.</p> | |
| <p>4-RISCOS E PONTOS CRÍTICOS: Hematoma, flebite, trombose e oclusão</p> | |
| <p>5-MATERIAL: Bandeja, garrote, Álcool a 70%, bolas de algodão cateter venoso(flexível ou rígido), seringa, solução fisiológica 0,9%-10 ml, esparadrapo ou micropore, extensor tipo polifix, luvas de procedimento.</p> | |
| <p>6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Higienizar as mãos; | 01-Reduzir transmissão de microorganismo; |
| 02- Reunir todo material numa bandeja e levar até o paciente; | 02-A organização propicia a utilização eficiente do Tempo; |
| 03- Explicar o procedimento ao paciente; | 03- Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 04-Calçar luvas de procedimento; | 04-Proporcionar barreira física entre as mãos e fluidos corporais |
| 05- Adaptar ao extensor a seringa com solução fisiológica e encher a câmara do extensor com esta solução; | 05-Retirar o ar de dentro da câmara vazia; |
| 06- Garrotear o membro escolhido; | 06- Distender a veia; |
| 07- Fazer a antisepsia no local onde será feita a punção; | 08- Remover os microrganismos colonizantes e evitar assim, a introdução dos mesmos no vaso durante o procedimento; |
| 08- Fazer a punção com o cateter escolhido (ver pág. 58); | |
| 09- Adaptar o extensor ao cateter venoso, aspirar até obter refluxo sanguíneo e injetar 3 ml de SF 0,9%(a injeção da solução deve ser interrompida pelo fechamento do clampe do tubo em Y, do tubo extensor ou da válvula da torneirinha); | 09-Confirma a presença do cateter na veia; |

| | |
|--|--|
| <p>10- Fixar o dispositivo com esparadrapo ou micropore;</p> <p>11- Clampear o extensor, retirar a seringa e fechar a extremidade do dispositivo com a tampa tomando cuidado para não contaminá-lo neste momento;</p> <p>12- Recolher todo material e deixar a unidade do paciente em ordem e encaminhar o material ao expurgo;</p> <p>13- Descartar o material perfuro cortante em local apropriado e os demais em saco de lixo branco;</p> <p>14- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>10-Evitar deslocamento do cateter;</p> <p>12-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>13-Prevenir acidentes;</p> <p>14-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- A cada procedimento, é necessário fazer irrigação antes e após a administração de medicamentos.
- Examine a pele em torno da punção em busca de sinais de infiltração, tais como edema ou amolecimento. Caso sejam observados alguns desses sinais, interrompa a injeção e intervenha de maneira adequada.
- Verificar a data de inserção do cateter. O cateter não deve permanecer no mesmo local por mais de 72 horas.
- Verificar a presença de dor e edema. Nesse caso, retirar o dispositivo imediatamente.
- Observar periodicamente se há sinais de flebite ou infiltração no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto do paciente.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
4. SANTOS, A. E.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, C. S. **Procedimentos especializados**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
5. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

1-FINALIDADE:

Manter integridade cutânea, proporcionando conforto ao paciente.

2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: a todos os pacientes debilitados, acamados, emagrecidos, cirurgias de grande porte ou ortopédicas, obesidade, pacientes em coma e/ou entubados, e todos aqueles que após avaliação, o enfermeiro julgar necessário.

Contraindicação: não há.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS:

- Queda do leito e/ou cadeira ao manuseio do paciente;
- Falha na execução da técnica.

5-MATERIAL:

Material de higiene íntima, roupas de cama, coxins, creme hidratante, colchão piramidal(caixa de ovo), AGE, filme transparente, algodão ortopédico, atadura de crepe, coxins ou almofadas.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|---|
| 01- Aplicar a escala de Braden e classificar o paciente que está em risco de desenvolver úlcera por pressão; | 01-Prevenir ocorrência de úlceras de pressão; |
| 02- Manter a pele limpa e hidratada; | 02-O ressecamento cutâneo prejudica a elasticidade da pele tornando-a susceptível à ruptura; |
| 03-Evitar água quente e fricção; | |
| 04-Evitar massagear a pele sobre proeminências ósseas; | 04-Ocorre redução do fluxo na pele associada à diminuição significativa da temperatura e degeneração do tecido; |
| 05-Realizar limpeza imediata após evacuação e urina; | 05-Evitar irritação da pele; |
| 06-Proporcionar o paciente em posição anatômica e confortável; | |
| 07-Identificar lesões, classificá-las e instituir tratamento; | |
| 08-Manter lençóis esticados e secos; | 08-Evitar as dobras que geram pontos de pressão e maceração; |
| 09-Mudança de decúbito de 2/2 horas(salvo contraindicação médica); | |
| 10-Mobilizar o paciente em lençol móvel(sem arrastá-lo); | |
| 11-Trocar curativos de lesões e estomas sempre que estiverem saturados; | |

| | |
|--|--|
| <p>12- Colocar sentados os pacientes acamados, várias vezes ao dia, sempre que houver possibilidade (a cada 15 a 30 min, mudá-lo de posição na poltrona, levantando-o e sentando-o novamente);</p> <p>13- Elevar a cabeceira do leito o mínimo possível, se não houver contraindicação. Se necessário, a elevação não deve ultrapassar 30°. Isto também se aplica ao decúbito lateral;</p> <p>14-usar travesseiros e coxins;</p> <p>15-Aquecer as extremidades(se frias);</p> <p>16- Realizar movimentação passiva dos membros;</p> <p>17-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>14-Reduzir as áreas de pressão;</p> <p>15-Evitar vasoconstrição e conseqüente isquemia;</p> <p>17- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Manter o paciente coberto com lençóis, e descobrir somente as regiões do corpo a serem examinadas.
- Realizar treinamento e capacitação dos funcionários quanto às técnicas de mobilização, posicionamentos adequados e cuidados preventivos na utilização de equipamentos e acessórios, conscientizando-os de sua importância.
- A aplicação da escala de Braden é atividade exclusiva do enfermeiro.
- A escala de Braden deve ser aplicada por ocasião da admissão de todos os pacientes das unidades de internação de adultos e em crianças/adolescentes de 12 a 18 anos. No período de internação, deve ser realizada semanalmente e/ou a cada mudança do estado clínico.

8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, M. I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
3. SANTOS, A. E.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, C. S. **Procedimentos especializados.** São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).

1-FINALIDADE:

Realizar retirada de sangue venoso para dosagem de exames laboratoriais.

2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: realização de exames laboratoriais, tipagem e reservas de hemoderivados.

Contraindicação: distúrbios de coagulação.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

OBS: não se trata de procedimento específico da Enfermagem.

4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS:

Hematoma no local da punção; extravasamento, sangramentos no local; integridade da pele prejudicada; punção arterial acidentalmente; hemólise do material coletado, dor, material insuficiente para o exame.

5-MATERIAL:

Bandeja, etiqueta para identificação, luvas de procedimento, garrote, bolas de algodão/almotolia com álcool a 70%, agulha com seringa, frasco apropriado, devidamente identificado.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de enfermagem | Justificativa |
|---|--|
| 01- Higienizar as mãos; 02- Reunir o material necessário numa bandeja, com os frascos identificados; 03- Levar a bandeja até o paciente; 04-Solicitar ao paciente que mantenha o braço imóvel; 05- Manter o algodão seco ao alcance das mãos; 06- Verificar a rede venosa dos MMSS e escolher uma veia calibrosa; 07- Calçar luvas de procedimento; 08- Colocar o garrote 4 cm acima da veia a ser puncionada e pedir ao paciente que feche a mão; 09- Fazer a antisepsia com álcool 70%; 10- Introduzir a agulha (com o bisel para cima) no local escolhido (veia); | 01-Reduzir transmissão de microorganismo; 02-Propiciar a utilização eficiente do tempo e evitar erros; 05-Proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais ; 08-Distender a veia; 09- Remover os microrganismos colonizantes e evitar assim, a introdução dos mesmos no vaso, durante o procedimento; |

| | |
|---|---|
| <p>11- Aspirar a quantidade de sangue desejada;</p> <p>12- Soltar o garrote e solicitar ao paciente que abra a mão;</p> <p>13- Comprimir o local de punção sem dobrar o braço do paciente, solicitando que o mesmo continue a comprimir por mais dois ou três minutos;</p> <p>14- Colocar o sangue nos frascos, deixando que o sangue escorra lentamente pelas paredes dos mesmos;</p> <p>15- Movimentar o tubo para misturar seu conteúdo, caso tenha anticoagulante;</p> <p>16- Recolher o material do quarto, desprezando a agulha e a seringa em recipiente apropriado. Não reencapar a agulha, e os demais encaminhar ao expurgo e desprezar em saco de lixo branco;</p> <p>17- Lavar a bandeja com água e sabão, limpar com álcool 70% e guardar em local apropriado;</p> <p>18- Retirar as luvas de procedimento;</p> <p>19- Deixar o paciente confortável;</p> <p>20- Higienizar as mãos;</p> <p>21- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário;</p> <p>22- Enviar o material ao laboratório após protocolar em livro próprio, o mais rápido possível.</p> | <p>11-Variação de acordo com o tipo de exame;</p> <p>13-Evitar sangramento;</p> <p>16-Prevenir acidentes</p> <p>17-Limpar, desinfetar e organizar o ambiente;</p> <p>19-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>20-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>21-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Na dúvida sobre a quantidade de material a ser coletado, ou sobre o frasco adequado, entrar em contato com o laboratório ou banco de sangue, para não invalidar a amostra.
- Certificar-se do destino correto de cada exame, lembrando que estes são muito importantes para a evolução do tratamento do paciente.
- Cada amostra de sangue deve ser coletada por uma nova punção, não sendo recomendável coletar sangue de cateteres ou dispositivos venosos já existentes.
- Jamais coletar amostra de sangue venoso de um braço ou perna que já esteja sendo utilizado para terapia venosa ou administração de sangue.
- Utilizar frascos de acordo com a necessidade de conservação do material coletado e do processamento do exame.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. BRASILIA. Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar –Hospital Regional de Taguatinga. **Protocolos em controle de infecção hospitalar**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00007712.pdf>>. Acesso em 6 out. 2009.
3. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.

COLETA DE HEMOCULTURA

| | |
|---|--|
| 1-FINALIDADE: Realizar retirada de sangue para realizar cultura de microorganismos e detectar possíveis processos infecciosos. | |
| 2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: indicado para pacientes que apresentem processos infecciosos, em uso ou não de antibioticos, com solicitação médica. Contraindicação: não apresentando sinais de infecção. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. OBS: não se trata de procedimento específico da Enfermagem. | |
| 4- RISCO / PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> •Integridade da pele prejudicada; •Hematoma e/ou sangramento local. | |
| 5-MATERIAL: Luvas procedimento, bandeja álcool 70%, gaze, luva estéril, frasco identificado, bandeja, algodão, agulha seringa 10 ml. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação da Enfermagem | Justificativa |
| 01- Preparar o material necessário; 02- Identificar o frasco com nome completo, leito hospitalar e local da coleta; 03-Higienizar as mãos e colocar máscara descartável; 04- Retirar o flip do frasco próprio e realizar a assepsia da borracha com gaze estéril embebida em álcool a 70%. Desprezar a gaze e repetir o procedimento deixando uma gaze com álcool protegendo a borracha até a inoculação do sangue; 05-Calçar as luvas; 06-Colocar o garrote e apalpar levemente as veias do paciente, escolhendo a mais calibrosa e menos móvel; 07-Fazer a antisepsia rigorosa com álcool 70% ou clorexidina alcoólica em movimentos circulares a partir do local a ser feita a punção (centro para fora); Repetir a antisepsia trocando o algodão ou gaze; | 01-Utilizar eficientemente o tempo; 02-Evitar erros; 03-Reduzir transmissão de microorganismo; 05- Proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais; 07-Remover os microrganismos colonizantes e evitar assim, a introdução dos mesmos no vaso, durante o procedimento; |

| | |
|---|---|
| <p>08-Aguardar secar naturalmente , não soprar, abanar ou enxugar e não voltar a tocar com os dedos o local em que foi feita a antissepsia;</p> <p>09-Calçar luvas de procedimento e fazer a punção;</p> <p>10-Coletar sangue assepticamente a quantidade de sangue recomendada;</p> <p>11-Injete o sangue no frasco;</p> <p>12-Fazer compressão firme no local, sem flexionar o braço;</p> <p>13-Retirar as luvas;</p> <p>14-Encaminhar todo material ao expurgo, desprezar agulhas em perfuro cortante em local apropriado e os demais materiais em saco de lixo;</p> <p>15-Lavar a bandeja com água e sabão, limpar com álcool 70% guardar em local apropriado;</p> <p>16-Higienizar as mãos;</p> <p>17-Repetir o procedimento de acordo com a quantidade de amostras solicitadas pelo médico.</p> | <p>08-Evitar contaminação do local a ser puncionado;</p> <p>12-Evitar formação de hematoma;</p> <p>14-Evitar acidentes e manter o ambiente em ordem;</p> <p>15-Limpar e desinfetar a bandeja e organizar o ambiente;</p> <p>16-Reduzir a transmissão de microrganismos.</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- A coleta de sangue para hemocultura deve obedecer a rigorosos princípios de assepsia. É importante evitar a palpação da pele após a anti-sepsia, para diminuir a possibilidade de a flora normal da pele contaminar a amostra.
- Cada amostra de sangue deve ser colhida por uma nova punção, não sendo recomendável colher sangue de cateteres ou dispositivos venosos já existentes, devendo ser identificado o local da punção.
- Quando não for determinado o número de amostras que deverão ser colhidas, utilizar o seguinte esquema:
- Colher em um dos membros a primeira amostra e, após uma hora, colher a segunda amostra em outro membro, preferencialmente.
- Se houver urgência, colher as duas amostras com 15 minutos de intervalo apenas. Neste caso, é obrigatório a punção em outro membro.
- A hemocultura deve ser colhida sempre antes da introdução de antibióticos.
- Quanto ao volume de sangue a ser coletado, devem ser feitas de acordo com as recomendações de cada frasco.
- Após a antissepsia pré-punção da pele, esta área não mais poderá ser tocada com os dedos.
- Não se recomenda a troca de agulhas entre a punção de coleta e a distribuição do sangue no frasco de hemocultura.
- Não se recomenda a coleta de sangue através de cateteres ou cânulas quando se pode utilizar punções venosas.
- Punções arteriais não trazem benefícios na recuperação dos microrganismos, quando comparadas com punções venosas.
- Em crianças menores de 2 anos e pacientes alérgicos ao iodo, utilizar clorexidina alcoólica 2%.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. BRASILIA. Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar –Hospital Regional de Taguatinga. Protocolos em controle de infecção hospitalar. Brasília, 2009. Disponível em:
<<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00007712.pdf>>. Acesso em 6 out. 2009.
3. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. MANUAL para prevenção das infecções hospitalares. São Paulo, 2009. Disponível em:
<http://www.hu.usp.br/arquivos/Manualccih_2005.pdf>. Acesso em 6 out. 2009.

PUNÇÃO ARTERIAL PARA EXAME DE GASOMETRIA

1-FINALIDADE:

Obter amostras de sangue arterial através de punção percutânea.

2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação:

- analisar existência de acidose ou alcalose metabólica; acidose ou alcalose respiratória; saturação de oxigênio e gás carbônico; analisar para formular parâmetros laboratoriais para um diagnóstico diferencial.
- pacientes com DPOC, edema pulmonar, SARA, infarto do miocárdio ou pneumonia;
- durante episódios de choque e em seguida a uma cirurgia de bypass coronariano, reanimação de parada cardíaca, mudanças na terapia ou no quadro respiratório e anestesia prolongada.

Contra-indicação: paciente com distúrbio de coagulação.

3-RESPONSABILIDADES :

Enfermeiros e outros profissionais de saúde, com exceção de auxiliares de enfermagem (Parecer COREN-DF nº 008/2001).

4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS :

- Punção de veia e não artéria;
- Sangramento ou hematoma no local;
- Risco de embolia gasosa;
- Prejuízo da integridade da pele;
- Dor considerável (após agulha tocar o periósteo);
- Lesão do vaso e nervo radial.

5-MATERIAL:

Bandeja, seringa, agulha descartável de calibre adequado ao paciente 30x7, heparina sódica, luvas de procedimento, bolas de algodão, álcool a 70%, gaze, rolha de borracha. Etiqueta de identificação(se necessário).

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| 01- Reunir todo material em uma bandeja; | 01-Propiciar a utilização eficiente do tempo; |
| 02- Fazer etiqueta de identificação com nome, leito, número de registro hospitalar, data e hora da coleta; | 02-Evitar erros; |
| 03- Higienizar as mãos; | 03-Reduzir transmissão de microorganismo; |
| 04- Heparinizar o interior da seringa, tirando todo excesso de heparina logo a seguir; | 04-Evitar coagulação do sangue; |
| 05- Explicar o procedimento para o paciente; | 05-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 06- Calçar as luvas de procedimento; | 06- Proporcionam barreira física entre as mãos e os fluidos corporais; |
| 07-Escolher o local da punção e aplicar uma toalha | 07-Ao hiperestender o punho do paciente sobre uma |

| | |
|---|--|
| <p>enrolada por baixo do punho do paciente;</p> <p>08-Solicitar ao paciente que mantenha o braço imóvel;</p> <p>09-Fazer a antisepsia do local a ser puncionado com algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades;</p> <p>10- Manter o algodão seco ao alcance das mãos;</p> <p>11- Palpar a artéria, colocando a ponta dos dedos indicador e médio sobre a mesma, definindo sua localização;</p> <p>12- Recomenda-se realizar o teste de Allen antes de se puncionar a artéria radial;</p> <p>13- Introduzir a agulha entre as pontas dos dedos formando um ângulo entre 45 a 90 graus;</p> <p>14- Aplicar pressão negativa com a seringa e recuar a agulha lentamente (a entrada da agulha na luz arterial é assinalada pelo aparecimento de sangue pulsátil no canhão da agulha);</p> <p>15- Colher a quantidade de sangue necessária e proceder à firme compressão da artéria puncionada, por 5 minutos, com auxílio de uma gaze;</p> <p>16- Se forem observadas bolhas, remova-as segurando a seringa na vertical e ejetando lentamente parte do sangue em uma compressa de gaze.;</p> <p>17- Ocluir a ponta da agulha com dispositivo não pérfuro cortante (rolha de borracha);</p> <p>18- Identificar a seringa com a etiqueta(ver item 02) e encaminhar imediatamente ao laboratório protocolando no livro de exames;</p> <p>19- Recolher todo material utilizado encaminhar ao expurgo e despreza-lo em local apropriado;</p> <p>20- Deixar o paciente em posição confortável no leito;</p> <p>21- Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>22- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>toalha enrolada, a artéria radial se aproxima mais da superfície da pele, facilitando a punção;</p> <p>11- Determinar se a mão possui adequada irrigação sanguínea pela artéria ulnar, em caso de dano ou oclusão da artéria radial;</p> <p>15-A pressão manual prolongada é essencial no controle do sangramento;</p> <p>16- A presença de ar altera o resultado do exame;</p> <p>17- Isso evitará vazamento da amostra e evitará entrada de ar na seringa;</p> <p>19-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>20-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>21-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>22- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Deve-se fazer o teste de Allen antes de tentar a punção da artéria radial(ver anexos).
- A artéria mais utilizada para punção é radial por ser de fácil acesso, palpável e não estar associada a complicações graves.
- Deve-se evitar a punção repetida no mesmo sítio, pois pode ocorrer dilatação aneurismática no local.
- Se o cliente acabou de receber um tratamento com nebulizador, espere cerca de 20 minutos antes de coletar a amostra.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
4. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

COLETA DE URINA PARA UROCULTURA

| | |
|--|---|
| <p>1-FINALIDADE: Coletar urina com técnica asséptica para analisar presença de microrganismos.</p> | |
| <p>2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: Em caso de paciente com piúria, disúria ou odor fétido na urina, cistite, cistite de repetição e outros sinais e sintomas de infecção. Contraindicação: Ausência de indicação clínica ou pedido de exames.</p> | |
| <p>3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.</p> | |
| <p>4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS: Contaminação da urina coletada por falha na realização da técnica asséptica.</p> | |
| <p>5-MATERIAIS: Bandeja, frasco esterilizado de boca larga com tampa de rosca, etiqueta para identificação, luvas de procedimento, gaze estéril, compressa, água, sabão neutro. Outros materiais: comadre, saco coletor, seringa, agulha de 30 mm x 7 mm, algodão e álcool a 70%, se necessários.</p> | |
| <p>6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> | |
| <p>Ação de Enfermagem</p> | <p>Justificativa</p> |
| <p>01- Reunir o material necessário em uma bandeja;</p> <p>02- Identificar o frasco estéril com o nome do paciente, o leito e o registro hospitalar;</p> <p>03- Higienizar as mãos;</p> <p>04- Levar o material até o paciente;</p> <p>05- Colocar biombo e/ou fechar a porta do quarto;</p> <p>06- Explicar o procedimento ao paciente;</p> <p>07- Calçar as luvas de procedimento;</p> <p>08- Realizar a higiene íntima do paciente com sabão neutro, secando a pele e as mucosas com gaze estéril, da frente para trás, se necessário. Caso contrário, orientar o paciente a fazê-lo ;</p> <p>09- Na mulher, afastar os grandes lábios, lavar a genitália de frente para trás e não usar duas vezes a mesma gaze. No homem, expor a glande;</p> <p>10- Enxaguar com bastante água ou gaze umedecida e</p> | <p>01- Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo;</p> <p>02- Evitar erros;</p> <p>03- Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>05- Promover a privacidade</p> <p>06- Reduzir ansiedade e propiciar cooperação;</p> <p>07- Promover barreira entre as mãos e fluidos corporais;</p> <p>08- Melhor higiene do meato uretral;</p> <p>10- Retirar o excesso de sabonete;</p> |

| | |
|---|--|
| <p>enxugar com toalha limpa ou gaze;</p> <p>11- Coletar urina do jato médio (cerca de 10 ml) diretamente em frasco estéril de boca larga;</p> <p>12- Tampar o frasco;</p> <p>13- Recolher o material utilizado;</p> <p>14- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;</p> <p>15- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário;</p> <p>16- Encaminhar o frasco, ao laboratório, imediatamente ou refrigerá-la (4°C) até 4 horas;</p> <p>PACIENTE COM SONDA VESICAL DE FOLEY:</p> <p>01- Repetir as ações de 01 a 07;</p> <p>02- Clampar a extensão da bolsa coletora pouco abaixo do local apropriado para punção até 30 min;</p> <p>03- Realizar a desinfecção no local apropriado para coleta de urina, com algodão e álcool a 70%;</p> <p>04- Introduzir a agulha de 30 mm x 7 mm, aspirar com seringa, injetar no frasco estéril e tampá-lo;</p> <p>05- Repetir as ações de 14 a 16.</p> | <p>14-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>15- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres);</p> |
| <p>7- RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> •A coleta de urina deve seguir técnica rigorosa, evitando importante contaminação da urina com microbiota da genitália. •O ideal é a coleta da primeira urina da manhã e, se isto não for possível, realize a coleta no mínimo 2 a 3 h após a última micção. •Não utilizar solução antisséptica para a higienização da região íntima do paciente. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BRASILIA. Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar –Hospital Regional de Taguatinga. Protocolos em controle de infecção hospitalar. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00007712.pdf>. Acesso em 6 out. 2009. 2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009. | |

COLETA DE URINA PARA ANÁLISE BIOQUÍMICA

| | |
|--|---|
| 1-FINALIDADE: Auxiliar no diagnóstico e no controle da terapêutica da infecção urinária. | |
| 2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: pesquisa de elementos anormais e sedimentos (EAS) na urina. Contraindicação: Ausência de indicação clínica ou pedido de exames. | |
| 3-RESPONSABILIDADE: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> •Contaminação da urina coletada por falha na realização da técnica. •Se for utilizado bolsa coletora com adesivo, pode causar escoriação na pele. | |
| 5-MATERIAIS: Sabão/álcool gel, frasco, etiqueta, luva de procedimento, algodão, álcool 70%, agulha 30x8, seringa 20 ml. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Reunir o material necessário em uma bandeja; | 01-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Identificar o frasco de acordo com a rotina; | 02-Evitar erros; |
| 03- Higienizar as mãos; | 03-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 04- Levar o material junto ao paciente; | |
| 05- Explicar o procedimento ao paciente; | 05-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 06- Colocar biombo e/ou fechar a porta do quarto; | 06-Promover a privacidade; |
| 07-Realizar a higiene íntima do paciente com sabão neutro, secando a pele e as mucosas com gaze ou toalha, da frente para trás, se necessário. Caso contrário, orientar o paciente a fazê-lo; | 07-Promover o autocuidado; |
| 08-Na mulher, afastar os grandes lábios, lavar a genitália de frente para trás e não usar duas vezes a mesma gaze. No homem, expor a glândula; | |
| 09- enxaguar com bastante água ou gaze umedecida e enxugar com toalha limpa ou gaze; | |
| 10- Coletar urina do jato médio (cerca de 10 ml) diretamente em frasco apropriado ou saco coletor; | |
| 11- Recolher o material utilizado; | 11-Manter o ambiente em ordem; |

| | |
|--|--|
| <p>12- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;</p> <p>13- Encaminhar o frasco, ao laboratório, no máximo em 30 minutos;</p> <p>14- Protocolar no caderno de exames e entregar o material no laboratório com horário da coleta , o mais rápido possível;</p> <p>15- Encaminhar todo material ao expurgo e desprezar em local apropriado;</p> <p>16- Checar o procedimento;</p> <p>17- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>12-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>15-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>16-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>17- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Nos exames de rotina, o ideal é coletar a primeira urina da manhã, desprezando o primeiro jato. •Para a coleta de urina para análise bioquímica, o frasco do laboratório não precisa ser estéril. •Em crianças ou lactentes recomenda-se o uso de saco coletor após higienização da genitália pelo tempo máximo de 30 minutos, caso a criança não urine, repetir a higienização e colocar novo saco coletor. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009. | |

COLETA DE URINA DE 24 HORAS

1-FINALIDADE:

Coletar toda urina do paciente em 24 horas para realização de exames laboratoriais e medição do volume de urina eliminado nas 24hs.

2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: realização de exames como: clearance de creatinina, glicosúria, balanço hídrico, análise de eletrólitos e outros. É indicado para investigar a existência de possíveis substâncias ou elementos na urina para um diagnóstico posterior.

Contraindicação: Ausência de indicação clínica ou pedido de exames.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS:

- Orientação inadequada ao paciente;
- Desprezar inadvertidamente o débito urinário coletado;
- Perda de amostra por atuação deficiente ou desconhecimento do procedimento.

5-MATERIAL:

Frasco apropriado para o exame, etiqueta, luvas de procedimento, comadre ou papagaio, cálice graduado.

6- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|---|---|
| 01- Reunir o material necessário; | 01-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02-Reduzir transmissão de microorganismos; |
| 03- Explicar o procedimento ao paciente; | 03-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 04- Desprezar a primeira micção do dia e anotar o horário no frasco; | |
| 05- Colher todas as micções do dia e da noite, inclusive a primeira micção do dia seguinte; | |
| 06- Tampar o frasco e encaminhar para o laboratório com horário do término da coleta; | |
| 07- Higienizar as mãos; | 07-Reduzir transmissão de microorganismos; |
| 08- Checar na prescrição médica e anotar o volume total no relatório de enfermagem; | 08-Informar que a ação foi realizada; |
| 09- Protocolar no caderno de exame do setor; | 09-Assegurar que o exame foi entregue ao setor responsável; |

| | |
|---|--|
| <p>10- Encaminhar o material ao laboratório após completar 24h;</p> <p>11- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>11-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES: Caso a coleta seja realizada pelo paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfatizar que a não coleta, mesmo que seja de apenas uma amostra, durante o período programado, invalidará o exame, implicando no recomeço do procedimento; ▪ Instruir o cliente a depositar no recipiente toda a urina durante o período de coleta. ▪ Alertá-lo para não contaminar a urina com fezes ou papel higiênico. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009. | |

COLETA DE FEZES PARA EXAME PROTOPARASITOLÓGICO

| | |
|---|--|
| 1-FINALIDADE: Coleta de fezes para análise da existência de parasitas. | |
| 2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: pacientes que apresentam suspeita de parasitas no sistema gastrointestinal. Contraindicação: ausência de sinais de parasitose. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> •Orientação inadequada ao paciente; •Paciente urinar nas fezes a serem coletadas. | |
| 5-MATERIAL: Bandeja, recipiente com tampa, etiquetas, comadre, papel higiênico, luvas de procedimento, espátula. | |
| 6. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Reunir o material necessário; | 01-Facilitar a organização e o controle eficiente do Tempo; |
| 02- Identificar o recipiente com dados do paciente; | 02- Evitar erros; |
| 03- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento; | 03- Reduzir transmissão de microrganismos e proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais; |
| 04- Levar o material ao quarto do paciente; | |
| 05- Explicar o procedimento ao paciente; | 05-Reduzir a ansiedade e propiciar cooperação; |
| 06- Solicitar para o paciente evacuar na comadre; | 06-Manter a limpeza do leito; |
| 07- Colher uma pequena quantidade da porção média ou final das fezes com uma espátula e colocar no recipiente identificado; | |
| 08- Desprezar o resto das fezes no vaso sanitário, descartar a espátula e encaminhar o material ao CME; | |
| 09- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos; | 09-Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 10- Anotar em caderno de protocolo do setor o nome, leito e material coletado a ser entregue no laboratório; | 10- Assegurar que o exame foi coletado; |
| 11- Entregar o material no laboratório o mais rápido | 11-Aumentar a chance de recuperação do agente infeccioso e |

| | |
|---|--|
| <p>possível;</p> <p>12- Realizar anotação de enfermagem no prontuário do Paciente.</p> | <p>beneficiar o paciente;</p> <p>12-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anotar a hora da coleta da amostra, além de: cor, odor, consistência das fezes, características incomuns e se houve dificuldade de eliminação fecal. ▪ Não colocar a amostra em geladeira que contenha alimentos ou medicamentos, prevenindo contaminação destes. ▪ Orientar o paciente a não urinar no recipiente em que serão coletadas as fezes porque a urina inibe o crescimento das bactérias fecais. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e potocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2. CARMAGNANI, M. I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009. | |

COLETA DE ESCARRO PARA EXAME DE BK

| | |
|---|---|
| 1-FINALIDADE: Coleta de amostra de escarro para diagnóstico de tuberculose. | |
| 2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: indicado para confirmação laboratorial para pacientes com suspeita de tuberculose. Contra-indicação: pacientes sem suspeita de tuberculose. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none">•Orientação inadequada ao paciente;•Coleta de saliva e não de escarro;•Paciente escovar arcada dentária e/ou realizar o desjejum, prejudicando coleta do material e resultado do exame. | |
| 5-MATERIAL: Bandeja, recipiente estéril com tampa de rosca, etiquetas, luvas de procedimento, máscara N95(se necessário). | |
| 6- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Reunir o material necessário; | 01-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Identificar o recipiente com os dados do paciente; | 02-Evitar erros; |
| 03- Higienizar as mãos; | 03-Reduzir transmissão de microorganismos; |
| 04- Levar o material ao quarto do paciente; | |

7-RECOMENDAÇÕES:

Orientar o paciente a:

- não cuspir e sim escarrar;
- realizar a coleta em jejum, sem prévia escovação da arcada dentária;

05- Explicar o procedimento adequado e entregar à enfermeira.

05-Reduzir a ansiedade e propiciar cooperação;

06- Orientar o cliente para enxaguar a boca (evitar

1. ARGHEER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos.**2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

07-2009

3. **MANUAIS de procedimentos de enfermagem** São Paulo,-<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.

06-Reduzir a contaminação da amostra;

Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

07-Posição mais favorável para a expectoração;

2005. Disponível em:

<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.

08- Calçar luvas de procedimento e colocar máscara N95, se necessário;

08-Proporcionar barreira física entre o profissional e os fluidos corporais;

09- Solicitar ao paciente para tossir profundamente e expectorar diretamente no recipiente da amostra;

10-Tampar o recipiente;

10-Reduzir contaminação;

11- Recolher o material e deixar o quarto em ordem;

11-Manter o ambiente em ordem;

12- Retirar as luvas, máscara e higienize as mãos;

12-Reduzir transmissão de microorganismos;

13- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário, protocolar no livro de exames e enviar o material ao laboratório imediatamente, após a colheita.

13-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).

APLICAÇÃO DE BOLSA DE GELO**1-FINALIDADE:**

Uso terapêutico em pacientes que apresentam as indicações descritas por meio da promoção da constrição dos vasos sanguíneos pelo frio.

2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: prevenir e reduzir edemas, controlar sangramentos, aliviar a dor e baixar a temperatura corporal.

Contraindicação: pacientes com espasmos musculares, com dificuldade circulatória, hipotérmicos.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS:

Diminuição da circulação do local, levando à necrose.

5-MATERIAIS:

Bandeja, gelo, bolsa de gelo, cobertura impermeável ou toalha.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|---|---|
| 01- Conferir prescrição médica e reunir o material; | 01- Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 03- Encher bolsa com água fria e verificar se há vazamentos. Esvaziar em seguida e encher até a metade com gelo moído; | 03- O uso de pequenos pedaços de gelo facilita o ajustamento da bolsa ao corpo do cliente; |
| 04- Espremer a bolsa para expelir o ar. Aperte a tampa e seque qualquer umidade do lado externo; | 04- O ar no interior da bolsa pode reduzir a condução; |
| 05- Envolver a bolsa em cobertura impermeável ou toalha; | 05- A cobertura protetora evita traumatismo dos tecidos e absorve a condensação; |
| 06- Reunir o material, levando-o para junto do paciente; | |
| 07- Explicar o procedimento ao paciente e colocá-lo em posição confortável, expondo a área que deve receber o tratamento; | 07-Reduzir ansiedade, propiciar cooperação e demonstrar preocupação com o seu bem estar; |
| 08- Encher ou substituir o dispositivo de frio sempre que necessário, durante o período prescrito para o tratamento; | 08-Manter a temperatura correta; |
| 09-Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem; | 09-Demonstrar preocupação com o seu bem estar; |
| 10- Checar o procedimento; | 10-Informar que a ação foi realizada; |
| 11-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário, registrando o horário da aplicação, as condições do paciente e as condições das regiões de aplicação. | 11-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres). |

7- RECOMENDAÇÕES:

- Atentar para o aparecimento de tremores e queixas de queimação ou dormência. Caso se desenvolvam, interromper o tratamento e avisar o médico.
- O frio deve ser aplicado imediatamente após uma lesão para diminuir o edema.
- Não continuar nenhuma aplicação de frio por mais de 1h, para evitar vasodilatação reflexa. A aplicação de temperaturas abaixo de 15°C também causa vasodilatação reflexa local.
- Bolsas com gel também podem ser utilizadas, colocando-as em freezer ou no congelador.
- Observar o local frequentemente para identificar sinais de intolerância tissular: palidez, coloração mosqueada, cianose, maceração e formação de bolhas.
- Trocar a cobertura protetora caso fique molhada.
- Esvazie a bolsa, realize a limpeza externa com água e sabão, enxugue-a ao final da aplicação e encha-a de ar para evitar que as paredes colabem.

8- REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.

| | |
|---|--|
| 1-FINALIDADE: Baixar a temperatura corporal e manter a conjuntiva ocular úmida e lubrificada. | |
| 2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: Pacientes com hipertermia e prevenir ressecamento da conjuntiva ocular em pacientes comatosos. Contraindicação: Pacientes normotérmicos e pacientes não comatosos, que conseguem manter a conjuntiva ocular úmida. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS: • Choque térmico, queda acentuada da temperatura; • Ressecamento da compressa, causando ressecamento da conjuntiva ocular, ocasionando lesões da conjuntiva; • Não fechamento das pálpebras. | |
| 5-MATERIAIS: Pacote de compressas ou gaze estéril, luvas de procedimento, cuba-rim ou bacia, fita adesiva hipoalergênica, água fria. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Conferir prescrição médica e reunir o material; | 01- Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02- Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 03- Explicar o procedimento ao paciente; | 03- Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 04- Colocar biombo, se necessário; | 04- Promover a privacidade do paciente; |
| 05- Calçar as luvas de procedimento; | 05- Promover barreira física entre as mãos e os fluidos corporais; |
| 06- <u>Em região ocular:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fazer higiene conforme técnica, cerrar as pálpebras com fita adesiva hipoalergênica, colocar e manter gaze umedecida com soro fisiológico 0,9%. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ As pálpebras cerradas e úmidas diminuem os riscos de lesão e evita o ressecamento. |
| 07- <u>Para regiões axilar, inguinal, frontal e posterior do pescoço:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar água fria na bacia e preparar o paciente, expondo os locais de aplicação. ▪ Umedecer a gaze ou compressas com água fria. ▪ Retirar o excesso de água das compressas, torcendo-as. ▪ Trocar as gazes quando secas ou removê-las após o | |

| | |
|--|---|
| <p>tempo ou solicitado na prescrição.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enxugar o paciente e trocar a roupa de cama. <p>08-Encaminhar o material utilizado e desprezar em local apropriado;</p> <p>09-Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;</p> <p>10-Manter o paciente confortável e o ambiente em ordem;</p> <p>11-Checar na prescrição e anotar o procedimento registrando o horário da aplicação, as condições do paciente e as condições das regiões de aplicação.</p> | <p>09-Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>11-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7- RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manter as pálpebras cerradas através do uso de micropore. ▪ Compressas de frio úmido são também indicadas na região frontal ou sobre os olhos para diminuir a congestão e dor de cabeça. | |
| <p>8- REFERÊNCIAS:</p> <p>1.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>2.MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.</p> <p>3.TAYLOR, Carol. Fundamentos de enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.</p> | |

APLICAÇÃO DE BOLSA DE ÁGUA MORNA

1-FINALIDADE:

Facilitar a circulação pela dilatação dos vasos sanguíneos e diminuir a dor local, edema e aumento da temperatura corporal.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: hipotermia em RN, celulite, abscessos, retenção urinária, contusão e distensão.

Contraindicação: presença de vesículas no local da aplicação, feridas ou exudatos. Clientes sob risco de hemorragia, entorse de membro na fase aguda (a vasodilatação aumenta a dor e o intumescimento). Em áreas com comprometimento circulatório ou em pacientes com sensibilidade prejudicada.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO/PONTOS CRITICOS:

- Não colocar a bolsa de calor diretamente na pele;
- Observar queimadura no local da aplicação da bolsa.

5-MATERIAIS:

Bandeja, bolsa de borracha, água morna, toalha.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| 01- Conferir a prescrição médica; | 01- Evitar erros; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02- Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 03- Encher a bolsa com água morna até completar 2/3 da capacidade da bolsa; | 03- O enchimento parcial da bolsa torna-a mais leve e flexível para amoldar-se à área de tratamento; |
| 04- Pressionar a bolsa até que a água atinja a borda para expelir todo o ar. Fechar bem a bolsa de borracha; | 04- O ar no interior da bolsa pode reduzir a condução; |
| 05- Verificar se ocorre vazamento; | |
| 06- Reunir todo material em uma bandeja e levar até o paciente; | 06- Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 07- Explicar o procedimento ao paciente; | 07- Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 08- Colocar a bolsa na face interna de seu antebraço; | 08- Testar a temperatura e a distribuição de calor; |
| 09- Cobrir com uma toalha; | 09- A toalha protege a pele de eventuais queimaduras e absorve a perspiração; |
| 10- Aplicar no local indicado e avaliar frequentemente a condição cutânea do cliente; | |
| 11- Retirar a bolsa, após o tempo prescrito, e secar a pele; | |
| 12- Manter o paciente confortável e o ambiente em | 12- Demonstrar preocupação com o seu bem estar; |

| | |
|--|---|
| <p>ordem;</p> <p>13- Esvaziar a bolsa, deixando escorrer a água;</p> <p>14- Realizar a limpeza externa da bolsa com água e sabão e enxugá-la;</p> <p>15- Encher a bolsa de ar;</p> <p>16- Higienizar as mãos;</p> <p>17- Checar o procedimento;</p> <p>18- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário, registrando o horário da aplicação, as condições do paciente e as condições das regiões de aplicação.</p> | <p>15- Evitar que as paredes colabem;</p> <p>16- Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>17- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>18- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7- RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O calor direto deve ser aplicado com cautela em clientes pediátricos, idosos e apresentando comprometimento da função renal, cardíaca ou respiratória, arteriosclerose ou aterosclerose, comprometimento de sensibilidade, diabéticos e inconscientes. ▪ Cautela às áreas que apresentam maior sensibilidade ao calor, como: tecido cicatricial e estomas. ▪ Retirar a bolsa caso observe intumescimento ou vermelhidão excessivos, formação de bolhas, maceração ou palidez e se o cliente relatar desconforto. | |
| <p>8- REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2. ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 3. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 4. KOCH, Rosi M. et al. Técnicas básicas de enfermagem. 18. ed. Curitiba: Século XXI, 2002. 5. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009. 6. SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 7. TAYLOR, Carol. Fundamentos de enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 8. TIMBY, Babara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. | |

APLICAÇÃO DE COMPRESSAS MORNAS

1-FINALIDADE:

Facilita a redução de edemas e hematomas, amolece crostas e exsudatos, penetra mais fundo que o calor seco, resseca menos a pele, produz menos transpiração. Podem ser estratégias efetivas de alívio da dor, por aumentar o fluxo sanguíneo.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO

Indicação: diminuir o edema local, absorção de hematoma, nas flebites ou traumatismos venosos resultantes de punções venosas ineficazes, retenção urinária.

Contraindicação: clientes sob risco de hemorragia, entorse de membro na fase aguda (a vasodilatação aumenta a dor e o intumescimento).

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO/PONTOS CRITICOS:

- Queimadura no local da compressa quente;
- Pacientes inconscientes e crianças.

5-MATERIAIS:

Pacote de compressas (não-estéreis), bacia, bandeja, água morna, toalha, roupas de banho, luvas de procedimento, biombo.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|---|---|
| 01-Conferir a prescrição médica; | 01- Evitar erros; |
| 02- Reunir todo material necessário; | |
| 03-Explicar o procedimento ao paciente; | 03-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação. |
| 04-Promover a privacidade do paciente; | 04-Mostrar respeito pela dignidade do paciente; |
| 05- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento; | 05- Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 06- Colocar água morna na bacia, testar a temperatura na face interna do antebraço; | 06- Prevenir ocorrência de queimaduras; |
| 07- Embeber as compressas e retirar o excesso de água torcendo-as; | 07- Umidade em excesso aumenta o risco de queimaduras, pois a água aumenta a condução de calor; |
| 08- Aplicar as compressas no local indicado, trocando-as assim que começarem a esfriar; | 08- Manter a temperatura ideal; |
| 09- Enxugar a área da aplicação da compressa e registrar a condição da pele e a vermelhidão da área, se necessário; | |
| 10- Trocar as roupas de cama e as do paciente, se ficarem | 10- Manter o ambiente em ordem; |

| | |
|--|--|
| <p>úmidas ou molhadas;</p> <p>11- Manter o paciente confortável;</p> <p>12- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;</p> <p>13- Checar o procedimento;</p> <p>14- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>11- Preocupação com o bem estar do paciente;</p> <p>12- Reduzir transmissão de microorganismos;</p> <p>13- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>14- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- O calor direto deve ser aplicado com cautela em clientes pediátricos, idosos, diabéticos e apresentando comprometimento da função renal, cardíaca ou respiratória, arteriosclerose ou aterosclerose, comprometimento de sensibilidade.
- Cautela às áreas que apresentam maior sensibilidade ao calor, como: tecido cicatricial e estomas.
- Verificar a pele do cliente a cada 5 min com relação a tolerância do tecido.
- Verificar a temperatura, o pulso, a respiração e PA do cliente para comparação com os valores basais, se grande área do corpo estiver coberta.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
3. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
4. KOCH, Rosi M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 18. ed. Curitiba: Século XXI, 2002.
5. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
6. SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
7. TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

| | |
|---|--|
| 1-FINALIDADE: Introdução de um cateter pela uretra até a bexiga com fim de diagnóstico ou tratamento. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: drenagem vesical por obstrução crônica, disfunção vesical (bexiga neurogênica), drenagem vesical após cirurgias urológicas e pélvicas, medida de diurese em pacientes graves, assegurar a higiene perineal e o conforto de pacientes incontinentes de urina e comatosos. Contraindicação: obstrução mecânica do canal uretral, infecção do trato urinário baixo. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros. | |
| 4-RISCO/PONTOS CRITICOS: Trauma de meato urinário; Infecções urinárias e infecções hospitalares. | |
| 5-MATERIAIS: Bandeja de cateterismo vesical, sonda Foley, bolsa coletora sistema fechado, PVPI tópico, gel hidrossolúvel, luvas de procedimento e estéril, ampolas de água destilada, biombo, seringa 20 ml e 10 ml, fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Conferir a prescrição médica; | 01- Evitar erros; |
| 02- Reunir o material e levar até o paciente; | |
| 03- Explicar o procedimento ao paciente; | 03- Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 04- Promover a privacidade do paciente; | 04-Mostrar respeito pela dignidade do paciente; |
| 05- Higienizar as mãos; | 05-Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 06-Posicionar o paciente: A. feminino: posição dorsal (supino com joelhos flexionados). B. masculino: posição supina com as coxas levemente contraídas. | 06-Permitir facilidade de acesso e visualização; |
| 07-Calçar luvas de procedimento e realizar a higiene íntima rigorosa com água e sabão (se paciente dependente). Orientar a higienização prévia a pacientes independentes; | 07- Prevenir a contaminação por agentes microbianos; |
| 08-Retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos; | |
| 09- Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais descartáveis (sonda de Foley, seringas, agulhas, gaze estéril e sistema coletor fechado) dentro da técnica asséptica; | 09-Manipular material esterilizado sem contaminação; |
| 10- Calçar luvas estéreis (2 pares); | 10-Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 11-Adaptar a sonda de Foley ao coletor de urina sistema fechado; | 11-Prevenir contaminação do sistema; |

| | |
|---|--|
| <p>12- Com auxílio de um colega, colocar gel hidrossolúvel na seringa de 20ml (se paciente masculino) e colocar água destilada em seringa de 10ml;</p> <p>13- Testar o cuff (balonete) com a seringa de 10ml com água destilada;</p> <p>14- realizar antisepsia do meato uretral: A. feminino: (1) com a mão não dominante, retrain os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento. (2) usando pinça na mão dominante esterilizada, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar a área do períneo, limpando da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Com uma nova gaze para cada área, limpar ao longo da dobra dos grandes lábios, perto da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o centro do meato uretral.</p> <p>B. masculino: (1) recolher o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande. Manter a mão não dominante na posição ao longo do procedimento. (2) com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir a limpeza três vezes, usando uma gaze limpa a cada vez.</p> <p>15- Retirar o primeiro par de luva estéril usado na antisepsia;</p> <p>16- Posicionar o campo fenestrado sobre a genitália;</p> <p>17- Lubrificar a sonda com xilocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml.</p> <p>18- Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina. Quando masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente;</p> <p>19- Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda;</p> <p>20-Tracionar vagorosamente a sonda e fixar na parte interna da coxa (mulher) e área suprapúbica (homem);</p> | <p>12-Facilitar a organização e agilizar o procedimento;</p> <p>13-Verificar a integridade do balão;</p> <p>(1) visualização total do meato uretral. Retração total previne a contaminação do meato uretral durante a limpeza.</p> <p>(2) a limpeza reduz o número de microrganismos no meato uretral.</p> <p>(2) a limpeza reduz o número de microrganismos no meato uretral.</p> <p>17-Reduzir a fricção e a possível irritação quando da inserção da sonda;</p> <p>18- O pênis devidamente posicionado facilita a inserção do cateter;</p> <p>19-Manter a extremidade distal da sonda no interior da bexiga;</p> <p>20- Evitar possível tensão no trígono urogenital (mulher) e tensão uretral na junção penescrotal (homem);</p> |
|---|--|

| | |
|--|--|
| <p>21- Não esquecer de reposicionar o prepúcio e remover o excesso de anti-séptico da área meatal;</p> <p>22- Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário;</p> <p>23-Auxiliar o paciente a ficar numa posição confortável. Lave e seque a área perineal conforme for necessário;</p> <p>24- Encaminhar o material utilizado ao expurgo;</p> <p>25- Retirar luvas e higienizar as mãos;</p> <p>26- Checar o procedimento;</p> <p>27- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>21-O reposicionamento evita constrição do prepúcio atrás da glândula do pênis – parafimose. A remoção do excesso de antisséptico impede a irritação do tecido pelo contato prolongado com o antisséptico;</p> <p>22-Evitar refluxo de urina da bolsa para a bexiga;</p> <p>23-Manter conforto e segurança;</p> <p>25-Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>26-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>27-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Em pacientes acamados, com sonda vesical, deve-se fazer higiene íntima após cada evacuação.
- Sondagens utilizadas para cateterismo vesical: em adolescentes (nº 10 ou 12), em adultos (nº 14 ou 16), em gestantes (nº 14) e sonda de alívio (nº 10 ou 12).
- Em alguns casos de retenção urinária pode ser colocada bolsa de água morna ou compressas na região suprapúbica.
- Observar e anotar o volume urinário, cor e o aspecto.
- Desinsuflar o balão na retirada da sonda vesical, observar e anotar a primeira micção espontânea.
- O sistema de drenagem deve ser obrigatoriamente “fechado” e trocado toda a vez que for manipulado inadequadamente. Não há um intervalo ideal preconizado para a troca da sonda, mas recomenda-se a sua retirada precocemente.
- Não abrir o sistema de drenagem, para realizar coleta de exames.
- Indicações para troca do cateter e sistema coletor: obstrução, presença de grande quantidade de resíduos no sistema, presença de incrustações visíveis e urina com aspecto purulento, febre de origem não determinada sem outra causa reconhecida, desconexão acidental ou ruptura, violação e contaminação do sistema por técnica inapropriada na instalação e manuseio.
- Retirada da sonda vesical de demora, diminui a incidência de infecção urinária.
- Não realizar lavagem da sonda vesical sem recomendação médica.
- Os coletores de urina devem ser esvaziados a cada 6 horas e nunca devem ser posicionados em um nível acima do púbis;
- Realizar higiene perineal com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos 2X ao dia.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
3. BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde. Núcleo de Prevenção à Infecção Hospitalar. **Manual de recomendações de prevenção e controle das infecções em estabelecimentos de saúde**. Brasília, 2005.
4. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
5. LENZ, Lino Lima. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 35, n. 1, p. 82-91. 2006.
6. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
7. POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
8. SWEARINGEN, Pámela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2001.
9. TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LAVAGEM INTESTINAL

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: É a introdução de uma sonda retal , a fim de auxiliar na remoção de conteúdo fecal da ampola retal e cólon descendente. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: Aliviar distensão abdominal e flatulências, constipação intestinal, preparar pacientes para cirurgias, exames radiológicos e endoscópicos. Contraindicação: Nos tumores de intestino e reto, diverticulite, ou quando apresentar resistência na introdução da sonda retal; hemorragia, suspeita de apendicite, hérnia estrangulada. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTOS CRITICOS: Risco para perfuração anal e diarreia. | |
| 5-MATERIAL: Bandeja, sonda retal, enema glicerinado, luva de procedimento, cuba-rim, gazes, gel hidrossolúvel, papel higiênico, impermeável, comadre, biombo, toalha de banho, suporte de soro, máscara. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Conferir prescrição médica; | 01-Evitar erros; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02-Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 03- Separar a bolsa de enema com a solução e o cateter retal apropriado; | |
| 04- Adaptar o equipo de soro ao frasco da solução a ser utilizada; | |
| 05- Preencher a câmara de gotejamento e retirar o ar da extensão do equipo; | 05-Evitar entrada de ar; |
| 06- Calçar as luvas de procedimento e colocar máscara; | 06-Proporcionar barreira física entre as mãos e fluidos corporais; |
| 07- Explicar o procedimento ao paciente; | 07-Reduzir a ansiedade e propiciar cooperação; |
| 08- Isolar o leito com biombo; | 08- Promover a privacidade do paciente; |
| 09- Forrar o leito com o impermeável; | 09- Proteger a roupa de cama; |
| 10- Colocar o paciente em posição de Sims (decúbito lateral esquerdo com MIE estendido e o MID fletido), cama baixa sem travesseiro; | 10-Permitir que o líquido flua para o intestino pela força da gravidade; |
| 11- Cobrir o paciente com a toalha de banho, expondo apenas | 11-Proporcionar aquecimento, reduzir a exposição das |

| | |
|--|--|
| <p>a área retal, visualizando claramente o ânus;</p> <p>12- Administrar o enema:</p> <p>A. Bolsa/frasco de enema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pendurar o frasco da solução no suporte de soro. - Conectar o equipo da solução à sonda retal preenchendo-a com a solução e pinçar o equipo. - Lubrificar a sonda retal. - Gentilmente separar as nádegas e localizar o ânus. Instruir o paciente a relaxar respirando vagarosamente pela boca.. - Introduzir suavemente a sonda retal, apontando a extremidade na direção do umbigo. - Instilar gradualmente a solução. - Interromper a administração por um breve período, caso ocorra espasmo. - Pinçar o equipo depois que toda solução for instilada. <p>B. Bisnaga de fleet enema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remover a tampa plástica da extremidade que introduz no reto e lubrificá-la. - Gentilmente separe as nádegas e localize o reto. Instruir o paciente a relaxar expirando o ar pela boca. - Inserir a extremidade do frasco delicadamente no reto (ver recomendações). - Comprimir o conteúdo da bisnaga e solicitar ao paciente que respire profundamente quando tiver desejo de evacuar. <p>13- Retirar a sonda retal ao término da infusão do líquido. Pedir ao paciente que retenha o líquido o máximo possível;</p> <p>14- Ajudar o paciente a ir ao banheiro ou oferecer a comadre, elevando a cabeceira do leito;</p> <p>15- Ajudar o paciente na higiene, se necessário, e deixá-lo</p> | <p>partes do corpo e permitir que o paciente se sinta mais relaxado e confortável;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permitir a inserção suave do cateter no reto sem risco de irritação ou trauma de mucosa; - A expiração promove o relaxamento do esfíncter anal externo; - A inserção cuidadosa previne trauma na mucosa retal devido ao posicionamento acidental do cateter contra a parede retal. Inserção além do limite pode causar perfuração intestinal; - Instilação rápida pode estimular a saída da sonda retal; - Permitir a inserção suave do cateter no reto sem risco de irritação ou trauma de mucosa; - Inserção gentil previne o trauma da mucosa retal; - Obtém melhor efeito do tratamento executado; <p>13-Promover maior eficácia do procedimento realizado;</p> |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>confortável;</p> <p>16- Deixar o ambiente em ordem e limpo;</p> <p>17- Encaminhar todo o material permanente ao expurgo;</p> <p>18- Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>19- Checar o procedimento;</p> <p>20- Realizar as anotações de enfermagem, anotando aspecto das eliminações.</p> | <p>18-Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>19-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>20-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Direitos).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Se houver resistência ao introduzir a sonda, avisar a enfermeira ou ao médico de plantão.
- Observar e anotar o aspecto do retorno intestinal, devendo estar atento a presença de sangue.
- Os números de sonda retal habitualmente utilizados são 20 ou 22.
- Alertá-lo sob o desconforto momentâneo durante a introdução do líquido e a importância deste permanecer pelo menos 10 minutos na cavidade para que seu desempenho seja efetivo.
- Orientar ao paciente que, se utilizar o vaso sanitário, o mesmo não dê descarga até a vistoria do profissional de enfermagem (cor, aspecto, consistência, odor).
- O comprimento de inserção da sonda no reto é variável:
 - Adulto: 7,5 a 10cm*
 - Criança:5 a 7,5cm*
 - Lactentes:2,5 a 3,75cm*
- Recomenda-se a utilização de solução morna ou a temperatura ambiente.

8-REFERÊNCIAS:

- 1.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 2.MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
- 3.POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- 4.TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LAVAGEM INTESTINAL PELA COLOSTOMIA

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: Promover a eliminação das fezes e preparar o cólon para exames e cirurgias. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: em pacientes com colostomia e com dificuldades de eliminar fezes e esvaziar o conteúdo intestinal para preparo de cirurgias, exames ou tratamento. Contraindicação: usuários com doenças intestinais ativas (retocolite ulcerativa, doença de Crohn, diverticulite ou câncer), complicações do estoma (prolapso, hérnia, retração e estenose), usuário em uso de radioterapia ou quimioterapia, crianças até 2 anos de vida, presença de diarreia (a água age como irritante intestinal prolongando a diarreia), pós-operatório imediato. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros. | |
| 4-RISCO/PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Perfuração intestinal; • Sangramento; • Diarreia e, durante o procedimento, cólicas. | |
| 5-MATERIAIS: Enema glicerinado, equipo de soro, gaze, cuba-rim, comadre, luva de procedimento, bolsa de irrigação, forro móvel, bandeja, sonda Foley, gel hidrossolúvel, tesoura, máscara. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01-Conferir a prescrição médica; | 01-Evitar erros; |
| 02-Higienizar as mãos; | 02-Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 03-Providenciar a solução prescrita; | |
| 04-Reunir todo material na bandeja e levar ao quarto do paciente; | 04-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 05-Isolar o leito com biombos; | 05-Promover a privacidade do paciente; |
| 06-Explicar o procedimento ao paciente; | 06-Reduzir a ansiedade e propiciar cooperação; |
| 07-Manter o paciente deitado no leito; | 07-Facilitar a coleta da drenagem; |
| 08-Calçar luvas de procedimento; | 08-Promover barreira física entre as mãos e fluidos corporais; |
| 09-Proteger a cama com forro móvel, retirar a bolsa de colostomia e colocar a comadre protegida com plástico junto ao estoma, sobre a cama; | 09-Proteger a roupa de cama; |
| 10-Remover a bolsa coletora. Se a bolsa for sistema de duas | 10-Permitir acesso ao estoma, evitar traumas e |

| | |
|---|--|
| <p>peças, manter a placa protetora aderida. Se for de uma peça, fazer com a tesoura uma abertura de 2 cm na parte superior da bolsa;</p> <p>11-Fazer toque digital no estoma com o quinto dedo (mínimo), usando luva e lubrificação com gel hidrossolúvel;</p> <p>12-Introduzir a sonda no estoma (7-10cm) com a extremidade lubrificada, realizando movimentos suaves;</p> <p>13-Insuflar o balão da sonda, conectando-a na extremidade proximal do equipo e este ao frasco da solução, que deverá estar a uma altura máxima de 70 cm em relação ao paciente;</p> <p>14-Infundir a solução a uma velocidade adequada ao objetivo da lavagem e manter uma comadre abaixo da abertura da bolsa para coletar o efluente;</p> <p>15-Observar as características do líquido de saída (cor e consistência do material);</p> <p>16-Desinsuflar o balão e remover a sonda quando terminar de infundir a solução ou quando o efluente estiver claro;</p> <p>17-Limpar a área manuseada, observando o aspecto do estoma e área periestomal;</p> <p>18-Recolocar a bolsa coletora (sistema de duas peças) ou trocar a bolsa (uma peça);</p> <p>19-Deixar o paciente confortável;</p> <p>20-Recolher todo material e deixar o ambiente limpo e em ordem;</p> <p>21-Desprezar o conteúdo eliminado no vaso sanitário;</p> <p>22-Encaminhar o material permanente ao expurgo;</p> <p>23-Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>24-Checar o procedimento;</p> <p>25-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>observar sinais de isquemia;</p> <p>11-Avaliar a posição do segmento de alça e detectar possível presença de estenose;</p> <p>14-Avaliar a presença de hemorragia ou processo infeccioso;</p> <p>16-Determinar o local para colocação da bolsa;</p> <p>17-Manter a integridade tissular;</p> <p>18-Manter o conforto do paciente;</p> <p>19-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>20-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>23-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>24-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>25-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Direitos).</p> |
|---|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Caso ocorra resistência ao introduzir a sonda no estoma, não forçar.
- Interromper o procedimento se aparecerem cólicas abdominais, sangramento, dificuldades de administração da solução, obstáculo para a introdução da sonda.
- É comum o retorno de parte do líquido pela estomia, pois a sonda não oclui totalmente o estoma.
- Recomenda-se utilizar a solução morna ou em temperatura ambiente.
- A lavagem pode ser feita pelas duas bocas da colostomia e pela via retal, dependendo da finalidade.

8. REFERÊNCIAS:

1. APOSTILA MÓDULO BÁSICO: Treinar e educar em ostomias. Brasil: Coloplast do Brasil, 2003.
2. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. COSTA, Camila E. C.; SANTOS, Roseli S. **Assistência de Enfermagem aos Pacientes Portadores de Estomias Intestinais**. Batatais, 2006.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
6. SWEARINGEN, Pámela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2001.
7. TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA / ILEOSTOMIA / UROSTOMIA

| |
|--|
| <p>1-FINALIDADE: Manter a higienização do estoma; Proporcionar o conforto e bem estar ao paciente; Reter/coletar os efluentes; Prevenir possíveis infecções e lesões de pele.</p> |
| <p>2-INDICAÇÃO/ CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: portadores de estomia intestinal e urológica. Contraindicação: nenhuma.</p> |
| <p>3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.</p> |
| <p>4-RISCO/PONTOS CRÍTICOS Abrasão da pele ao redor da estoma; Diminuição da autoestima.</p> |
| <p>5-MATERIAIS: Bandeja ou carro de curativo contendo: bolsa coletora, escala de medida do estoma, gaze, algodão, sabão de uso habitual, protetor de pele, tesoura curva, soro fisiológico, luva de procedimento, comadre, forro móvel, máscara.</p> |

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|---|
| 01-Higienizar as mãos; | 01-Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 02-Reunir todo material e levar ao quarto do paciente; | 02-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03-Explicar o procedimento ao paciente; | 03-Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; |
| 04-Colocar o paciente em posição confortável, expondo apenas a região a ser limpa, protegendo a cama com um forro móvel. Se o paciente tiver condições, pode ser levado ao banheiro; | |
| 05-Calçar as luvas de procedimento e colocar máscara; | 05-Promover barreira física entre o profissional e fluidos corporais do paciente; |
| 06-Retirar a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor) e desprezar na comadre ou no vaso sanitário; | |
| 07-Afastar a abertura da bolsa com uma das mãos e, com a outra, colocar água dentro da mesma até a metade da sua capacidade; | |
| 08-Fechar a abertura da bolsa com uma das mãos, fazer movimentos com a bolsa para remoção de resíduos e desprezar na comadre ou vaso sanitário. Repetir o processo até a bolsa | |

| | |
|--|---|
| <p>estar totalmente limpa;</p> <p>09-Limpar o estoma e região periestomal c/ água e sabão ou SF 0,9%, observando as condições da pele e mantendo-a seca para aplicação do dispositivo. Utilizar gaze ou algodão sobre o mesmo para evitar drenagem de urina ou fezes;</p> <p>10-Medir o estoma com escala de medidas, traçar molde no verso da placa, deixando área de segurança de 1mm. Estoma irregular, preparar molde sob medida;</p> <p>11-Retirar o papel protetor da base;</p> <p>12-Colocar a pasta de resina sintética (se necessário), preenchendo os espaços vazios na região periestoma;</p> <p>13-Adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura ao estoma, pressionando suavemente contra a parede abdominal e colocar o clamp/presilha no dispositivo, fechando-o;</p> <p>14-Deixar o paciente confortável;</p> <p>15-Recolher o material;</p> <p>16-Encaminhar o material permanente ao expurgo;</p> <p>17-Retirar as luvas, máscara e Higienizar as mãos;</p> <p>18-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>09-Minimizar a proliferação de microrganismos na região periestomal;</p> <p>10-Evitar extravasamentos e contato dos efluentes com a pele;</p> <p>11-Promover aderência da bolsa;</p> <p>12-Proteger a pele periestoma e evitar extravasamento de efluentes;</p> <p>13-Oferecer segurança ao cliente, garantir boa aderência e vedação da bolsa coletora;</p> <p>14-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>15-Manter o ambiente organizado;</p> <p>17-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>18-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Remova o sistema de bolsas se o paciente reclamar de queimação ou coceira sob ele ou se houver drenagem purulenta em volta do estoma.
- Se dispositivo de duas peças, conectar a bolsa à base de modo que facilite o esvaziamento, levando-se em conta a preferência do cliente (posição vertical ou horizontal) e verificar se a bolsa está adequadamente conectada à base evitando vazamentos.
- Usar apenas soro fisiológico ou água e sabão na pele ao redor do estoma.
- Caso o paciente apresente condições clínicas favoráveis, retirar a bolsa coletora durante o banho de aspersão, para facilitar o descolamento da placa.
- Reservar o clamp/presilha para ser reutilizado após limpeza.
- A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o efluente atingir um terço ou, no máximo, metade da sua capacidade.
- O esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumenta sua durabilidade, o conforto e evita constrangimento ao paciente.
- O efluente de ileostomia e de colostomia à direita deve ser quantificado em volume, principalmente nos primeiros dias do pós-operatório, para cálculo de reposição líquida e de eletrólitos.
- Caso a troca da bolsa seja de colostomia, esvazie a mesma fazendo movimentos para baixo com as mãos sobre a bolsa, para facilitar a saída das fezes.

8-REFERÊNCIAS:

1. APOSTILA MÓDULO BÁSICO: Treinar e educar em ostomias. Brasil: Coloplast do Brasil, 2003.
2. BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde. Núcleo de Atenção Básica e Estomizados/GENF/SAS. **Cartilha de orientações ao estomizado**. Brasília, 2008.
3. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
4. COSTA, Camila E. C.; SANTOS, Roseli S. **Assistência de Enfermagem aos Pacientes Portadores de Estomias Intestinais**. Batatais, 2006.
5. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
6. POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
7. SWEARINGEN, Pâmela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2001.
8. TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

HIGIENIZAÇÃO DA BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA/UROSTOMIA

| | |
|--|----------------------|
| 1-FINALIDADE: Retirar o efluente da bolsa coletora; Coleta de material para exames laboratoriais; Promover conforto ao paciente; Manter integridade tissular. | |
| 2-INDICAÇÃO/ CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: Diminuir risco de infecção e manutenção do conforto do paciente. Contraindicação: nenhuma. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none">•Abrasão da pele ao redor do estoma;•Diminuição da auto-estima. | |
| 5- MATERIAIS; Bandeja, impermeável, luvas de procedimento, gaze não estéril, comadre, água ou SF 0,9%, máscara.. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |

| | |
|--|---|
| <p>01- Higienizar as mãos;</p> <p>02- Reunir todo material e levar até o leito do paciente;</p> <p>03- Colocar o paciente em decúbito dorsal, protegendo a cama com um forro móvel;</p> <p>04- Calçar as luvas de procedimento e colocar máscara;</p> <p>05- Retirar o clamp/presilha que fecha a bolsa, esvaziando-a na comadre;</p> <p>06- Higienizar o clamp/presilha para o reuso;</p> <p>07- Tracionar a trava existente no aro da bolsa e desconectar da placa protetora, em caso de coletor sistema de duas peças;</p> <p>08- Proteger o estoma com gaze;</p> <p>09- Lavar a bolsa coletora drenável com água ou SF 0,9%, de modo que esse efluente seja drenado na comadre e desprezado posteriormente no vaso sanitário;</p> <p>10- Secar externamente com papel toalha e adaptar a nova bolsa coletora, ajustando sua abertura proximal ao estoma, pressionando-a suavemente contra a parede abdominal, para retirar o ar, fixando bem a bolsa à placa protetora, em caso de coletor sistema de duas peças;</p> <p>11- Colocar na abertura distal da bolsa coletora, o clamp ou presilha, fazendo uma dobra na extremidade da bolsa sobre a haste interna do clamp/presilha, fechando a bolsa;</p> <p>12- Deixar o paciente confortável no leito;</p> <p>13- Encaminhar o material ao expurgo;</p> <p>14- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>01-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>02-Organização e o controle eficiente do tempo;</p> <p>03-Facilitar acesso à estomia;</p> <p>04-Proporcionar barreira física entre o profissional e fluidos corporais do paciente;</p> <p>06-Facilitar o manuseio da bolsa;</p> <p>08-Evitar irritação da pele adjacente;</p> <p>09-Promover a higiene da bolsa coletora;</p> <p>12-Manter o bem estar do paciente;</p> <p>14- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Troque a bolsa coletora, se ela estiver com odor desagradável, desprendendo com facilidade, com resíduos não removíveis ou furada.
- A higienização da bolsa é o primeiro procedimento que o paciente portador de estomia, aprende como parte de seu autocuidado.
- A troca do dispositivo coletor, tanto a bolsa de drenagem como o sistema de duas peças, deve ser planejada, pois muitas vezes pode parecer que a resina da barreira está íntegra e no entanto, está havendo infiltração de fezes na barreira, lesando a pele do paciente.

8-REFERÊNCIAS:

- 1.APOSTILA MÓDULO BÁSICO: Treinar e educar em ostomias. Brasil: Coloplast do Brasil, 2003.
- 2.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 3.MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
- 4.POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- 5.TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VERIFICAÇÃO DE PULSO APICAL

| | |
|--|----------------------|
| 1-FINALIDADE: Detectar precocemente desvios de normalidade da frequência cardíaca, checar o resultado do controle de pulso e avaliar arritmias cardíacas. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: pacientes hemodinamicamente instáveis e/ou cardiopatas, dificuldade de verificação precisa do pulso periférico (quando irregular, fraco ou muito rápido); quando são administrados medicamentos que alteram a frequência e o ritmo cardíaco. Contraindicação: não existe contra-indicação relatada. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: Relacionado ao procedimento: avaliação incorreta da frequência cardíaca por stress ou agitação do paciente. | |
| 5-MATERIAL: Estetoscópio, relógio com ponteiros de segundos, algodão com álcool a 70%. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |

| | |
|--|--|
| <p>01- Higienizar as mãos;</p> <p>02- Reunir o material e levar ao quarto;</p> <p>03- Explicar o procedimento ao paciente;</p> <p>04- Fazer desinfecção na oliva e diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;</p> <p>05- Auxiliar o paciente a ficar na posição sentada ou deitada. Remova os lençóis e vestimenta para expor o lado esquerdo do tórax;</p> <p>06-Colocar o diafragma do estetoscópio na parte esquerda do tórax (abaixo do mamilo) à altura do 5º espaço intercostal;</p> <p>07- Auscultar e contar os batimentos cardíacos por 60 segundos, se irregular ou em uso de medicação cardiovascular, e por 30 segundos multiplicado por 2, se regular, observar alterações;</p> <p>08-Auxiliar o paciente, se necessário, a se vestir e ajudá-lo a assumir uma posição confortável;</p> <p>09-Limpar as olivas e o diafragma do estetoscópio com uma bola de algodão com álcool 70%;</p> <p>10-Orientar o paciente e acompanhante a comunicar à enfermagem quando se sentir cansado, tontura, escurecimento de visão, sensação de palpitação intensa e dor torácica;</p> <p>11-Guardar o material utilizado;</p> <p>12- Higienizar as mãos;</p> <p>13-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>01-Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>02-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo;</p> <p>03-Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação;</p> <p>04-O álcool é um desinfetante de nível intermediário com atividade antimicrobiana;</p> <p>07-Ritmo cardíaco irregular é avaliado com mais precisão, quando medido no intervalo maior;</p> <p>09-O álcool é um desinfetante de nível intermediário com atividade antimicrobiana;</p> <p>11-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>12-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>13-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- A amplitude do pulso, ritmo e frequência devem ser avaliados e comunicados se anormais.
- Pacientes desidratados, com febre, tensões, arritmias, hipotermia tem pulso com maior frequência.
- Certifique-se de que o estetoscópio esteja íntegro e funcionante.
- A frequência normal varia de 60 a 100 bpm (normocardia):
 - < 60 bpm: bradicardia
 - > 100 bpm: taquicardia.

8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
3. SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Procedimentos básicos**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
4. TAYLOR, Carol. **Fundamentos de enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VERIFICAÇÃO DE PULSO PERIFÉRICO

| 1-FINALIDADE: Detectar precocemente desvios de normalidade, indicar variações de ritmo, amplitude e frequência cardíaca. | |
|--|--|
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: realizar diariamente em todos os pacientes internados. Contraindicação: não existe contra-indicação relatada. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: Quebra da técnica: não contar os batimentos cardíacos durante 60 segundos completos, pois pode haver alterações de frequência ou ritmo; Utilizar os dedos indicador e médio, evitando-se confusão com o pulso do próprio examinador. | |
| 5-MATERIAL: Relógio com ponteiro de segundos. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Higienizar as mãos; 02- Explicar o procedimento ao paciente; 03- Colocar o paciente em posição deitada ou sentada; 04- Colocar as polpas digitais dos dedos médio e indicador sobre a artéria, fazendo uma leve pressão; 05- Contar os batimentos cardíacos por 60 segundos, se irregular ou em uso de medicação cardiovascular, e por 30 segundos multiplicado por 2, se regular, observar alterações; 06- Repetir o procedimento, se necessário; 07- Higienizar as mãos; 08- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário. | 01-Reduzir transmissão de microrganismos; 02-Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; 03-Facilitar o acesso ao local do pulso; 04-As pontas dos dedos são as partes mais sensíveis da mão para se palpar a pulsação arterial; o polegar apresenta pulsação própria interferindo na precisão; muita compressão oblitera o pulso e prejudica o fluxo de sangue; 05- Ritmo cardíaco irregular é avaliado com mais precisão, quando medido no intervalo maior; 07- Evitar a disseminação de microorganismos; 08- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. |

7-RECOMENDAÇÕES:

- A amplitude do pulso, ritmo e frequência devem ser avaliados e comunicados se anormais.
- O pulso em neonatos é mais fácil de ser verificado na artéria braquial.
- Pacientes desidratados, com febre, tensões, arritmias, hipotermia têm pulso em maior frequência.
- Evite verificação do pulso durante situações de estresse para o paciente.

Valores de referência:

- No adulto: 60 a 100 bpm (normosfigmia)
 - < 60 bpm (bradisfigmia)
 - > 100 bpm (taquisfigmia)
- Abaixo de 7 anos:80 a 120 bpm
- Acima de 7 anos:70 a 90 bpm
- Puberdade: 80 a 95 bpm

8-REFERÊNCIAS:

- 1.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 2.POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- 3.SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Procedimentos básicos**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).

CONTROLE DE TEMPERATURA AXILAR

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: Verificar o ganho ou perda de calor produzido pelo organismo, por localização axilar. Obter parâmetros vitais do paciente. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: em todos os pacientes internados periodicamente. Contraindicação: pacientes com presença de abscessos axilares ou queimadura em região axilar. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliar de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTO-CRÍTICO: Situações de termorregulação alterada: <ul style="list-style-type: none"> • Alterações Neurológicas (lesões cerebrais, hipopituitarismo, AVC, lesões medulares); • Extremos de idade: prematuros e idosos; • Infecções ou inflamações; • Paralisia de grandes áreas corpóreas; • Doenças da supra-renal; • Desidratação; • Grandes queimados; • Doenças cardiovasculares. | |
| 5-MATERIAL: Bandeja, álcool 70%, algodão, termômetro. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Higienizar as mãos; 02- Reunir o material e levar ao quarto, próximo ao paciente; 03- Explicar o procedimento ao paciente; 04- Colocar o paciente em posição confortável; 05- Fazer a desinfecção do termômetro utilizando algodão com álcool 70%; 06- Segurar e movimentar, longe de objetos sólidos, e com cuidado até a coluna atingir 35°C; 07- Colocar o termômetro na região axilar do paciente posicionando o membro sobre o tórax; | 01- Reduzir transmissão de microrganismos; 03- Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; 05-O álcool é um desinfetante de nível intermediário com atividade antimicrobiana; 06-Para que o mercúrio desça ao bulbo; 07- Balançar o termômetro energicamente, abaixa o nível de mercúrio no tubo de vidro; |

| | |
|--|---|
| <p>08- Manter nesta posição por 5 a 10 minutos;</p> <p>09- Remover o termômetro e ler a marcação do mercúrio ao nível dos olhos;</p> <p>10- Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;</p> <p>11- Guardar o material em local apropriado;</p> <p>12- Orientar paciente/acompanhante quanto aos sinais e sintomas de possíveis alterações de temperatura;</p> <p>13- Higienizar as mãos;</p> <p>14- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>08- A medida axilar requer tempo maior para a expansão do mercúrio aumentando a precisão da medida;</p> <p>10-O álcool é um desinfetante de nível intermediário com atividade antimicrobiana;</p> <p>13- Reduzir a transmissão de microorganismos;</p> <p>14- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Qualquer alteração abrupta na temperatura deve ser comunicada ao enfermeiro.
- Valores normais: 36,1°C a 37,2°C
- Variações de temperatura:
 - Hipotermia = abaixo de 36,0°C
 - Estado sub-febril ou febrícula = 37,3°C a 37,7°C
 - Febre = 37,8°C a 38,9°C
 - Pirexia = 39,0°C a 40,0°C
 - Hipepirexia = acima de 40,0°C
- A medida da temperatura em casos especiais pode ser verificada na boca, reto, ouvido e esôfago.
- Os termômetros de ouvido, retal e esofágico devem ser usados com protetor descartável.
- Na mensuração de temperatura retal: introduzir cerca de 4 cm do termômetro na cavidade retal e retirá-lo após 3 minutos.
- Na mensuração de temperatura oral: posicionar o mesmo na cavidade oral, sublingual, na porção mais posterior e retirá-lo após 3 minutos.
- Secar a região axilar ou orientá-lo a fazer, se necessário.

8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
3. SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Procedimentos básicos**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).

MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

1-FINALIDADE:

Detectar precocemente desvios de normalidade e indicar variações individuais de níveis pressóricos para conduzir o tratamento.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: Realizar diariamente em todos os pacientes internados, principalmente nos que se encontram em estado de alto risco, unidades de emergência e cuidados intensivos.

Contraindicação: Não medir em membros com Trombose Venosa Profunda (TVP), acessos venosos, lesões como: infiltrações, edemas, extravasamentos e fístulas artério-venosas. Em pacientes mastectomizados: nunca verificar a pressão arterial (PA) no membro do lado da mastectomia.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO/PONTO CRÍTICO:

- No procedimento técnico: erros de leitura que podem ser causados por manguitos de tamanhos incorretos e colocados de forma frouxa ou apertado, manguito desinsuflado muito lento ou rapidamente, membro posicionado de maneira incorreta e sons inaudíveis.
- Registro da pressão arterial quando o som for duvidoso ou não perceptível.
- Agravamento do quadro clínico por registro incorreto.

5 – MATERIAL:

Estetoscópio, esfigmomanômetro, algodão, álcool 70%.

6 –DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

MEDIDA DE PRESSÃO ARTERIAL EM MEMBROS SUPERIORES

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| 01-Higienizar as mãos; | 01- Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02-Reunir o material necessário e levar para junto do paciente; | |
| 03-Certificar que o estetoscópio e esfigmomanômetro estejam íntegros e calibrados; | |
| 04- Explicar o procedimento ao paciente; | 04- Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 05- Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido; | 05- Relaxar o paciente e reduzir a possibilidade de elevação da pressão sanguínea por estresse ou desconforto; |
| 06- Identificar o manguito adequado, realizar assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%; | 06-O álcool é um desinfetante de nível intermediário com atividade antimicrobiana; |

| | |
|--|---|
| <p>07-Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima do fossa cubital sem deixar folgas;</p> <p>08- Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria. Anotar o ponto no manômetro em que o pulso Desaparece;</p> <p>09- Desinsuflar o manguito lentamente;</p> <p>10- Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito Novamente;</p> <p>11-Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;</p> <p>12-Manter o diafragma do estetoscópio firme sobre o pulso braquial e insufle o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20-30 mmHg acima desta pressão;</p> <p>13- Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);</p> <p>14-Desinsuflar totalmente o manguito;</p> <p>15-Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;</p> <p>16-Retirar o manguito do braço do paciente;</p> <p>17-Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;</p> <p>18- Higienizar as mãos;</p> <p>19- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>07-Evitar erro de medição;</p> <p>08-O ponto em que o pulso desaparece, é uma estimativa da pressão sistólica. Para identificar com exatidão o primeiro som de KorotKoff, o manguito precisar estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode mais ser sentido;</p> <p>10- Tempo necessário para diminuição da congestão venosa;</p> <p>15- Tempo suficiente para permitir a circulação do sangue;</p> <p>17-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>18-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>19-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|---|

MEDIDA DE PRESSÃO ARTERIAL EM MEMBROS INFERIORES

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|---|
| 01- Reunir o material necessário e levar para junto do Paciente; | 01- Promover eficiência na organização do tempo; |
| 02-Explicar o procedimento ao paciente; | 02- Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 03-Higienizar as mãos; | 03- Reduzir a disseminação de microrganismos; |
| 04-Colocar o manguito no membro, ajustando-o acima da fossa poplíteia; | |
| 05-Fechar a válvula da pêra; | 05-Prevenir o escape de ar bombeado; |
| 06-Insuflar o manguito até que a pulsação na artéria pare e possa ser feita a verificação da PAS neste ponto(método palpatório); | 06-Prever uma pressão sistólica estimada; |
| 07-Esvaziar o manguito e espere de 15-30 seg.; | 07-Permitir o retorno normal do fluxo sanguíneo; |
| 08-Posicionar o diafragma do estetoscópio levemente sobre o local da artéria poplíteia; | 08-Garantir uma verificação precisa; |
| 09-Insuflar o manguito a uma pressão de até 30 mmHg a mais do que o ponto em que o pulso anteriormente desapareceu; | 09-Facilitar a identificação dos sons de Korotkoff na fase I; |
| 10- Desinsuflar lentamente o manguito; | |
| 11- Anotar o valor onde foi ouvido o primeiro ruído e onde foi ouvido o término ou modificação deste ruído claro; | |
| 12- Repetir o procedimento, se necessário; | |
| 13- Desinsuflar totalmente o manguito e retirá-lo do braço do paciente; | |
| 14- Realizar assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio e guardar o material; | 14-O álcool é um desinfetante de nível intermediário com atividade antimicrobiana; |
| 15- Higienizar as mãos; | 15-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 16- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário. | 16-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres). |

7-RECOMENDAÇÕES:

- Os valores anotados são denominados de pressão sistólica (tensão Máxima) e pressão diastólica (tensão mínima).
- Valores normais: (são variáveis segundo o sexo e a idade)

Para adultos:

- Tensão máxima ou sistólica = entre 90 e 130 mmHg
- Tensão mínima ou diastólica = entre 60 e 85 mmHg

Para crianças:

- Tensão máxima ou sistólica = entre 60 e 90 mmHg
- Tensão mínima ou diastólica = entre 30 e 60 mmHg
- Para garantir uma leitura precisa, a largura do manguito deverá ser 40% da circunferência do ponto médio do membro no qual está sendo utilizado (ou aproximadamente 20% mais amplo do que o diâmetro do mesmo local). O comprimento do manguito deverá ser equivalente a 80% da circunferência do ponto médio do membro.
- Se for uma mensuração inicial, faça a medida da pressão em ambos os braços. Passe a medir a pressão no braço cujo valor foi o maior detectado.
- Durante verificação da pressão sanguínea na coxa, a medida sistólica tende a ser 10-40 mmHg superior àquela obtida nos braços, mas a medida diastólica é similar.

CONSIDERAÇÕES EM PEDIATRIA:

1. A largura da bolsa inflável do manguito deve obedecer à padronização AHA, que recomenda que a largura da bolsa inflável seja equivalente a 40% da circunferência do braço, e que o seu comprimento seja o dobro da largura. Estes tamanhos guardam uma boa correlação com as medidas obtidas por via direta (intra-arterial).
2. A pressão arterial será subestimada se a bolsa for mais larga que a recomendada e superestimada quando for mais estreita.

8-REFERÊNCIAS:

1. BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. **Manual de atenção ao idoso da rede da SES-DF**. Brasília, 2006.
2. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
4. SWEARINGEN, Pâmela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2001.
5. TAYLOR, Carol. **Fundamentos de enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
6. TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

| 1-FINALIDADE: Avaliar, registrar e monitorizar a condução elétrica do coração, fornecendo dados para a conduta terapêutica. | |
|--|--|
| 2-INDICAÇÃO/ CONTRAINDICAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Para pacientes hemodinamicamente instáveis; • Patologias cardíacas descompensáveis; • Distúrbios da condução e em risco de sofrer arritmias; • Controle rigoroso da frequência cardíaca. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO / PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Reação alérgica no local do eletrodo. • Erros de leitura que podem ser causados por mal posicionamento ou contato entre os eletrodos e a pele. | |
| 5-MATERIAIS: Aparelho de tricotomia (se necessário), gaze, pano seco, eletrodos, álcool a 70%, monitor cardíaco, cabo e fios de derivação. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Conectar o monitor na tomada e ligar; | |
| 02- Inserir o cabo de modo adequado ao monitor | |
| 03- Fazer a conexão das derivações ao aparelho. Pode-se usar um sistema de 3 ou 5 derivações; | |
| 04- Higienizar as mãos; | 04- Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 05- Explicar o procedimento ao paciente e expor o tórax; | 05- Reduz ansiedade e propicia cooperação; |
| 06- Em caso de necessidade, fazer tricotomia de uma área de cerca de 10 cm de diâmetro em torno do local de cada eletrodo; | 06- Permitir melhor condutividade; |
| 07- Fazer higiene da área com compressa ou gaze com álcool a 70%; | 07- Remover secreções cutâneas que possam interferir no funcionamento do eletrodo; |
| 08- Promover abrasão da área seca friccionando-a rapidamente até avermelhar; | 08- Para remover células cutâneas mortas e promover melhor contato elétrico com as células vivas |
| 09- Remover a cobertura do eletrodo com gel, certificando-se de que o gel está úmido e colocar os eletrodos no paciente, pressionando firmemente seguindo as recomendações de cor | 09- Para garantir boa adesão e vedação; |

| | |
|---|---|
| <p>ou abreviatura grifadas nos mesmos;</p> <p>10- Conectar os eletrodos ao cabo do monitor;</p> <p>11- Verificar se todas as funções estão corretas;</p> <p>12- Acionar a tecla correspondente à derivação desejada;</p> <p>13- Deixar acionada a tecla de alarme do monitor, estabelecendo parâmetros máximo e mínimo;</p> <p>14- Observar o traçado e o ritmo da frequência cardíaca do paciente;</p> <p>15- Deixar o paciente confortável no leito;</p> <p>16- Higienizar as mãos;</p> <p>17- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>16-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>17-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Ao posicionar os eletrodos, evitar áreas com presença de curativos ou lesões, saliências ósseas, locais peludos, áreas de aplicação das placas do desfibrilador ou áreas para compressão torácicas.
- Deve-se observar e ficar atento às mudanças do traçado. Neste caso, verificar se os eletrodos estão bem posicionados e se não ocorreu a desconexão do cabo e dos eletrodos.
- Inspeção o gel dos eletrodos, verificando se está com umidade adequada. Se estiver seco, descarte o eletrodo e substitua-o.
 - Avalie a integridade da pele e reposicione os eletrodos de 24 em 24 horas ou conforme a necessidade.
 - Ao trocar os eletrodos, fazer limpeza da pele com água e sabão, removendo toda a pasta eletrolítica.
 - Quando soar o alarme do monitor, o enfermeiro deve avaliar o estado clínico do paciente, para verificar se o problema é uma arritmia verdadeira ou uma disfunção do sistema de monitorização.
 - Certifique-se de que todos os equipamentos elétricos e todas as tomadas estejam aterrados, para evitar choques elétricos e interferências. Do mesmo modo, assegure-se de que o cliente esteja limpo e seco, para evitar choques elétricos.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al, **Procedimentos e Protocolos**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2005.
2. CARMAGNANI, M. I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.

**MANUTENÇÃO/LIMPEZA NO SISTEMA DE DRENAGEM A VACUO SANFONADO
(PORTOVAC)**

1-FINALIDADE:

Compressão do dispositivo sanfonado a fim de criar uma pressão negativa, favorecendo a manutenção do vácuo e a retirada de secreções em feridas cirúrgicas.

2-INDICAÇÃO/CONTRA INDICAÇÃO:

Para drenagem de secreções em sítios cirúrgicos.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO/ PONTOS CRITICOS:

- Aumento de coleção de secreção no local do sitio cirúrgico;
- Infecção;
- Interrupção da drenagem por pinçamento da extensão do dreno.

5-MATERIAIS:

Luvas de procedimento, frasco graduado.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|---|---|
| <p>A. Para estabelecer o vácuo</p> <p>01- Higienizar as mãos;</p> <p>02- Calçar as luvas;</p> <p>03- Pinçar a extensão da conexão do dreno;</p> <p>04- Abrir a tampa do reservatório;</p> <p>05- Pressionar o reservatório de encontro a uma superfície rígida, com auxílio de ambas as mãos;</p> <p>06- Fechar a tampa do reservatório, ainda pressionando- o com as mãos;</p> <p>07- Despinçar a extensão da conexão do dreno;</p> <p>B. Para esvaziar o reservatório</p> <p>08- Lavar as mãos e calçar as luvas;</p> <p>09- Pinçar a extensão da conexão do dreno;</p> <p>10- Abrir a tampa do reservatório;</p> | <p>01-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>02-Promover barreira física entre as mãos e fluidos corporais;</p> <p>03- Evitar entrada de ar;</p> <p>05- Deixar o reservatório isento de ar para a aspiração ser eficiente e evitar obstrução do dreno;</p> |

| | |
|--|--|
| <p>11- Desprezar o conteúdo coletado do reservatório em um frasco graduado, observando cor, aspecto e quantidade;</p> <p>12- Estabelecer o vácuo novamente;</p> <p>13- Despinçar a extensão da conexão do dreno;</p> <p>14- Desprezar o material drenado no vaso sanitário do paciente e lavar o frasco graduado;</p> <p>15- Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>16- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>12-Permitir a drenagem;</p> <p>15-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>16-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O reservatório deverá ser preso em algum lugar seguro na cama. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CARMAGNANI, M. I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009. | |

AUXÍLIO E CUIDADOS NA PASSAGEM DO CATETER VENOSO CENTRAL

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: Auxiliar o médico na inserção do cateter em veia subclávia ou jugular. | |
| 2-INDICAÇÃO/ CONTRAINDICAÇÃO: É indicado a pacientes que não possuam condições de rede venosa ou necessitem de uma via de acesso calibroso e que suporte medicações irritantes, para coleta de sangue, nutrição parenteral, sangue e seus derivados. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTOS/CRITICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Infecção por contaminação do curativo ao realizar o procedimento; • Infecção causada pelo próprio paciente: perda da via. | |
| 5-MATERIAIS: Bandeja, pacote de curativo, mesa auxiliar, avental cirúrgico estéril, máscara descartável, óculos protetor, álcool a 70%, fio de sutura, lidocaína 2% sem vasoconstritor, PVPI ou clorexidina degermante e alcoólica, kit de subclávia, gaze estéril, SF 0,9%, equipo, suporte de soro, equipe intermediário, gaze, fita adesiva hipoalergênica, seringa 20 ml e 10 ml, luvas estéril e de procedimento, algodão e lâmina de bisturi(se necessário). | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Explicar ao paciente o que vai ser feito e a importância de sua colaboração; | 01-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02- Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 03- Colocar os EPI (máscara, óculos e luva de procedimento); | 03- Prevenir a exposição a riscos biológicos; |
| 04- Preparar a área de colocação do cateter, aparar os pêlos, se necessário; | 04-Os pêlos podem abrigar microrganismos; |
| 05 -Conectar a solução fisiológica 0,9% no equipo de soro e este no intermediário e retirar o ar do sistema; | |
| 06-Posicionar o paciente em decúbito dorso-horizontal e em ligeiro "Trendelenburg", com os braços estendidos ao longo do corpo; | 06-Para dilatação das veias e redução do risco de embolia gasosa; |
| 07- Estabelecer um campo estéril em uma mesa usando o campo que envolve a bandeja. Oferecer ao médico máscara, avental ou capote estéril, luvas estéreis e disponibilizar os materiais a serem utilizados no procedimento; | |
| 08- Pedir ao paciente que vire a cabeça para o lado oposto ao da inserção do cateter; | 08- Prevenir contaminação por patógenos aerógenos e possibilitar melhor acesso ao local de punção; |

| | |
|--|--|
| <p>09- Oferecer ao médico as soluções antissépticas;</p> <p>10- Fazer antisepsia do frasco/ampola de lidocaína 2%; em seguida, inverter o frasco/ampola e oferecer ao médico para que ele aspire a solução;</p> <p>11- Abrir a embalagem do cateter e passar ao médico adotando técnica estéril. Em seguida o médico insere o cateter;</p> <p>12- Conectar o equipo de soro ao cateter, abrir a pinça do equipo e verificar o gotejamento da solução;</p> <p>13- Abaixar o frasco do soro com cuidado, conservando sua posição, até se verificar o refluxo de sangue pelo equipo;</p> <p>14- Levantar novamente o frasco, colocá-lo no suporte e assegurar a permeabilidade do cateter através de gotejamento lento;</p> <p>15- Elevar ligeiramente a cabeceira do paciente;</p> <p>16- Fazer curativo oclusivo ou auxiliar o médico neste Procedimento;</p> <p>17- Colocar o paciente em posição confortável;</p> <p>18- Recolher e encaminhar ao expurgo o material utilizado e deixar a unidade do paciente limpa e em ordem;</p> <p>19- Desprezar material perfuro cortante em local apropriado;</p> <p>20- Retirar os EPIs;</p> <p>21- Higienizar as mãos;</p> <p>22- Fazer anotação sobre o procedimento, intercorrências e local em que foi inserido o cateter;</p> <p>23- Encaminhar ao RX para controle do posicionamento do cateter, se houver solicitação médica.</p> | <p>12-Evitar complicações como embolia gasosa;</p> <p>13- Verificar a correta localização do cateter;</p> <p>17-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>19-Prevenir acidentes;</p> <p>21-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>22- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Deve-se observar a permeabilidade deste catéter. Em caso de obstrução ou desligamento, avisar o médico.
- O curativo deve ser trocado a cada 24 horas. O aspecto do local da inserção deve ser anotado nas observações de enfermagem. A detecção precoce de infecção local e a retirada do catéter impedirão a disseminação da infecção e o consequente agravamento do estado de saúde do paciente.
- Deverá ser mantida observação constante em relação à permeabilidade do cateter; caso ocorra obstrução deverá ser usada uma seringa de 1 ml para aspiração do trombo.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual de recomendações de prevenção e controle das infecções em estabelecimentos de saúde**. Brasília, 2005.
3. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA FACIAL

| | |
|---|---|
| 1-FINALIDADE: Melhorar a oxigenação, a perfusão tecidual e corrigir a acidose respiratória. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: Reduzir o esforço respiratório em emergência respiratória ou cardíaca, pacientes com demanda metabólica alta (politraumatizado, queimaduras ou febre alta), para reforçar os níveis alveolares de oxigênio Contraindicação: pacientes com claustrofobia. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTOS CRITICOS: Intoxicação por concentrações altas de oxigênio, ressecamento da córnea e mucosa oral, sensação de sufocamento, úlceras de pressão em face e orelhas, ressecamento de secreções devido a umidificação inadequada. | |
| 5-MATERIAIS: Traquéia ou extensão de látex, máscara, fluxômetro, água destilada, cadarço, fonte de oxigênio, umidificador. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Conferir a prescrição médica; | 01-Evitar erros; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 03- Reunir todo o material e levar junto ao paciente; | 03-Organização e o controle eficiente do tempo; |
| 04- Explicar o procedimento ao paciente/familiar; | 04-Reduzir ansiedade, reduzindo o consumo de oxigênio e propiciar cooperação; |
| 05- Colocar o paciente em posição de Fowler; | 05-Promover ventilação ideal; |
| 06- Preencher o umidificador com água destilada estéril até o nível máximo; | 06-Prevenir a desidratação das mucosas; |
| 07- Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio; | |
| 08- Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio; | |
| 09- Abrir o fluxômetro que regula a quantidade de oxigênio em litros por minuto, de acordo com a prescrição médica, certificando-se de sua permeabilidade; | 09- Garantir o aporte de oxigênio prescrito; |
| 10- Colocar a máscara sobre o nariz, a boca e o queixo do paciente delicadamente, se necessário colocar gaze entre a máscara e a face para garantir boa vedação; | 10- Sem boa vedação, o ar ambiente diluirá o oxigênio, impedindo a administração da concentração prescrita; |

| | |
|--|---|
| <p>11- Ajuste a faixa elástica em torno da cabeça para prender a máscara firmemente, mas de maneira confortável;</p> <p>12- Observar o paciente por alguns minutos e verificar a pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória;</p> <p>13- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>14- Higienizar as mãos;</p> <p>   Checar o procedimento;</p> <p>   Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>12- A frequência e o padrão respiratórios do paciente, a cor e qualquer outra observação, indicam a eficácia da oxigenoterapia;</p> <p>14-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>15-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>16-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Em casos de insuficiência respiratória, deve-se deixar preparado o material para intubação endotraqueal. Em algumas situações, a oxigenoterapia pode ser usada intermitentemente, como em pacientes que estão se recuperando de anestesia ou em paciente com traqueostomia recente.
- As máscaras, traquéias e frascos de nebulização devem ser lavadas e colocados em solução desinfetante. O sistema de nebulização deve ser trocado a cada 24 horas.
 - O oxigênio deve ser tratado como uma medicação, pois tem efeitos colaterais perigosos, como atelectasia ou toxicidade(Thompson,2002).
 - O enfermeiro deverá checar rotineiramente as prescrições médicas e verificar se o paciente está recebendo a concentração de oxigênio prescrita.
 - Avisos de “não fumar” deverão ser colocados nas unidades pois, o oxigênio é um gás altamente combustível. Embora não queime ou cause espontaneamente uma explosão, pode facilmente iniciar um incêndio se entrar em contato com uma faísca de chama aberta ou de equipamento elétrico.
 - As máscaras podem dar sensação de sufocação, e o paciente necessita de frequente atenção e tranquilização.

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al, **Procedimentos e Protocolos**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
4. SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Procedimentos básicos**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
5. TAYLOR, Carol et al. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre, Artmed, 2007
6. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI

| <p>1-FINALIDADE: Melhorar a oxigenação através do fornecimento de concentrações de oxigênio (24 a 50%) precisas, seguras e controladas.</p> | |
|--|---|
| <p>2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: para pacientes que dependem de um <i>drive</i> respiratório hipóxico (como na doença pulmonar obstrutiva crônica). Contraindicação: pacientes com claustrofobia.</p> | |
| <p>3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.</p> | |
| <p>4-RISCO/PONTOS CRÍTICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicação por concentração elevada de O₂; • Ressecamento de córnea, mucosa oral; • Sensação de sufocamento; • Desconforto. | |
| <p>5-MATERIAIS: Bandeja, máscara, prolongamento de O₂, traquéia, fonte de oxigênio, fluxômetro, umidificador, água destilada, diluidores coloridos para diferentes concentrações (24%, 28%, 31%, 35%, 40% e 50%) e adaptador para nebulização.</p> | |
| <p>6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Higienizar as mãos; | 01- Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02- Conferir prescrição, reunir todo o material e levar junto ao paciente; | 02- Evitar erros, organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03- Orientar o paciente sobre o procedimento; | 03- Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 04- Colocar o paciente em posição de “Fowler”; | |
| 05- Adaptar a máscara à traquéia e esta ao diluidor colorido, de acordo com a prescrição médica; | |
| 06- Ajustar o adaptador de nebulização ao diluidor colorido escolhido, mesmo que a nebulização não tenha sido prescrita; | 06- O adaptador de nebulização evitará que a entrada de ar do tubo seja ocluída pela roupa de cama ou pelo próprio corpo do paciente; |
| 07- Preencher o umidificador com água destilada estéril até o nível máximo; | |
| 08- Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio; | |
| 09- Adaptar o sistema venturi ao umidificador e ajustar o | 09- Garantir o aporte de oxigênio prescrito; |

| | |
|---|---|
| <p>fluxômetro de acordo com a prescrição médica;</p> <p>10- Colocar a máscara de venturi sobre o nariz, a boca e o queixo do paciente delicadamente, ajustando o elástico na parte posterior da cabeça;</p> <p>11-Deixar o paciente em confortável;</p> <p>12-Recolher o material;</p> <p>13- Higienizar as mãos;</p> <p>14-Checar o procedimento;</p> <p>15- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>10- Máscara frouxa ou mal encaixada resultará em perda de oxigênio e valor terapêutico diminuído;</p> <p>11- Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>12- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>13- Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>14- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>15- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- As máscaras de Venturi permitem que o fluxo de oxigênio penetre na máscara facial através de um orifício, misturando-o com o ar ambiente para fornecer uma concentração desejada. Estas Máscaras precisam estar bem ajustadas à face, para se obter o resultado desejado.
- Em caso de insuficiência respiratória, deve-se preparar material para intubação endotraqueal. Em algumas situações, a oxigenoterapia pode ser usada intermitentemente, como em pacientes que estão recuperando-se de anestesia ou em pacientes com traqueostomia recente, com o objetivo de fornecer aporte de oxigênio.
- A água destilada, utilizada para umidificação, deverá ser trocada na sua totalidade e não apenas ser completada.

8-REFERÊNCIAS:

1. AEHLERT, Bárbara. **ACLS, advanced cardiac life support**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. POTTER, Patrícia A.; ANNE, Griffin P. **Fundamentos de enfermagem**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
4. SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Procedimentos básicos**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
5. SWEARINGEN, Pâmela L. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 2001.
6. TAYLOR, Carol et al. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre, Artmed, 2007.

OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: Fornecer a quantidade adequada de oxigênio através de um cateter nasal. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: Pacientes com leve dispnéia, ou para os que possuem doenças pulmonares crônicas (DPOC). Contraindicação: Capacidade vital reduzida com respiração profunda e maior suporte de oxigênio. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTOS CRITICOS: • Ressecamento da mucosa nasal; • Lesão por pressão no lóbulo da orelha. | |
| 5-MATERIAIS: Cateter nasal, umidificador, extensão de látex, fluxômetro, água destilada, luva de procedimento, fonte de oxigênio. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01-Conferir a prescrição; | 01-Evitar erros; |
| 02-Higienizar as mãos; | 02-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 03-Reunir todo o material e levar junto ao paciente; | 03- Organização e o controle eficiente do tempo; |
| 04-Orientar o paciente e família sobre o procedimento; | 04-Diminuir a ansiedade, reduzindo o consumo de O ² e aumentando a cooperação; |
| 05-Preencher o umidificador com água destilada até o nível máximo; | 05-Evitar o ressecamento das membranas mucosas nasais e orais e secreções nas vias aéreas; |
| 06- Conectar o umidificador à rede de oxigênio através do Fluxômetro; | |
| 07- Conectar a extensão de silicone do catéter no umidificador de oxigênio; | |
| 08- Calçar as luvas de procedimento; | 08-Promover barreira física entre as mãos e fluidos corporais; |
| 09- Colocar o cateter nasal nas narinas do paciente, ajustar a faixa elástica/cordão em torno da cabeça para prender o catéter firmemente, mas de maneira confortável; | |
| 10- Abrir o fluxômetro que regula a quantidade de oxigênio em litros por minuto, de acordo com a prescrição médica; | 10-Garantir o aporte de oxigênio prescrito; |
| 11-Checar o procedimento; | 11-Informar que a ação foi realizada; |

| | |
|--|--|
| 12- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário. | 12-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres). |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> •O uso de oxigênio por períodos prolongados, seja por cateter, ou por máscara facial, deve ser feito com prescrição médica. •A equipe de enfermagem deve observar os seguintes sinais em paciente que estão recebendo oxigênio: perfusão periférica, frequência respiratória e cardíaca, alterações de pressão sanguínea, e rebaixamento do nível de consciência. •O oxigênio deve ser administrado sempre umidificado para prevenir o ressecamento das vias aéreas e das secreções •Os umidificadores deverão ser trocados a cada 24 horas obrigatoriamente. •A água destilada, utilizada para umidificação, deverá ser trocada na sua totalidade e não apenas ser completada. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 2. POTTER, P. A.; ANNE, G. P. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 3. SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. Procedimentos básicos. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos). 4. TIMBY, Bárbara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. | |

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

1-FINALIDADE:

Manter as vias aéreas desobstruídas e melhorar a troca gasosa.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: Presença de sons adventícios à ausculta; suspeita de broncoaspiração gástrica ou de via aérea superior; sons ou movimentos audíveis de secreções; aumento do pico de pressão na ventilação mecânica, da saturação arterial de oxigênio(SaO₂) ou nos níveis da saturação arterial via oximetria de pulso; crise súbita de insuficiência respiratória, quando a permeabilidade da via aérea é questionada.

Contraindicação: Deve ser utilizada com cuidado em casos de sangramento nasofaríngeo ou de extravasamento de líquido cefalorraquidiano para a área nasofaríngea, em clientes que sofreram traumatismo, naqueles medicados com terapia anticoagulante, e nos clientes portadores de discrasias sanguíneas, porque aumentam o risco de sangramento.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCOS/PONTOS CRITICOS:

Hipoxemia; arritmias cardíacas; parada cardíaca; broncoaspiração; traumatismo da mucosa traqueal; microatelectasias; alteração da PCO₂; hipertensão arterial; aumento da pressão intracraniana; infecções; ansiedade.

5-MATERIAIS:

Bandeja, aspirador, frasco de aspiração, máscara, óculos, gorro, avental, sonda de aspiração, gaze, luvas estéril e de procedimento, SF 0,9% ou água destilada, ressuscitador manual, fonte de oxigênio.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| <i>Aspiração de vias aéreas inferiores</i> | |
| 01- Reunir o material e levar ao quarto; | 01-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Explicar o procedimento ao paciente e tranquiliza-lo durante todo o procedimento; | 02-Diminuir a ansiedade e propiciar a cooperação; |
| 03- Higienizar as mãos; | 03-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 04- Colocar o cliente em semi-Fowler ou Fowler, se for tolerável e interromper a dieta; | 04- Promover conforto, oxigenação, reduz o esforço para a ventilação e prevenir vômitos e a aspiração; |
| 05- Abrir a embalagem da sonda (somente a parte que conecta na extensão do tubo coletor), utilize o restante da embalagem para protegê-la, mantendo-a estéril, adapte-a à extensão do aspirador; | 05-Evitar contaminação do material; |
| 06- Colocar a máscara descartável, gorro, avental e óculos | 06-Prevenir a exposição a riscos biológicos; |

| | |
|---|---|
| <p>protetores e luvas estéreis;</p> <p>07- Regular a pressão do aspirador/vacuômetro com a mão considerada não estéril (não dominante), mantendo a pressão conforme recomendação;</p> <p>08- Proporcionar hiperoxigenação do paciente, conectado ao ventilador mecânico por 30 segundos, de três formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pressionar o botão de hiperoxigenação no ventilador; ou • Aumentar o nível de FiO2 para 100% no ventilador; ou • Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para a realização de seis ventilações em 30 segundos. <p>09- Para o paciente em ventilação espontânea com tubo endotraqueal, a hiperoxigenação e hiperventilação também devem ser realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o fluxo de oxigênio e orientar o paciente a realizar inspirações profundas antes do procedimento ou ventilar quatro ou cinco vezes com o ressuscitador manual conectado ao oxigênio; <p>10- Desconectar o ventilador mecânico com a mão enluvada, não estéril, protegendo a conexão em Y do circuito;</p> <p>11- Com a mão não dominante segurar a parte da sonda não estéril e com a mão dominante, retirar a sonda de forma a mantê-la estéril;</p> <p>12- Lubrificar a sonda com água destilada ou soro fisiológico 0,9% (estéril) e manter o frasco com a solução próximo ao leito para a limpeza das extensões após o término do procedimento;</p> <p>13- Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência e, então, retirar a sonda 1 a 2 cm antes de aplicar sucção;</p> <p>14- Desclampear a extensão e aspirar retirando a sonda com movimentos circulares. Esta etapa não deve exceder a 10 segundos;</p> <p>15- Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30s;</p> <p>16- Se necessário, repetir o procedimento, mas não realizar mais do que três ou quatro aspirações por sessão;</p> <p>17- Ao término da aspiração traqueal, promover a limpeza da</p> | <p>07- Pressões mais elevadas podem lesar as vias aéreas do paciente;</p> <p>08- Prevenir hipoxemia;</p> <p>09- Expandir os alvéolos;</p> <p>10- Evitar risco de exposição ocupacional, evitar a contaminação do circuito e, conseqüentemente, da via aérea.;</p> <p>12- A lubrificação do cateter ajuda a movimentar as secreções no interior do mesmo;</p> <p>13- Para evitar contaminações, facilitar a introdução da sonda e prevenir lesões da mucosa traqueal. É recomendado não ultrapassar a carina para prevenir lesão de mucosa brônquica e atelectasias;</p> <p>14- Favorecer adequada remoção das secreções, prevenir hipóxia;</p> <p>15- Permitir que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;</p> |
|---|---|

| | |
|--|---|
| <p>sonda com água destilada ou SF 0,9 % e realizar aspiração nasal e oral. Após todas as aspirações, lave a extensão do aspirador com solução estéril e despreze a sonda enrolando-a na mão e puxando a luva sobre ela;</p> <p>18- Deixar o paciente confortável;</p> <p>19- Recolher o material utilizado e encaminhar o material permanente ao expurgo e desprezar os resíduos em local adequado;</p> <p>20- Higienizar as mãos e retirar os EPIs;</p> <p>21- Auscultar os pulmões do paciente e reavaliar suas condições clínicas;</p> <p>22- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário, anotando o aspecto, volume e coloração da secreção aspirada.</p> <p>Aspiração de vias aéreas superiores:(Repetir os itens de 01 a 04)</p> <p>05- Colocar a máscara descartável, luvas de procedimento, gorro, avental e óculos protetores;</p> <p>06- Adaptar o vacuômetro(parede) ou aspirador(portátil) ao frasco coletor, ligar a aspiração, e regular a pressão conforme recomendações. Ocluir a ponta do tubo de conexão para verificar a pressão de aspiração;</p> <p>07- Abrir o invólucro da sonda e adapte-a à extensão do aspirador e regule a pressão do aspirador/vacuômetro;</p> <p>08- Lubrifique a sonda com água destilada ou soro fisiológico 0,9%, introduza a sonda em uma das narinas(+ 13 a 15 cm) clampeada (sem aplicar sucção) e aspire retirando a sonda, em movimento circular, por no máximo 15 s;</p> <p>09- Retire lentamente a sonda e deixe o paciente descansar por 20 a 30 s;</p> <p>10- Aspire a cavidade oral utilizando a cânula de Guedel. Se necessário, troque a sonda e insira o cateter na boca do cliente e faça avançar-lo de 7,5-10cm pelo lado da boca do cliente até alcançar o acúmulo de secreções ou até que comece a tossir;</p> <p>11- Proporcionar 2-3 minutos de descanso, enquanto o paciente continua a respirar oxigênio e/ou usar ressuscitador manual ligado ao O2;</p> | <p>18- Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>19- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>20- Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>21- Verificar a eficácia do procedimento e avaliar suas repercussões;</p> <p>22- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> <p>05- Proporcionar barreira física entre o profissional e fluidos corporais do paciente;</p> <p>06- Pressões mais elevadas causam traumatismo excessivo sem melhorar a remoção da secreção;</p> <p>08- Umedecer as superfícies interna e externa do cateter, reduz a fricção e facilita a inserção.</p> |
|--|---|

- 12- Lavar a sonda e intermediário no frasco de solução salina sempre que necessário;
- 13- Após a sessão, lave a extensão do aspirador com solução estéril e despreze a sonda enrolando- a na mão e puxando a luva sobre ela;
- 14- Fechar o vácuo e desprezar a sonda no saco de lixo;
- 15- Repetir os itens de 18, 19, 20 e 22.

7-RECOMENDAÇÕES:

- O calibre da sonda de aspiração não deve ser superior a metade do diâmetro da cânula endotraqueal ou de traqueostomia.
- Observar o paciente durante, oxigenando-os nos intervalos e conectando o respirador ao paciente com uso de ventilação mecânica.
- O funcionário deve utilizar máscara facial e óculos de proteção para proceder à aspiração como proteção pessoal.
- Para melhor eficácia na aspiração, a cabeça do paciente deve ser tracionada para a direita, para aspirar o brônquio esquerdo e, ao contrário, para aspirar o brônquio direito, com cuidado para não deslocar a cânula endotraqueal.
- A técnica de aspiração de cânula endotraqueal e da traqueostomia deve ser asséptica e feita conforme prescrição médica e de enfermagem. A aspiração frequente e a higiene oral adequada previnem infecções do trato respiratório que podem ser fatais em pacientes de terapia intensiva.
- O uso de instilação com soro fisiológico para fluidificar secreções deve ser limitado a casos de rolhas e obstrução que não se reverta somente com aspiração. Neste caso, instila-se 1 ml de SF 0,9% e aspira-se imediatamente. Este procedimento ajuda a fluidificar a secreção no entanto pode causar hipoxemia, além de infecções.
- A pressão de aspiração de parede recomendada é de 100 a 140 mmHg em adultos, de 95 a 100 mmHg em crianças e de 50 a 95 mmHg em recém-nascidos. No uso de máquina de aspiração portátil, a pressão de aspiração recomendada é de 10 a 15 mmHg em adultos, de 5 a 10 mmHg em crianças e 2 a 5 mmHg em recém-nascidos.
- Deve ser utilizada com cuidado em casos de sangramento nasofaríngeo ou de extravasamento de líquido cefalorraquidiano para a área nasofaríngea, em clientes que sofreram traumatismo, naqueles medicados com terapia anticoagulante, e nos clientes portadores de discrasias sanguíneas, porque aumentam o risco de sangramento.
- Deve-se interromper a dieta e administração de medicamentos durante o procedimento, devido a possibilidade de ocorrer vômitos e aspiração pulmonar (OLIVEIRA; ARMOND; TEDESCO, 2001, DREYER et al., 2003).

8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
3. POTTER, P. A.; ANNE, G. P. **Fundamentos de enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
4. SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Procedimentos básicos.** São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
5. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem.** 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

HIGIENE DO ESTOMA TRAQUEAL/CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

| | |
|---|----------------------|
| 1-FINALIDADE: Assegurar a desobstrução da via respiratória pela manutenção do tubo livre de acúmulo de muco, manter a integridade da mucosa e da pele e prevenir infecção. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Pacientes traqueostomizados. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros. | |
| 4-RISCO/PONTOS CRÍTICOS: Remoção da cânula, trauma, infecção, obstrução da cânula e fissuras na pele. | |
| 5-MATERIAL: Pacote de curativo, luva de procedimento e estéril, gaze, escova de limpeza, cotonete estéril, SF 0,9%, peróxido de hidrogênio, cuba-rim, cadarço ou fita, sonda de aspiração e óculos de proteção, biombo se necessário. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |

Antissepsia do estoma

- 01- Higienizar as mãos;
- 02- Reunir todo o material e levar para junto do paciente;
- 03- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- 04- Colocar biombo, se necessário;
- 05- Colocar o paciente em posição semi “fowler ou fowler”;
- 06- Colocar a luva de procedimento, máscara e óculos;
- 07- Remover o curativo e proceder a limpeza do estoma com gaze embebida em soro fisiológico;
- 08- Secar a área e aplicar curativo com gaze estéril ao redor do estoma, sob os bordos da cânula externa do tubo de traqueostomia;
- 09- Deixar o paciente em posição confortável;
- 10- Recolher o material;
- 11- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- 12- Checar na prescrição médica e fazer anotações de enfermagem;

Limpeza do intermediário da cânula metálica

- 01- Higienizar as mãos;
- 02- Reunir o material na bandeja e levar para junto do paciente;
- 03- Explicar o procedimento ao paciente;
- 04- Colocar o paciente em posição semi-“fowler ou fowler”, quando possível;
- 05- Calçar luvas de procedimento;
- 06- Destruar a cânula interna removendo-a delicadamente;
- 07- Introduzir uma gaze embebida em soro fisiológico no lado correspondente a inserção proximal da cânula e retirar no lado oposto com o auxílio de uma pinça;

- 01- Reduzir a transmissão de microrganismo;
- 02- Organização e o controle eficiente do tempo;
- 03- Diminuir a ansiedade propiciando a cooperação;
- 04- Promover privacidade;
- 05- A posição sentada ajuda o paciente a respirar com mais facilidade;
- 08- Absorver as secreções e manter limpa a área do estoma;
- 09- Demonstrar preocupação com o seu bem estar;
- 10- Manter o ambiente em ordem;
- 11- Reduzir a transmissão de microrganismos;
- 12- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento: Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

- 01- Reduzir a transmissão de microrganismo;
- 02- Organização e o controle eficiente do tempo;
- 03- Diminuir a ansiedade propiciando a cooperação;
- 05- Reduzir a transmissão de microrganismo;
- 07- Promover a limpeza da cânula;

| | |
|---|---|
| <p>08- Secar a cânula intermediária;</p> <p>09- Reintroduzir a cânula intermediária e girar para travar;</p> <p>10- Deixar o paciente em posição confortável;</p> <p>11- Recolher o material;</p> <p>12- Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>13- Checar na prescrição médica e fazer anotações de enfermagem;</p> <p>Fixação da cânula</p> <p>01- Higienize as mãos;</p> <p>02- Reunir o material na bandeja e levar para junto do paciente;</p> <p>03- Explicar o procedimento ao paciente;</p> <p>04- Colocar o paciente em posição semi-fowler ou “fowler”, quando possível;</p> <p>05- Calçar luvas de procedimento;</p> <p>06- Introduza o cardaço pelo orifício da haste da cânula de traqueostomia nos dois lados e fixe ao lado do pescoço com firmeza, porém com cuidado, para não machucar o paciente;</p> <p>07- Retire e descarte o cardaço sujo;</p> <p>08-Deixe o paciente em posição confortável;</p> <p>09-Recolher o material;</p> <p>10-Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>11- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>10-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>11-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>12-Reduzir a transmissão de microrganismo;</p> <p>13-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;</p> <p>01-Reduzir a transmissão de microrganismo;</p> <p>02- Organização e o controle eficiente do tempo;</p> <p>03-Diminuir a ansiedade propiciando a cooperação;</p> <p>05-Promover barreira física entre as mãos e fluidos corporais;</p> <p>06-A aplicação do nó ao lado do pescoço previne a ocorrência de necrose por pressão na parte posterior do pescoço quando o paciente estiver deitado;</p> <p>08-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>09-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>10-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>11-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Para prevenir formação de crostas na cânula externa, a cânula interna não deverá ser removida por mais de 5 minutos e se o paciente estiver em uso de oxigenoterapia.
- A limpeza do estoma/cânula de traqueostomia deverá ser realizada sempre que necessário

8-REFERÊNCIAS:

1. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
4. POTTER, P. A.; ANNE, G. P. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
4. TAYLOR, Carol et al. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre, Artmed, 2007
5. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

AUXILIO NA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL/NASOTRAQUEAL

1-FINALIDADE:

Controle ou manutenção da via respiratória e ventilação mecânica do cliente.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: Incapacidade do cliente em proteger sua própria via aérea devido à perda dos reflexos protetores. Em casos de anestesia geral ou situações de emergência para promover a desobstrução das vias aéreas, facilitar a aspiração ou promover meios para realização da ventilação mecânica (exemplo: coma, parada respiratória e/ou cardíaca)

Contraindicação: a intubação oral é contra-indicada em lesão aguda da coluna cervical e distúrbios espinhais degenerativos; enquanto a intubação nasal é contra-indicada em clientes com apnéia, distúrbios hemorrágicos, sinusite crônica ou obstruções nasais.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCOS/PONTOS CRITICOS:

Trauma de mucosa, quebra de dentes, hipóxia, lesão aos lábios, à boca, faringe ou cordas vocais, intubação seletiva ou esofágica, aspiração de sangue, secreções ou conteúdo gástrico, edema e erosão de laringe e em estenose, erosão e necrose traqueais, laringoespasmos, barotrauma, oclusão do tubo, arritmias e aumento da pressão intracraniana.

5-MATERIAL:

Carrinho de emergência ou mesa auxiliar, laringoscópio, mandril, luvas de procedimento, ventilador mecânico, sonda de aspiração, tubo oro-traqueal, gel anestésico ou lubrificante hidrossolúvel spray, seringa 10 ml, ressuscitador manual, fonte de oxigênio, cânula de Guedel, esparadrapo, fixador de tubo, gaze, estetoscópio.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|---|--|
| 01- Higienizar as mãos; | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02- Concentrar o material relacionado no carrinho de emergência (que deverá ser sempre conferido e repostado a cada uso); | |
| 03- Montar e testar o laringoscópio acoplando a lâmina selecionada ao cabo e deixar desligado; | |
| 04- Escolher adequadamente o tamanho do TOT (depende do tipo de paciente e da solicitação médica); | |
| 05- Proceder à montagem e verificar o funcionamento do respirador e sistemas de aspiração; | |
| 06- Calçar luvas de procedimento; | 06-Promover barreira entre a mão do profissional e os fluidos corporais do paciente; |
| 07- Colocar o paciente em posição (decúbito dorsal horizontal com hiperextensão do pescoço), retirar prótese dentária, se houver e aspirar vias aéreas se necessário; | |

| | |
|---|--|
| <p>08- Abrir o TOT, deixando-o protegido na embalagem, testar o balão e colocar o mandril em seu interior (a ponta distal do mandril deve estar retraída cerca de 1,5 cm dentro da extremidade distal do tubo);</p> <p>09- Aplicar pressão ao anel cricóideo (manobra de Selick), caso o médico solicite;</p> <p>10- Insuflar o <i>cuff</i> (balão) assim que o tubo estiver na traquéia, utilizando a seringa (manter a pressão do <i>cuff</i> entre 18 e 20 mmHg);</p> <p>11- Auxiliar na ventilação com ressuscitador manual, enquanto o médico regula o respirador;</p> <p>12- Fixar a cânula e inserir cânula de guedel, se necessário;</p> <p>13- Instalar o respirador mecânico previamente regulado pelo médico, se necessário;</p> <p>14- Observar a expansão torácica e auscultar em busca de sons respiratórios bilaterais;</p> <p>15- Deixar a unidade do paciente limpa e em ordem;</p> <p>16- Encaminhar o material ao expurgo desprezando em local próprio;</p> <p>17- Higienizar as mãos;</p> <p>18- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>08-Evitar trauma direto à traquéia;</p> <p>09- Ocluir o esôfago e reduzir a probabilidade de regurgitação gástrica;</p> <p>10- Evitar escape de ar ao redor do tubo, diminuir o risco de broncoaspiração, prevenir isquemia traqueal;</p> <p>12- A guedel evita obstrução do fluxo de ar ou a lesão do tubo com os dentes;</p> <p>14- Assegurar o posicionamento correto do tubo;</p> <p>17- Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>18- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Registrar o tempo do início do atendimento de emergência .
 - Quando o cliente está sendo ventilado mecanicamente, utiliza-se a técnica de mínimo vazamento, ou de volume oclusivo mínimo, para que seja estabelecida a insuflação correta do manguito.
 - Se não for ouvido nenhum som respiratório, ausculte a região epigástrica, enquanto o cliente é ventilado com ambu. Distensão gástrica, eructação ou som gorgolejante indica intubação esofágica.
 - Anote com exatidão a marcação no tubo onde ele sai da boca ou do nariz, para detectar deslocamento do tubo.
 - Proporcione cuidados frequentes de higiene oral ao cliente e posicione o tubo endotraqueal de modo a prevenir a formação de úlceras de pressão e evitar pressão excessiva nos lados da boca.
 - Aspire as secreções através do tubo para sua eliminação e para prevenir a formação de tampão mucoso.
 - Trocar o cadarço de fixação do tubo uma vez ao dia e quando necessário.

8-REFERÊNCIAS:

1. AEHLERT, Bárbara.. **ACLS, Advanced Cardiac Life Suport**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
2. ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
3. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
4. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
5. TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENSURAÇÃO DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)

1-FINALIDADE:

- Diagnóstico e tratamento dos diversos tipos de choque.
- Fornecer parâmetro de controle para o volume de infusão, quando se faz necessário administrar líquidos ou sangue em grandes quantidades ou com muita rapidez.
- Proporcionar informação para o reconhecimento de distúrbios hemodinamicos como o da volemia, e a capacidade da bomba cardíaca em impulsionar o sangue.

2-INDICAÇÃO/CONTRA-INDICAÇÃO:

Indicação: Cirurgia cardíaca, cirurgia neurológica, doenças renais, trauma, choque hemorrágico, choque séptico, hipovolêmico e cardiogênico, avaliando a pré-carga e o retorno venoso sistêmico.

Contraindicação: quando o cateter venoso central não estiver adequadamente posicionado (localização central: óstio de átrio direito).

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e auxiliar de enfermagem

4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

Erro na leitura devido a : Cateter venoso mal posicionado, posicionamento incorreto do paciente, coágulo no cateter, cateteres excessivamente finos ou de alta complacência; presença de bolhas de ar no sistema, cateteres dobrados ou com pontos de estrangulamento; cateteres e conexões com vazamentos, zero de referência inadequadamente posicionado;contaminação por quebra da técnica asséptica.

5-MATERIAL:

Régua de nível e milimetrada (régua graduada), equipo para PVC, torneira de 3 vias ou extensor multivia, esparadrapo, suporte de soro, fita graduada e adesiva, SF 0,9% ,suporte de soro e nivelador.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|---|
| 01- Conferir a prescrição e reunir todo o material; | 02-Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 03- Orientar o paciente/acompanhante informando como será realizado o procedimento; | 03- Diminuir a ansiedade propiciando a cooperação; |
| 04- Conectar o equipo de PVC ao frasco de soro fisiológico preenchendo todo o sistema; | |
| 05-Com a régua de nível, encontrar a linha "zero"de referência (ver encontrando o "zero" de referência) e marque no suporte de soro a altura encontrada na linha "zero"; | |
| 06- Fixar a fita graduada (vem junto ao equipo) no suporte de soro, começando no nº. 0, deixando-a completamente estendida; | |
| 07- Pendurar o frasco de soro no suporte e fixar o Y do | |

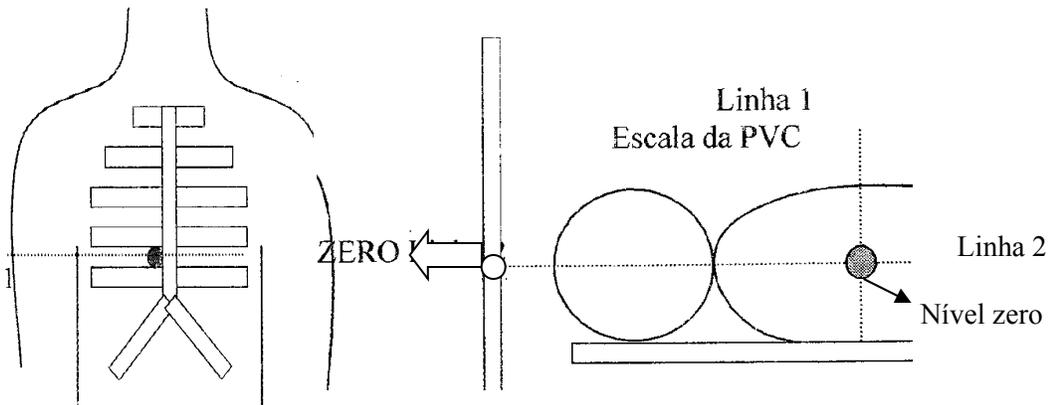
| | |
|---|---|
| <p>equipo de PVC com fita adesiva sobre o zero da fita graduada;</p> <p>08- A via mais longa do equipo de PVC será conectada ao paciente. A sua via curta, será fixada junto à fita graduada.;</p> <p>09- Realizar assepsia nas conexões com álcool a 70%;</p> <p>10- Instalar o equipo na via proximal do cateter venoso central por meio de uma torneirinha ou diretamente;</p> <p><i>Mensuração da pressão venosa central</i></p> <p>01-Seguir os passos para se encontrar o valor “zero” de referência da PVC;</p> <p>02-Abrir o equipo de PVC para que se preencha a via da coluna graduada com solução fisiológica;</p> <p>03-Fechar a torneirinha do soro de manutenção/medicação e abrir a via do soro da PVC para o paciente;</p> <p>04-Observar a queda da coluna d’água até a oscilação se estabilizar;</p> <p>05-Considerar o limite inferior da oscilação e contar os pontos tendo como referencia o ponto zero, previamente marcado;</p> <p>06-Fechar a via da PVC e abrir a do soro de manutenção/medicação;</p> <p>07-Identificar o suporte de soro, frasco de soro, equipo com o nome do paciente se for verificar novamente;</p> <p>08-Posicionar o paciente de maneira confortável;</p> <p>09- Orientar sinais e sintomas de possíveis alterações de PVC e comunicar ao enfermeira(o);</p> <p>10-Retirar o material do quarto e higienizar as mãos;</p> <p>11-Encaminhar o material ao expurgo;</p> <p>12-Checar procedimento;</p> <p>13-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>03-Outras infusões alteram o valor real da PVC;</p> <p>08-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>10-Manter o ambiente em ordem e reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>12-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>13- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES

- Utilizar técnica asséptica para manuseio do sistema. Os cateteres centrais são mais suscetíveis a contaminação do que as punções periféricas, portanto, a manipulação inadequada constitui alto risco de infecção hospitalar.
- Valores normais da PVC variam de 6 a 12 cm de H₂O.
- Os valores obtidos na mensuração da PVC são dados importantes para a continuidade da terapêutica do paciente e são comparados com a medida anterior. Por isso é importante que seja utilizado um mesmo método para achar o nível “zero”, isto é, o nível “zero” deve permanecer o mesmo. Pois, erro de nivelamento acima do ponto zero dá valores falsamente baixos e erro de nivelamento abaixo do nível zero dá valores falsamente altos.
- Toda vez que for medir a PVC é aconselhável medir também a PA, e verificar o débito urinário do paciente e anotar o resultado no relatório de enfermagem, uma vez que estas informações são estreitamente relacionadas.
- O Soro e equipo de PVC devem ser trocados conforme recomendações da CCIH e sempre que necessário.
- Havendo, no momento da aferição da PVC, outras soluções correndo no mesmo acesso venoso central, deve-se fechar todas, deixando apenas a via do equipo da PVC. Ao término da aferição, retorne o gotejamento normal das outras infusões (caso existam).
- A PVC é um dado extremamente útil na avaliação das condições cardiocirculatórias de pacientes em estado crítico desde que analisadas suas limitações, deve ser utilizada de maneira criteriosa e sempre que possível associada a outros parâmetros clínicos e hemodinâmicos.
- Normalmente a coluna d'água ou as curvas em monitor oscilam de acordo com a respiração do paciente. Caso isso não ocorra, investigue a possibilidade do cateter estar dobrado ou não totalmente pérvio.

ENCONTRANDO O “ZERO” DE REFERÊNCIA DA PVC:

- Coloca-se o paciente em decúbito dorsal horizontal a 0°, exceções deverão ser discutidas entre a equipe e anotadas. O nível "zero do paciente" ou “eixo flebostático será obtido através do cruzamento de duas linhas imaginárias:
 - ✓ linha 1- Perpendicular à base do leito do paciente passando pelo 4º espaço intercostal (no nível de junção da costela com o externo);
 - ✓ linha 2: paralela a base do leito passando pela linha axilar média do paciente;
- Uma vez determinado este ponto, uma régua de nível deverá ser posicionada horizontalmente da altura da linha axilar média no 4º espaço intercostal do paciente até a escala graduada fixada no suporte de soro, observando que número se encontra diante da escala do equipo de PVC. (O nível "zero" deve ser checado a cada medida hemodinâmica para se manter uma referência constante entre todas as medidas, pois há fatores que interferem no valor real da PVC tais como: camas que tem regulagem de altura, suporte de soro que pode se deslocar com as atividades do dia, mudança de posição no leito, movimentação excessiva, movimentos respiratórios amplos e laboriosos, pacientes conectados a respiradores mecânicos com pressão inspiratória ou PEEP, pois haverá diminuição do retorno venoso e conseqüentemente níveis alterados de PVC).
- É possível admitir-se nivelamento e zeragem do sistema com pacientes em decúbito dorsal com elevação da cabeceira em até 30°, sem repercussões hemodinâmicas importantes, se consideradas as mesmas referências anatômicas. Porém, devido à mobilização do paciente e da cabeceira da cama torna-se difícil reproduzir medidas nas mesmas exatas posições, sendo obrigatório, portanto um novo nivelamento e zeragem a cada medida.



8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. DIRETRIZES Assistenciais do Hospital Sírio Libanês. **Protocolo para abordagem do tromboembolismo pulmonar (TEP) e profilaxia da Trombose Venosa Profunda (TVP).** São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/medicos_profissionais_saude/diretrizes_assistenciais/pdf/tep_tvp.pdf. Acesso em: 06 out. 2009.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/. Acesso em: 6 out. 2009.
4. TAYLOR, Carol et al. **Fundamentos de enfermagem.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

AUXILIO NA REANIMAÇÃO NEUROCARDIOPULMONAR

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: Promover reanimação cardiopulmonar (RCP) utilizando manobras de suporte básico de vida. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: È indicado em situações de emergência com risco iminente de morte quando há necessidade de restabelecimento da respiração e circulação após a paralisação dos mesmos. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTOCRITICO: Seqüela por hipóxia, fraturas de esterno e costelas, pneumotórax e/ou hemotórax, lesão no coração e grandes vasos, laceração de órgão (principalmente fígado e baço), aspiração de conteúdo gástrico, distensão gástrica, necrose auricular, abrasão de pele labial e quebra de dentes, trauma torácico devido massagem cardíaca, lesão orotraqueal, intubação seletiva. | |
| 5-MATERIAL: Luva de procedimento, óculos de proteção, carrinho de emergência, material para intubação endotraqueal, desfibrilador, eletrocardiógrafo, biombo, tábua para massagem cardíaca, ressuscitador manual, máscara, extensão de látex, fonte de oxigênio, eletrodos, monitor cardíaco. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Higienizar as mãos; | 01- Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 02- Colocar as luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção; | 02- Proteger contra riscos capazes de ameaçar a segurança e a saúde do profissional; |
| 03- Aproximar o carrinho de emergência, desfibrilador e eletrocardiógrafo, ressuscitador automatizado (AutoPulse®) e o monitor cardíaco; | |
| 04- Isolar a cama ou a maca do paciente com biombos se o quarto não for individual. Se tiver acompanhante, solicitar que aguarde na sala de espera; | 04- Promover a privacidade do paciente; |
| 05- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal; | |
| 06- Se o paciente não estiver sobre uma superfície plana, colocar a tábua de massagem cardíaca sob o tórax do paciente ou instalar o ressuscitador automatizado (Auto-Pulse®) quando disponível; | 06- Aumentar a efetividade das compressões (massagem) cardíacas; |
| 07- Proceder as compressões (massagem) cardíacas e a ventilação artificial com ressuscitador manual (ambú) conectado a rede de oxigênio; | |
| 08- Monitorizar o paciente e/ou instalar um DEA (Desfibrilador Automático Externo); | |

09- Puncionar acesso venoso calibroso imediatamente e instalar SF 0,9%;

10- Providenciar o aspirador de parede ou elétrico (manual);

11- Fazer a aspiração da cavidade oral, se necessário;

12- Abrir vias aéreas e identificar possível presença de corpo estranho;

Ventilação artificial

13- Solicitar a ajuda de uma pessoa, para iniciar a ventilação artificial, com ressuscitar manual (ambú) conectando-o à rede de oxigênio a um fluxo de 5 litros (de oxigênio) por minuto;

14- Retirar prótese dentária, se houver;

15- Realizar manobra de abertura das vias aéreas com hiperextensão da cabeça (exceto em suspeita de lesão cervical quando deverá ser usada a manobra de tração da mandíbula sem inclinação da cabeça);

16- Adaptar o dispositivo bolsa-válvula-máscara à boca e nariz do paciente, conectando-o ao oxigênio, enquanto é providenciada a intubação traqueal (se necessária). A máscara é posicionada com o seu polegar e dedo indicador, fazendo um “C”, enquanto os demais dedos da mesma mão são usados para manter a cabeça em posição adequada levantando a mandíbula ao longo da sua porção óssea. Os dedos restantes devem formar um “E”;

17- Realizar duas ventilações a cada 30 compressões (adulto) e duas ventilações a cada 15 compressões (lactentes e crianças). Em paciente com via aérea avançada em posição (máscara laríngea, combitubo ou tubo endotraqueal), aplicar ventilações a uma frequência de 8-10 ventilações/min. (uma ventilação a cada 6-8 seg.) sem interrupção das (contrações) compressões;

Compressões (Massagem) Cardíacas

18- Comprimir, com firmeza, força, rapidez e continuamente, mantendo os braços estendidos e posicionando as mãos entrelaçadas sobre o esterno e entre os mamilos (caso de paciente adulto) a uma frequência de 100 contrações/min., permitindo que o tórax recue totalmente após cada compressão. Realizar cinco ciclos de trinta compressões para duas ventilações em adulto e quinze compressões para duas ventilações em lactentes ou crianças;

19- Para crianças, use uma ou duas mãos para realizar as

15- Aumentar a permeabilidade das vias aéreas, permitindo melhor ventilação;

17- Durante RCP, o fluxo de sangue para os pulmões é somente 25-33% do valor normal, necessitando menor ventilação e a hiperventilação ocasiona aumento da pressão intratorácica, reduzindo o retorno venoso para o coração e diminuindo o débito cardíaco;

18- Aumentar o fluxo de sangue para o coração, cérebro e outros órgãos vitais;

compressões torácicas e comprima na linha dos mamilos. Para lactentes, comprima com dois dedos sobre o esterno, imediatamente abaixo da linha dos mamilos;

- 20- Durante RCP, com via aérea avançada em posição, não se deve mais aplicar ciclos de compressão com pausas para ventilação, revezando a cada dois minutos;
- 21- A cada 2 minutos, observar o traçado eletrocardiográfico, proceder a palpação do pulso carotídeo ou femoral, verificar coloração da pele, respiração e reações do paciente;
- 22- Realizar anotações na Prescrição de Enfermagem checar prescrição medica;
- 23- Providenciar a reposição do material e lacrar o carro de emergência e bandeja de intubação;
- 24- Providenciar desinfecção do Ressuscitador manual (Ambú) e laringoscópio;

Desfibrilação/Monitorização

- 25 - Se a avaliação primária revela que o paciente não tem pulso, um DEA/Monitor/Desfibrilador deve ser conectado ao paciente;
- 26- As pás manuais ou os eletrodos descartáveis devem ser posicionados sobre o tórax desnudo do cliente de acordo com as instruções do fabricante, podendo estar identificados de acordo com sua posição no tórax (esterno/ápice, frente/dorso), ou de acordo com sua polaridade (positiva-negativa);
- 27- Utilizar gel condutor, pasta ou eletrodos preenchidos com gel para reduzir a resistência transtorácica e melhorar a condutividade da corrente;
- 28- Ligar o monitor/desfibrilador e verifique a presença de um ritmo passível de choque no monitor;
- 29 - Selecionar o nível adequado de energia: 2 J/kg para crianças e, no adulto, 360 J em desfibriladores monofásicos e os níveis recomendados pelo fabricante dos equipamentos bifásicos. Se nenhum membro da equipe souber quais são os níveis de energia recomendados é indicada a utilização de 200J no choque inicial dos desfibriladores bifásicos;
- 30- Caso sejam utilizadas as pás certifique de que seja aplicada uma firme pressão (cerca de 13 Kg) em cada pá;

- 21- Avaliar eficácia das manobras de reanimação;

- 25- Há quatro ritmos de parada cardíaca:
 - 1-Fibrilação Ventricular (FV),
 - 2- Taquicardia ventricular sem pulso (TV),
 - 3- Assistolia e
 - 4- Atividade elétrica sem pulso (AESP).A desfibrilação está indicada somente na FV/TV.
- 26- O posicionamento adequado das pás é importante, pois caso estejam posicionadas muito próximas as superfície anterior do tórax, flui uma corrente substancial entre a pás e uma quantidade insuficiente atinge o ventrículo esquerdo;
- 29- Quando forem utilizadas pás manuais, pressione o botão de “CARGA” localizado no aparelho ou na pá do ápice. Se forem utilizados eletrodos descartáveis, pressione o botão de “CARGA” do aparelho;

- 31- Carregue o desfibrilador. Quando forem utilizadas pás manuais, pressione o botão de “CARGA” localizado no aparelho ou na pá do ápice. Se forem utilizados eletrodos descartáveis, pressione o botão de “CARGA” do aparelho;
- 32- Uma vez carregado o desfibrilador, o membro de compressão cardíaca deve afastar-se imediatamente do paciente;
- 33- Pressione os botões de “CHOQUE” para descarregar a energia no paciente. Após a liberação do choque, solte os botões;
- 34- A equipe deve reiniciar imediatamente a RCP, iniciando pelas compressões torácicas;
- 35- Deve ser designado um membro para instalar um acesso venoso e aplicar um vasopressor. A RCP não deve ser interrompida para a instalação de um acesso venoso, aplicação de medicamentos, ou para verificar o ritmo imediatamente após a desfibrilação;
- 36- Após cinco ciclos de RCP (aproximadamente dois minutos), reavalie o ritmo;
- 37- Cheque o pulso, se existir um ritmo organizado ao monitor e houver a presença de pulso, verifique a pressão arterial e outros sinais vitais do paciente e inicie os cuidados pós-ressuscitação;
- 38- Caso exista um ritmo organizado no monitor mas não haja pulso (AESP), ou se o ritmo for assistolia, reinicie a RCP, considere as possíveis causas da parada e administre as medicações e outros cuidados emergenciais.

35- Um rápido início de ação é necessário para qualquer droga administrada durante a parada cardíaca.

7-RECOMENDAÇÕES:

- Uma RCP de boa qualidade inclui: fazer compressões fortes e rápidas, permitir que o tórax retorne completamente após cada compressão, minimizar as interrupções nas compressões torácicas e evitar a hiperventilação;
- A aplicação de ventilações muito rápidas ou com muita força desloca o ar para o estômago, causando distensão gástrica. Isto pode gerar complicações graves, como: vômitos, aspiração e pneumonia;
- Se não há certeza de que a vítima tem pulso, iniciar os passos de RCP. Uma RCP desnecessária é menos prejudicial que não realizar a RCP;
- A hiperventilação pode piorar a evolução da parada cardíaca, reduzindo o retorno venoso para o coração e diminuindo o fluxo sanguíneo durante a compressão torácica;
- A fadiga do profissional pode tornar as compressões torácicas muito superficiais ou lentas. Por isso a necessidade de revezamento a cada 2 minutos (ou após 5 ciclos de compressões e ventilações);
- Após aplicação do choque (desfibrilação), a monitorização do ECG pelas pás e eletrodos de gel pode mostrar uma falsa assistolia com duração de até 3 a 4 minutos, havendo necessidade de confirmação da assistolia utilizando-se eletrodos de ECG em substituição as pás;
- Drogas IV administradas em bolus na parada cardíaca devem ser seguidas de um flush de 20 ml de líquido.

- Há que se envidar esforços para punção de um acesso venoso calibroso, caso o paciente ainda não o tenha.

8-REFERÊNCIAS:

1. AEHLERT, Barbara. **ACLS, Advanced Cardiac Life Support**: emergências em cardiologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
2. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. DALRI, Maria C. B. et al. Novas diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar. **Revista Latino-am Enfermagem**. v. 16, n. 6, p. 1060-1062. nov./dez. 2008.
4. HICKEY, Robert W. et al. **Aspectos mais relevantes das diretrizes da American Heart Association sobre ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência**. Currents in Emergency Cardiovascular Care. v. 16, n. 4, p. 1-27. dez./fev. 2006.
5. TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CONTROLE DE GLICEMIA

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: em todos os pacientes com indicação clínica. Contraindicação: pacientes com distúrbios de coagulação sanguínea. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliar de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTO-CRÍTICO: <ul style="list-style-type: none"> •Acidente perfuro-cortante; •Punção desnecessária no paciente; •Quantidade insuficiente de material; •Hematoma, equimose e dor. | |
| 5. MATERIAIS: Frasco com fitas reagentes, glicosímetro, luva de procedimento, lanceta, algodão, álcool 70%. | |
| 6. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01-Conferir a prescrição e reunir o material; | 01-Evitar erro; promover a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Higienizar as mãos; | 02-Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 03-Orientar paciente/acompanhante como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração; | 03-Reduzir ansiedade do paciente e propiciar a colaboração; |
| 04-Conectar a tira reagente no glicosímetro (ou após contato com sangue a depender do aparelho); | |
| 05-Calçar as luvas de procedimento | 05- Promover barreira física entre as mãos e fluidos corporais; |
| 06-Lavar as mãos do paciente com água e sabão. Enxaguar bem e secar completamente ou fazer antisepsia local com algodão embebido em álcool 70%, deixar secar completamente antes de iniciar o teste. | 06- A amostra diluída em álcool ou água resulta em falso positivo; |
| 07-Puncionar a face lateral da polpa digital, com a lanceta,sem ordenhar o local da punção; | 07-A face lateral é menos sensível a dor por possuir menor número de terminações nervosas; |
| 08-Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la a tira reagente até a sucção; | |
| 09-Realizar leve compressão no local puncionado com | |

| | |
|---|--|
| <p>bola de algodão seca;</p> <p>10-Aguardar resultado pelo glicosímetro;</p> <p>11-Recolher todo o material e deixar o quarto em ordem, desprezar a fita e agulha em local apropriado;</p> <p>12-Retirar luvas e higienizar as mãos;</p> <p>13-Registrar o valor obtido na folha de controle do paciente;</p> <p>14-Checar o procedimento;</p> <p>15-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>11-Evitar disseminação de microrganismos e acidentes com pérfuro-cortantes;</p> <p>12-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>13-Registrar as condições do paciente e transmitir informações a respeito do mesmo;</p> <p>14-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>15-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|--|

7.RECOMENDAÇÕES:

- Os resultados com as fitas reagentes são lidos em mg/dl .
- Caso obtenha resultados duvidosos:
 - a) Confirmar se o produto está dentro do prazo de validade impresso no rótulo e se não está em uso a mais de quatro meses desde que se abriu a primeira vez o frasco.
 - b) Verificar se o número do “chip” é idêntico ao número do lote da fita utilizada.
 - c) Avisar o resultado ao médico, caso esteja alterado.
- Anotar no rótulo das fitas a data do primeiro dia de abertura do frasco e utilizar as tiras dentro dos quatro meses seguintes. Após o vencimento, descarte-as e utilize as tiras de um novo frasco.
- Cumprir rodízio dos locais de punção.
- Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas.

8.REFERÊNCIAS:

- 1.MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
- 2.SÃO PAULO. Departamento de Enfermagem. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Manual de enfermagem**: cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. São Paulo, 2009. 171 p.

| | |
|--|---|
| 1-FINALIDADE: Obter de maneira rápida o nível de glicose na urina. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: em todos os pacientes com indicação. Contraindicação: não existem. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliar de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTO-CRÍTICO: Contaminação bacteriana da amostra. | |
| 5-MATERIAIS: Luvas de procedimento, comadre/papagaio, cuba rim/copo descartável, fita reagente, tabela de cores de referência. | |
| 6. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01-Conferir a prescrição e reunir todo o material; | 01-Evitar erros; facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02-Higienizar as mãos; | 02-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 03- Orientar o paciente/acompanhante como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração; | 03-Reduzir ansiedade do paciente e propiciar a colaboração; |
| 04-Calçar as luvas de procedimento; | 04-Promover barreira física entre as mãos e fluidos corporais; |
| 05-Solicitar ao paciente que forneça uma amostra de urina ou obtenha-a diretamente da sonda vesical; | |
| 06-Submergir a parte reagente da fita na urina coletada durante 2 segundos ou de acordo com recomendado pelo fabricante; | |
| 06-Sacudir a fita e aguardar cerca de 60 segundos; | 06-Retirar o excesso de urina; |
| 07-Comparar a cor obtida na fita reagente com a escala de cores apresentadas na embalagem do produto; | |
| 08-Fazer a leitura do valor correspondente; | |
| 09-Desprezar a urina no vaso sanitário e a fita em local apropriado; | |
| 10-Encaminhar o material permanente ao expurgo; | |
| 11-Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos; | 11-Reduzir a transmissão de microrganismos; |

| | |
|---|---|
| <p>12-Checkar o procedimento;</p> <p>13-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário;</p> <p>14-Comunicar ao médico se houver alteração importante e registrar quaisquer intervenções realizadas em decorrência dos resultados dos testes.</p> | <p>12-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>13-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7. RECOMENDAÇÕES:

- A urina estagnada na bexiga durante várias horas não reflete corretamente o teor da glicose e corpos cetônicos no momento do exame.
- Nunca utiliza a primeira urina do dia. Colete amostra recém eliminada.
- Verificar o prazo da validade das fitas.
- Os horários antes das refeições são os mais indicados para a realização do exame.
- O paciente deve ser orientado a chamar imediatamente a enfermagem após urinar e não descartar a urina.
- Esperado: glicose e cetonas ausentes na urina.

8.REFERÊNCIAS:

- 1.ARCHER, Elizabeth et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 2.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 3.MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.

| | |
|---|---|
| 1-FINALIDADE: Prevenção e redução da transmissão de microrganismos entre profissionais e pacientes. | |
| 2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: antes e após cada procedimento ou manipulação do paciente. Contraindicação: não existe contra-indicação para esse procedimento. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Todos os profissionais de saúde. | |
| 4-RISCO / PONTOS CRITICOS: Descamação, ressecamento, alergia e fissuras na pele das mãos. | |
| 5-MATERIAL: Sabão líquido / cloro-hexidina e papel toalha. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01-Retirar anéis, pulseiras e relógio; | 01-Abrigam sujidades e microrganismos cutâneos; |
| 02-Arregaçar as mangas até altura do cotovelo; | |
| 03-Abrir a torneira sem encostar na pia; | |
| 04-Molhar as mãos a partir dos pulsos na direção dos dedos; | 04-Permitir que a água flua da área menos contaminada para a mais contaminada; |
| 05- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; | 05-O sabão ajuda a reduzir a tensão superficial, soltando os microrganismos. Sabão em barra possibilita contaminação cruzada; |
| 06-Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos: - palma contra palma; - palma direita sobre dorso esquerdo entrelaçando os dedos; - palma esquerda sobre dorso direito, entrelaçando os dedos; - palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais; - parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem; - rotação dos polegares direito e esquerdo; - Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa; - Esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa; | 06-A lavagem vigorosa remove a flora transitória adequadamente; |
| 07-Enxaguar as mãos sem encostá-las na pia/torneira, no sentido dos dedos para os punhos; | 07-Evitar contaminação; |

| | |
|---|---|
| <p>08-Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;</p> <p>09-No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.</p> | <p>09-Evitar que as mãos sofram recontaminação.</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As mãos devem ser lavadas: antes de iniciar qualquer procedimento com o paciente e após o mesmo; quando for manusear medicamento e alimentos; após assoar o nariz; após o contato com materiais ou superfícies contaminadas; antes e após uso do banheiro e sempre que terminar o trabalho. • Em áreas críticas, seguir a recomendação da CCIH com relação ao uso de sabão ou anti-séptico e uso de álcool glicerinado ou álcool gel após a lavagem das mãos. • Retirar sempre anéis e pulseiras antes de cuidar dos pacientes. • Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais. • Evite espirrar água em si próprio ou no assoalho pois, os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies limpas, e assoalhos escorregadios são perigosos. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2007. 52 p. 3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília, 2009. 95 p. 4. MOTTA, Ana L. C. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. São Paulo: Iatria, 2003. 5. SANTOS, A. E; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SILVA, S. C. Procedimentos especializados. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos). 6. SWEARINGEN, Pámela L. Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2001. 7. TIMBY, Babara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. | |

HIGIENIZAÇÃO CIRÚRGICA DAS MÃOS

1-FINALIDADE:

Eliminar a flora transitória, reduzindo ao máximo a flora residente, além de proporcionar um efeito residual na pele do profissional.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: antes de todos os procedimentos cirúrgicos e invasivos.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem.

4-RISCO/PONTOS CRITICOS:

- Ao paciente: quando não realizado ou mal realizado, transmissão de Infecção hospitalar
- Ao profissional: processos alérgicos ao anti-séptico, fissuras e descamação da pele das mãos.

5-MATERIAL:

Solução antisséptica, degermante: clorhexidina 4% ou PVPI 10%, escova cirúrgica estéril, compressa estéril.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA (A técnica é igual a utilizada para lavagem das mãos, substituindo-se o sabão por um antisséptico).

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| 01-Abrir a torneira; 02- Molhar as mãos, antebraço e cotovelos; 03- Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes; 04-Friccionar ou escovar, com a escova esterilizada, as mãos, antebraços e cotovelos, por 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos; 05-Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador(espátula); 06-Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto; 07-Manter as mãos em um nível mais alto que os cotovelos; 08-Fechar a torneira com cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotossensor; 09-Enxugar as mãos e antebraços com compressa estéril, iniciando pelas mãos e seguindo por antebraço e cotovelo; | 05-Ajudar a remover as sujidades nesses locais; 06-O enxágüe remove a flora bacteriana transitória; 07-Evitar que as mãos sofram recontaminação; |

| | |
|--|--|
| 10-Colocar escova em recipiente coletor. | |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Pessoas alérgicas a iodo devem usar clorohexidina degermante.
- A degermação deve ser sempre realizada antes de procedimentos cirúrgicos ou invasivos.
- Antes de iniciar a degermação das mãos e antebraços, colocar a touca , a máscara cirúrgica e o óculos de proteção.

8-REFERÊNCIAS:

- 1.BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde**: higienização das mãos. Brasília, 2009. 95 p.
- 2.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 3.MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.

PREPARO DO LEITO SEM PACIENTE

| <p>1-FINALIDADE: Preparar o leito para o recebimento do paciente.</p> | |
|---|---|
| <p>2 INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: sempre que houver a necessidade de internação de um novo paciente. Contraindicação: não existe contra-indicação quanto a esse procedimento.</p> | |
| <p>3-RESPONSABILIDADE: Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem.</p> | |
| <p>4-MATERIAL: Luvas de procedimento, 2 lençóis, 1 forro móvel (s/n), 1 cobertor, colcha e 1 fronha, suporte de hamper com saco de hamper trocado.</p> | |
| <p>5-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01 - Higienizar as mãos; | 01- Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 02 - Calçar as luvas; | 02- Proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais; |
| 03- Reunir as roupas de cama limpas, levar para o quarto e colocar sobre uma superfície seca e limpa (mesa, cadeira ou carrinho); | 03 - Com o objetivo de evitar desperdício de energia e problemas posturais; |
| 04- Estender o lençol sobre o colchão, previamente limpo, dobrando e prendendo as pontas sob o colchão de modo que o lençol de baixo esteja esticado e sem pregas sobre a cama; | |
| 05- Colocar a fronha no travesseiro e colocá-lo na cabeceira; | |
| 06-Trabalhando do mesmo lado, colocar o lençol móvel no terço central, fixando as laterais sob o colchão; | |
| 07-Centralizar a dobra longitudinal do lençol de cima e abrir em camadas dobradas na direção de um dos lados da cama; | |
| 08-Prender nos pés da cama a parte do lençol que sobrar; | |
| 09- Acrescentar o cobertor, conforme o desejo do paciente; | |
| 10 - Deixar a unidade em ordem; | 10- Manter o ambiente em ordem; |
| 11 – Higienizar as mãos as mãos. | 11- Reduzir transmissão de microrganismos. |

7-RECOMENDAÇÕES:

- Fazer o mínimo de movimentação possível na arrumação do leito.
- Usar da mecânica corporal e movimentos sincronizados.

8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.

PREPARO DO LEITO COM PACIENTE

| 1-FINALIDADE: Manter o leito limpo e o conforto do paciente. | |
|---|--|
| 2 - INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: diária ou sempre que necessário. Contraindicação: evitar o procedimento em pacientes hemodinamicamente instáveis. | |
| 3 - RESPONSABILIDADE: Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem. | |
| 4 - RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: Abrasão de pele. | |
| 5 - MATERIAL: Luvas de procedimento, suporte de hamper completo, 2 lençóis, 1 forro móvel, 1 cobertor e 1 fronha. Suporte de hamper com saco de hamper trocado. | |
| 6 – DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Higienizar as mãos; | 01- Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02- Explicar o procedimento ao paciente, observando que pedirá a ele para virar-se para um lado ou rolar por cima dos lençóis; | 02- Minimizar a ansiedade e promover cooperação; |
| 03- Calçar as luvas; | 03- Proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais; |
| 04 -Colocar as roupas de cama limpas sobre uma superfície seca e limpa (mesa, cadeira ou carrinho) na ordem de uso: lençol do colchão, traçado(SN), protetor impermeável(SN), fronha, lençol comum, coberta e cobertor; | |
| 05- Colocar a cama na posição horizontal e cobrir o paciente com lençol limpo; | 05/06 - Com o objetivo de evitar desperdício de energia e problemas posturais; |
| 06- Dobrar a coberta ou cobertor, caso pretenda reutilizá-los, e colocar sobre uma superfície limpa e seca, caso contrário, colocar no hamper; | |
| 07- Posicionar o paciente no lado oposto da cama, em decúbito lateral e de costas para você. Certificar-se de levantar a grade lateral em frente a ele. Ajustar um travesseiro sob a cabeça dele; | 07-Virar o paciente em decúbito lateral dá espaço para colocar a roupa de cama limpa. A grade lateral garante que o paciente não cairá da cama e o ajuda a mover-se; |
| 08- Enrolar os lençóis inferiores sujos o mais próximo possível ao paciente (primeiro o traçado, depois o | |

| | |
|---|--|
| <p>lençol de forro) e prender as roupas de cama sob as nádegas, costas e ombros do paciente. Se necessário, limpar o colchão com solução antisséptica e secar antes de colocar os lençóis limpos;</p> <p>09- Colocar a roupa de cama limpa na metade exposta da cama (lençol, traçado s/n, protetor impermeável s/n), desenrolando-os na direção do paciente, prender as bordas, que estão na direção em que você se encontra, em baixo do colchão e manter o lençol esticado;</p> <p>10- Fazer o cliente rolar lentamente na sua direção sobre as camadas de roupa de cama. Levantar a grade lateral (de frente para o paciente) e vá para o outro lado da cama;</p> <p>11- Abaixar a grade lateral. Ajudar o paciente a se posicionar no outro lado, por cima dos lençóis;</p> <p>12- Remover os lençóis usados dobrando-os em uma trouxa ou em um quadrado, com a parte suja voltada para dentro e colocar no hamper;</p> <p>13- Esticar o lençol limpo, desenrolando-o e esticando-o a partir da lateral do colchão da cabeceira para os pés da cama e fixar sob o colchão;</p> <p>14- Esticar o traçado s/n e o protetor impermeável s/n, prendendo-os sob o colchão;</p> <p>15- Prender as pontas do lençol dobrando-as sobre os quatro lados do colchão, de modo que o lençol de baixo esteja esticado e sem pregas sobre a cama;</p> <p>16- Posicionar o paciente na cama confortavelmente, conforme recomendado;</p> <p>17- Colocar o lençol superior, o cobertor (se houver) e a colcha;</p> <p>18- Arrumar o lençol de cobrir, coberta e cobertor juntos. Fazer uma dobra virando a ponta do lençol de cobrir por cima da coberta e cobertor. Levantar a grade lateral;</p> <p>19- Trocar a fronha;</p> <p>20- Deixar a unidade em ordem;</p> <p>21- Encaminhar o hamper e o carrinho de banho ao expurgo;</p> | <p>14/17- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>18- A grade lateral deve ser levantada para prevenir risco de quedas;</p> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>22- Encaminhar o carrinho ao local de origem;</p> <p>23- Lavar as mãos.</p> | <p>23-Reduzir transmissão de micorganismo.</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fazer o mínimo de movimentação possível com a roupa suja ao retirá-la do leito e na arrumação do leito. ▪ Usar da mecânica corporal e movimentos sincronizados. ▪ Orientar paciente/acompanhante a manter os lençóis esticados para prevenir abrasões de pele. ▪ Manter o leito limpo de sujidades ou resíduos alimentares. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <p>1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.</p> <p>3. POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.</p> | |

PREPARO DO LEITO PACIENTE OPERADO

| 1-FINALIDADE: Preparar o leito para o recebimento do paciente pós-cirúrgico. | |
|--|---|
| 2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: Sempre que houver a necessidade de internação de um paciente em pós-operatório imediato. Contraindicação: não existe contra-indicação quanto a esse procedimento. | |
| 3-RESPONSABILIDADE: Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem. | |
| 4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: Abrasão de pele. | |
| 5-MATERIAL: Luvas de procedimento, suporte de hamper completo, 2 lençóis, 2 forros móveis, 1 cobertor e 1 fronha. Suporte de hamper com saco de hamper trocado. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Higienizar as mãos; | 01-Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 02- Calçar as luvas; | 02-Proporcionar barreira física entre as mãos e os fluidos corporais; |
| 03- Retirar a roupa de cama suja e colocá-la no hamper; | 03- Evitar propagação de partículas no meio ambiente; |
| 04- Reunir todo o material, colocando-o no carrinho de banho, que ficará próximo de quem vai iniciar a técnica; | 04-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 05- Ordenar a roupa na cadeira na ordem de uso: lençol de baixo, forro móvel (SN) fronha, lençol comum, cobertor; | 04/05- Com o objetivo de evitar desperdício de energia e problemas posturais. |
| 06- Estender o lençol sobre o colchão, fazendo o canto da cabeceira, parte dos pés e lateral da cama; | |
| 07- Colocar o forro móvel, fixando-o sob o colchão; | |
| 08- Colocar a fronha no travesseiro e colocá-lo na cadeira; | 08- Promover conforto ao paciente e economizar o uso de roupa de cama; |
| 09- Estender o lençol de cima, de forma longitudinal da cabeceira aos pés da cama, puxar ¼ do lençol para a lateral da cama; | |
| 10- Estender o cobertor de forma longitudinal, deixando | |

| | |
|---|--|
| <p>cair ¼ sobre a lateral da cama, completar a arrumação do outro lado;</p> <p>11- Passar para o lado oposto, esticar o forro móvel e fixá-lo sob o colchão;</p> <p>12- Esticar o lençol de cima e o cobertor.</p> <p>13- Completar a arrumação da cama, fazendo vira no lado da cabeceira e pés de +/- 50 cm.</p> <p>14- Fazer dobra em formato de leque do lado da cabeceira e dos pés, dobrar em formato de rolo até a outra lateral.</p> <p>15- Deixar a unidade em ordem.</p> <p>16- Encaminhar o hamper e o carrinho de banho ao expurgo.</p> <p>17- Realizar limpeza no carrinho de banho com álcool a 70%.</p> <p>18- Encaminhar o carrinho ao local de origem</p> <p>19- Orientar paciente/acompanhante a manter os lençóis esticados para prevenir abrasões de pele.</p> <p>20- Manter o leito limpo de sujidades ou resíduos alimentares.</p> <p>21- Higienizar as mãos.</p> | <p>13/14- Proporcionar um leito agradável;</p> <p>17/20- Manter o ambiente em ordem;</p> <p>21- Reduzir transmissão de microrganismos.</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer o mínimo de movimentação possível com a roupa suja ao retirá-la do leito e na arrumação do leito. • Usar da mecânica corporal e movimentos sincronizados. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <p>1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.</p> | |

HIGIENIZAÇÃO DA REGIÃO ÍNTIMA FEMININA E MASCULINA

1-FINALIDADE:

Prevenir infecções, preparar pacientes para exame ginecológico/urológico e coleta de urina para exames.

2-INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: em pacientes acamados, impossibilitados de realizar este procedimento sem auxílio.

Contraindicação: não há.

3. RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

4- RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

- Edema de glande;
- Não colocar a comadre sob o paciente quando for caso de pós-operatório de TRM, imobilização, cirurgia ortopédica e mobilizar o paciente em bloco;
- Risco de infecção uretral por técnica de higienização incorreta;
- Queimadura por temperatura inapropriada da água;
- Lesão por retração do prepúcio.

5. MATERIAL:

Bandeja ou carrinho, biombo, lençol, forro, comadre, luvas de procedimento, jarro com água morna, sabonete neutro, compressas e toalha, avental não-estéril.

6 –DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|---|--|
| 01-Higienizar as mãos; | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02- Reunir o material em uma bandeja e levar ao quarto do paciente; | 02-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03-Explicar o procedimento ao paciente/familiares; | 03-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 04-Colocar o material sobre a mesa de cabeceira; | |
| 05-Colocar biombo (se necessário); | 05- Garantir a privacidade do paciente; |
| 06-Calçar as luvas de procedimento e colocar avental não-estéril; | 06-Proporcionar barreira física entre as mãos e fluidos corporais. Evitar contaminação das roupas do profissional; |
| 07- Retirar as vestes do(a) paciente. | |

Higiene feminina

- Posicionar a paciente em posição ginecológica, cobrindo-a com um lençol, e elevar a cabeceira;

- Colocar o forro e a comadre sob a paciente;

- Se houver material fecal, remover com papel higiênico ou compressa úmida;

- Separar os grandes lábios com a mão não-dominante, expondo o meato uretral e o orifício da vagina;

-Derramar pequena quantidade de água sobre a vulva;

-Com a compressa, ensaboar a região pubiana, a vulva e o períneo, sempre no sentido ântero-posterior;

- Enxágüar e enxugar delicadamente a região perineal e perianal com uma toalha.

Higiene masculina

- Posicionar o paciente em posição dorsal confortável, e elevar a cabeceira;

- Colocar o forro e a comadre sob o paciente;

- Se houver material fecal, remover com papel higiênico ou compressa úmida;

- Erguer o pênis do paciente e derramar pequena quantidade de água na região genital;

- Retrair o prepúcio;

-Ensaboar, com compressa úmida, a glândula e o meato uretral, utilizando movimentos circulares de dentro para fora. Enxaguar;

- Retornar o prepúcio à posição inicial;

- Ensaboar, com compressa, o corpo do pênis de cima para baixo. Enxaguar;

- Solicitar ao paciente que afaste um pouco as pernas;

- Ensaboar a bolsa escrotal e a região ao redor. Enxaguar;

- Enxugar delicadamente o pênis, a bolsa escrotal e a região perianal com uma toalha.

- Cabeceira elevada proporciona melhor conforto à paciente;

- Reduzir a transmissão de microrganismos do ânus para a genitália ou uretra;

- Reduzir a transmissão de microrganismos do ânus para a genitália ou uretra

- O prepúcio apertado em torno do pênis pode causar desconforto e edema local;

| | |
|---|--|
| <p>08- Retirar a comadre e o forro;</p> <p>09- Recolocar as vestes do (a) paciente;</p> <p>10- Retirar as luvas de procedimento e o avental;</p> <p>11- Deixar o paciente em posição confortável;</p> <p>12- Recolher o material do quarto e deixar o paciente confortável;</p> <p>13- Recolher o material permanente e levar ao expurgo;</p> <p>14- Higienizar as mãos;</p> <p>15- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>10-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>12-Manter o ambiente em ordem e demonstrar preocupação com o bem estar do paciente;</p> <p>14-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>15- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A temperatura da água deve estar morna. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <p>1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.</p> <p>3. POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.</p> | |

HIGIENE ORAL PACIENTE ACAMADO

| | |
|---|--|
| 1-FINALIDADE: Realizar a higiene oral conservando a boca saudável, livre de resíduos alimentares e proporcionando o conforto e bem estar do paciente. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: sempre após as refeições ou 3x/dia em todos os pacientes internados. Contraindicação: pós-operatório de cirurgia bucomaxilo. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTO-CRÍTICO: <ul style="list-style-type: none"> • Sangramento; • Lesões na mucosa e tecido gengival, náuseas, quebra da prótese do paciente; • Aparecimento de cáries por falha na higienização; • Broncoaspiração; • Relacionado ao profissional: Infecções cruzadas por não utilizar EPI. | |
| 5-MATERIAIS: Bandeja, luvas de procedimento, máscara, óculos de proteção, toalha de rosto, escova dental ou espátula protegida com gaze, creme dental, anti-séptico bucal, copo descartável com água, cuba-rim. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Higienizar as mãos; | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02- Reunir o material necessário numa bandeja; | 02-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03- Explicar o procedimento para o paciente; | 03-Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; |
| 04- Colocar o paciente em posição de Fowler; | 04-A posição elevada impede a aspiração de líquidos para os pulmões; |
| 05- Calçar as luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção; | 05-Proporcionar barreira física entre os fluidos corporais do paciente e o servidor; |
| 06- Colocar a toalha no tórax do paciente; | 06-Proteger o paciente de umidade; |
| 07- Colocar o creme dental na escova de dente ou umedece-la com anti-séptico bucal utilizado na instituição; | |
| 08- Escovar os dentes do paciente com movimentos circulares de frente para trás num ângulo de 45° e de cima para baixo. Escovar a língua, delicadamente; | 08-Facilitar a remoção das placas e do tártaro; |

| | |
|---|---|
| <p>09- Oferecer um copo com água para o paciente fazer bochechos e, eliminar esses resíduos numa cuba-rim colocada próximo ao maxilar inferior do paciente;</p> <p>10- Enxaguar a escova e guardá-la;</p> <p>11- Enxugar os lábios do paciente;</p> <p>12- Colocar o paciente em posição confortável e segura;</p> <p>13-Recolher todo o material e deixar o quarto em ordem;</p> <p>14- Retirar os EPIs e fazer a higienização das mãos;</p> <p>15- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>12-Proporcionar conforto e segurança ao paciente;</p> <p>13-Restaurar a limpeza e a ordem do ambiente;</p> <p>15- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7.RECOMENDAÇÕES:

- Se o paciente estiver acamado, porém sem restrições de movimentos, deve-se oferecer o material e deixar que ele mesmo proceda à escovação.
- As próteses dentárias devem ser higienizadas em água corrente e recolocada na boca do paciente
- Recomendar a higiene oral diária após as refeições para evitar cáries, infecções, hemorragias gengival, mal hálito e rachaduras nos lábios e língua.
- Pacientes com plaquetopenia devem ser submetidos à uma escovação cuidadosa a fim de prevenir sangramento gengival.

8.REFERÊNCIAS:

- 1.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 2.MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
- 3.TAYLOR, Carol et al. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

HIGIENE ORAL PACIENTE INCONSCIENTE

| | |
|---|--|
| 1-FINALIDADE: Realizar a higiene oral conservando a boca saudável, livre de resíduos alimentares e proporcionando o conforto e bem estar do paciente. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: pacientes inconscientes; Contraindicação: pós-operatório de cirurgia bucomaxilo e pós operatório imediato das cirurgias de cabeça e pescoço. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTO-CRÍTICO: Broncoaspiração, lesão de mucosa e gengiva, sangramento. Relacionado ao profissional: Infecções cruzadas por não utilizar EPI. | |
| 5-MATERIAIS: Bandeja, luvas de procedimento, óculos protetores, toalha de rosto, cuba-rim, espátula ou pinça Pean ou escova, anti-séptico bucal, gaze. | |
| 6. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01-Higienizar as mãos; | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02-Reunir o material na mesa auxiliar; | 02-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03-Colocar os EPIs (luvas de procedimento e óculos protetores); | 03-Proporcionar barreira física entre os fluidos corporais do paciente e o servidor; |
| 04-Ajustar a altura da cama para uma posição confortável, baixar uma das grades laterais e posicionar o paciente lateralmente com a cabeça inclinada para frente; | 04-Prevenir a broncoaspiração; |
| 05-Colocar uma toalha sobre o tórax do paciente e a cuba-rim junto ao maxilar inferior do mesmo; | 05-Preteger o paciente de umidade; |
| 06-Limpar os dentes com movimentos circulares, das gengivas para as bordas, com escova macia ou espátulas envoltas em gaze embebida em solução anti-séptica bucal; | |
| 07-Limpar a língua e os lábios com gaze não estéril; | 07- Retirar os resíduos; |
| 08-Enxugar os lábios e mantê-los lubrificados; | 08- Prevenir ressecamentos e rachaduras; |

| | |
|--|--|
| 09-Recolocar o paciente em posição confortável e elevar a grade lateral; | |
| 10-Recolher todo material e deixar o quarto em ordem; | 10- Restaurar a limpeza e a ordem do ambiente; |
| 11-Encaminhar o material ao expurgo lavar com água e sabão; | |
| 12-Retirar os EPIs e higienizar as mãos; | 12-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 13- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário. | 13-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres). |

7.RECOMENDAÇÕES:

- Pacientes inconscientes, entubados e em jejum oral prolongado necessitam de higiene oral com maior frequência, para evitar infecções nos tratos digestivo e respiratório.

8.REFERÊNCIAS

- 1.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 2.MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
- 3.TAYLOR, Carol et al. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

HIGIENE OCULAR

| <p>1-FINALIDADE: Conservar os olhos livres de sujidade, preservar o pH da conjuntiva, prevenindo o crescimento bacteriano, infecções e inflamações.</p> | |
|--|--|
| <p>2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: em todos os paciente internados , principalmente nos pacientes com secreção ocular, edema ocular, inconscientes e sedados. Contraindicação: pós-operatório imediato de cirurgia ocular.</p> | |
| <p>3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.</p> | |
| <p>4-RISCO/PONTO-CRÍTICO: -Relacionado ao paciente: lesão de córnea, edema palpebral, lesão e sangramento ocular, irritabilidade ocular, conjuntivite. -Relacionado ao funcionário: infecção por deficiência na higiene pessoal e usos de EPI(s).</p> | |
| <p>5-MATERIAIS: Bandeja, luvas de procedimentos, gaze, ampola de SF 0,9%.</p> | |
| <p>6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Higienizar as mãos; | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02- Reunir o material sobre a mesa de cabeceira; | 02-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03-Colocar as luvas; | 03-Proporcionar barreira física entre os fluidos corporais do paciente e o servidor; |
| 04-Explicar o procedimento ao paciente; | 04-Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; |
| 05-Segurar a gaze e embebê-la na solução fisiológica; | |
| 06-Pedir ao paciente que olhe para cima; | |
| 07-Remover delicadamente a secreção ocular, partindo da parte interna do olho; | |
| 08-Repetir o procedimento até remover completamente a secreção; | |
| 09-Desprezar o material utilizado no expurgo e lavar as mãos; | |
| 10- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário. | 10- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; |

| | |
|--|---|
| | Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres). |
|--|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Utilizar soro fisiológico a 0,9% sempre que não tiver outra solução prescrita.
- Os pacientes comatosos precisam de higiene ocular quatro vezes ao dia para evitar infecções.

8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/. Acesso em: 6 out. 2009.

BANHO DE ASPERSÃO COM AJUDA

| | |
|--|--|
| <p>1-FINALIDADE: Proporcionar higiene e conforto ao paciente.</p> | |
| <p>2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: todos os pacientes internados com dificuldade de deambular, devem ser transportados em cadeiras de rodas ou cadeiras de banho. Contraindicação: pacientes acamados, inconscientes, sedados, em ventilação pulmonar mecânica, traumas, TRM.</p> | |
| <p>3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.</p> | |
| <p>4-RISCO/PONTO-CRÍTICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Queimadura por temperatura inapropriada da água; •Queda da própria altura ou da cadeira. | |
| <p>5-MATERIAIS: Água e sabão, cadeira higiênica, luvas de procedimentos, sabonete e bucha para banho, toalhas de rosto e de banho, roupa íntima, pijama ou camisola, desodorante, pente, água e sabão, compressa e álcool a 70%, lençol, fronha, lençol liso e forro se necessário, compressa e álcool a 70%, água e sabão.</p> | |
| <p>6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Reunir o material necessário; | 01- Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Orientar o paciente/acompanhante informando como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração; | 02- Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; |
| 03- Fechar porta e janela do quarto, se possível; | 03-Promover a privacidade; |
| 04- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento; | 04-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 05-Higienizar a cadeira de banho passando compressa embebida em álcool 70% e travar a mesma; | 05-Reduzir o risco de queda; |
| 06-Retire as vestes do paciente; | |
| 07-Colocar o paciente cuidadosamente na cadeira, se necessário, cobrindo-o com toalha ou lençol e encaminhá-lo ao chuveiro; | |
| 08-Testar a temperatura da água na face interna de seu braço; | 08-Prevenir ocorrência de queimadura; |
| 09-Garantir integridade dos equipamentos usados pelo usuário; | |

| | |
|---|--|
| <p>10-Oferecer material de higiene ou ajudar o paciente a fazê-lo, iniciando pela face; e, por último, a região íntima;</p> <p>11-Remover a espuma com a ducha;</p> <p>12-Ajudar, se necessário, o paciente a se enxugar com uma toalha;</p> <p>13-Ajudar o paciente a se vestir e se pentear se necessário;</p> <p>14-Acompanhar o paciente até o quarto e sentá-lo em cadeira;</p> <p>15-Orientar possíveis alterações, dores, frio, tremores e comunicar à enfermagem;</p> <p>16-Trocar as luvas de procedimento;</p> <p>17-Retirar roupa de cama anterior e descartar em hamper;</p> <p>18-Realizar desinfecção com álcool a 70% em colchão e travesseiro;</p> <p>19-Colocar nova roupa de cama e arrumar o leito;</p> <p>20-Auxiliar o paciente a ir para o leito e deixá-lo confortável;</p> <p>21-Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>22- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>16-Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>21-Reduzir a transmissão de microrganismos</p> <p>22- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando for possível, o paciente deve ser incentivado a tomar o banho sozinho, mas sentado e sob observação. • É muito importante verificar a temperatura da água do chuveiro para não provocar acidentes a pacientes que estejam impossibilitados de se locomover. • Quando houver curativos, estes devem ser feitos logo após o término do banho. • Os cabelos devem ser lavados, as unhas devem ser aparadas e limpas, sempre que necessário. • Se for homem verificar a necessidade de tricotomia facial. • Deve-se estimular o auto cuidado. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <p>1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>2. TIMBY, Babara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.</p> | |

BANHO NO LEITO

| <p>1-FINALIDADE: Proporcionar higiene e conforto ao paciente acamado e manter a integridade cutânea.</p> | |
|--|--|
| <p>2-INDICAÇÃO/CONTRA-INDICAÇÃO: Indicação: pacientes acamados, dependentes, sedados, inconscientes, em ventilação pulmonar mecânica, com restrições de movimentos. Contraindicação: pacientes hemodinamicamente instáveis de difícil controle.</p> | |
| <p>3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e auxiliares de Enfermagem.</p> | |
| <p>4-RISCO/PONTO-CRÍTICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em caso de pós operatório e/ou TRM, imobilizações e cirurgia ortopédica deve-se mobilizar o paciente em bloco; • Tendência a hipotermia; • Erosões e irritação por secagem ou hidratação insuficiente; • Queimadura por temperatura inapropriada da água; • Queda do leito; • Infecções cruzadas por prática deficiente do procedimento, relacionado ao profissional; • Infecções por falta de higiene. | |
| <p>5-MATERIAIS: Água e sabão, biombo, hamper, cadeira, roupa de cama, comadre ou papagaio, luvas de procedimentos, compressa, bacia, jarro com água morna e sabonete, cotonete, creme ou solução hidratante, comadre, roupa íntima, pijama ou camisola, desodorante, roupa de cama, pente, álcool a 70%.</p> | |
| <p>6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01-Higienizar as mãos; | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02-Orientar o paciente/acompanhante informando como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração; | 02- Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; |
| 03-Desocupar a mesa de cabeceira, isolar o ambiente com o biombo, aproximar o hamper e colocar a cadeira ao pé do leito; | |
| 04-Isolar a cama com um biombo e/ou fechar a porta do quarto; | 04-Promover a privacidade; |
| 05-Dobrar a roupa de cama limpa e posicioná-la sobre a cadeira na ordem de uso; | |
| 06-Reunir todo o material no carrinho de banho (ou mesa de cabeceira); | 06- Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 07-Fechar janelas e portas para evitar corrente de ar; | |

| | |
|---|--|
| <p>08-Oferecer comadre ou papagaio ao paciente;</p> <p>09-Soltar a roupa de cama e deixar o paciente coberto somente com o lençol;</p> <p>10-Retirar lençóis, cobertores, travesseiros em excesso;</p> <p>11- Fechar o clamp do equipo de dieta enteral, se houver;</p> <p>12-Fazer a higiene oral com creme dental ou antisséptico bucal;</p> <p>13-Abaixar a cabeceira da cama, se não houver contra indicação;</p> <p>14-Colocar luvas e umedecer com água para iniciar o banho;</p> <p>15-Higienizar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço;</p> <p>16-Enxugar com toalha de rosto;</p> <p>17-Retirar as vestes do paciente;</p> <p>18-Colocar a toalha de banho no tórax do paciente deixando os braços sobre a toalha de banho;</p> <p>19-Ensaboar, lavar, enxaguar da mão até a axila com movimentos longos e firmes. Iniciar do distal para o proximal;</p> <p>20-Abaixar a toalha até o abdome e lavar o tórax com movimentos circulares;</p> <p>21-Subir a toalha até o tórax e ensaboar, lavar, enxaguar e enxugar até o abdome;</p> <p>22-Limpar a cicatriz umbilical com cotonete umedecido;</p> <p>23-Cobrir o tórax e abdome com lençol;</p> <p>24-Higienizar e enxugar os membros inferiores, do tornozelo até a raiz da coxa;</p> <p>25-Repetir o procedimento no outro membro inferior;</p> <p>26-Aproximar dos pés do paciente a bacia de água;</p> <p>27-Higienizar e enxugar ambos os pés e retirar a bacia de água, desprezar a água utilizada;</p> | |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>28-Virar o paciente em decúbito lateral colocando a toalha sob as costas e nádegas;</p> <p>29-Higienizar e enxugar as costas e nádegas do paciente;</p> <p>30-Realizar desinfecção da cama com álcool a 70% e forrar com lençol limpo, colocando forro se necessário;</p> <p>31-Massagear creme hidratante / TCM;</p> <p>32-Posicionar o paciente em decúbito dorsal e colocar a comadre e a toalha sob as nádegas;</p> <p>33-Dar o material para o paciente fazer sua higiene íntima. Caso não seja possível, proceder a higiene;</p> <p>34-Virar o paciente em decúbito lateral e esticar o outro lado do lençol, procedendo como do outro lado. Voltar o paciente em decúbito dorsal;</p> <p>35-Vestir o paciente;</p> <p>36-Explicar a importância da higiene pessoal com base no controle de infecção;</p> <p>37-Descartar a roupa de cama no hamper;</p> <p>38-Realizar desinfecção das cabeceiras e criado mudo;</p> <p>39-Fazer a arrumação da cama;</p> <p>40-Pentear os cabelos do paciente;</p> <p>41-Recolher o material do quarto, deixando-o em ordem e o paciente confortável;</p> <p>42-Orientar possíveis alterações como dores, frio, tremores e comunicar à enfermagem;</p> <p>43-Encaminhar o material ao expurgo;</p> <p>44-Lavar com água e sabão e encaminhar ao CME e os demais materiais realizar a desinfecção com álcool a 70% e encaminhar ao destino;</p> <p>45-Higienizar as mãos;</p> <p>46- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>45-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>46-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Sempre que possível, o banho no leito deve ser feito por duas pessoas. Durante o procedimento devem ser observadas as condições da pele e das (proeminências) ósseas, para a prevenção de úlcera de pressão.
- Manter os lençóis sujos sempre longe do seu uniforme.

8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.

HIGIENE DOS CABELOS E DO COURO CABELUDO

1-FINALIDADE:

Remover sujidade e secreção , controlar odores do corpo, mantendo a integridade da couro cabeludo e ativando a circulação sanguínea, evitar o aparecimento de pedículos e promover conforto e bem-estar do paciente.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: Realizar pelo menos 1x/semana em pacientes acamados, inconscientes, sedados, em ventilação pulmonar mecânica, traumas, TRM, pós-operatório de Cirurgia Ortopédica, Imobilização.

Contraindicação: pacientes hemodinamicamente instáveis de difícil controle, hipotermia.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO/PONTO-CRÍTICO:

- Tendência a hipotermia, resfriado por secagem deficiente e molhar a cama por derramamento de água;
- Queimadura por temperatura inapropriada da água;
- Irritação ocular por queda de sabão nos olhos;
- Lesar o couro cabeludo ao pentear ou desembaraçar o cabelo;
- Otite por entrada de água no pavilhão auricular.

5-MATERIAIS:

Água e sabão, biombo, balde, travesseiro, bacia, shampoo, toalha de banho, álcool a 70%, luvas de procedimento.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|---|
| 01-Higienizar as mãos; | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02-Reunir todo o material e levar junto ao paciente; | 02-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03-Orientar o paciente/acompanhante informando como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração; | 03- Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; |
| 04-Fechar portas e/ou isolar o ambiente com biombo; | 04-Promover a privacidade; |
| 05-Colocar o balde ao lado da cama, no chão forrado com papel-toalha; | |
| 06-Retirar o travesseiro e colocá-lo sob os ombros do paciente e forre com plástico o espaço sob os ombros e a cabeça do paciente; | |
| 07-Colocar a bacia sob a cabeça do paciente; | |
| 08-Derramar a água morna do jarro, após testar a temperatura, sobre o couro cabeludo; | |

| | |
|--|--|
| <p>09-Colocar shampoo nas mãos e massagear o couro cabeludo;</p> <p>10-Derramar a água morna no couro cabeludo e nos cabelos para enxaguar;</p> <p>11-Repetir a lavagem;</p> <p>12-Desprezar a água da bacia no balde;</p> <p>13-Retirar a bacia e colocar a toalha na cabeça do paciente;</p> <p>14-Elevar o decúbito do paciente;</p> <p>15-Secar os cabelos com toalha, penteando-os a seguir;</p> <p>16-Orientar possíveis alterações,ardor, irritação local, dores, frio, tremores e comunicar à enfermagem;</p> <p>17-Informar sobre a importância da higiene pessoal, observar aparecimentos de parasitos;</p> <p>18-Desprezar a água e encaminhar o material ao expurgo para limpeza e guarda, deixando o quarto em ordem;</p> <p>19-Higienizar as mãos;</p> <p>20- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>19-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>20- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Ensaboar a cabeça com cuidado, para evitar escorrer espuma nos olhos .
- Se o cabelo estiver embaraçado, passar condicionador ou creme rinse antes do enxágüe.
- Caso seja necessário usar um pente em mais de uma pessoa, fazer uma desinfecção prévia, com álcool a 70%
- Observar temperatura da água.
- Proteger os ouvidos com bolas de algodão, se necessário.

8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.

REMOÇÃO DE PEDICULOSE E LÊNDEAS

| | |
|---|---|
| 1-FINALIDADE: Remover pedículos, prevenir reinfestação, evitar propagação e promover conforto e bem estar ao paciente, diariamente. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: pacientes com infestação por pediculose (piolhos ou lêndeas). Contraindicação: pacientes com lesão em couro cabeludo, TCE, pós-operatório de cirurgia craniana, com cateteres, drenos ou dispositivos venosos de inserção craniana. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCO/PONTO-CRÍTICO: <ul style="list-style-type: none"> • Possíveis contaminação por práticas inadequadas; • Tendência a hipotermia; • Queimadura por temperatura inapropriada da água; • Irritação ocular por queda de medicamentos/soluções nos olhos; • Lesão o couro cabeludo; • Otite por entrada de medicamento/solução no pavilhão auricular; • Propagação de pediculose no ambiente hospitalar. | |
| 5-MATERIAIS: 1-Água e sabão, carrinho, biombo, toalha, luvas de procedimento, cuba-rim, touca descartável, solução e gaze, pente fino. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 1-Higienizar as mãos; | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 2-Conferir prescrição médica e reunir todo o material e levar junto ao paciente; | 02-Evitar erros, facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 3- Orientar o paciente/acompanhante informando como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração; | 03-Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; |
| 4-Fechar portas e janelas e isolar o leito com biombo; | 04-Promover a privacidade; |
| 5-Colocar o paciente sentado, protegendo os ombros com uma toalha; | |
| 6-Calçar as luvas e vestir touca; | 06-Proteção individual; |
| 7-Colocar a medicação prescrita na cuba-rim; | |
| 8-Dividir os cabelos em partes (mechas) e aplicar a solução, friccionando o couro cabeludo com gaze; | |
| 9-Vestir touca prendendo todo o cabelo, devendo | |

| | |
|---|---|
| <p>permanecer pelo tempo estipulado pelo fabricante do produto;</p> <p>10-Retirar e desprezar a touca;</p> <p>11-Encaminhar o paciente ao chuveiro para o banho e lavagem dos cabelos, se possível, ou proceder lavagem no leito;</p> <p>12-Pentear os cabelos com pente fino, para retiradas de lêndeas;</p> <p>13-Trocar a roupa de cama do paciente. A roupa deverá ser encaminhada em saco plástico identificado;</p> <p>14-Recolher o material, deixando o paciente confortável e o quarto em ordem;</p> <p>15-Encaminhar o material ao expurgo, lavar com água e sabão e encaminhar ao CME;</p> <p>16-Higienizar as mãos;</p> <p>17- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>14-manter o ambiente em ordem;</p> <p>16- Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>17- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A solução medicamentosa deve ser prescrita pelo médico ou seguir padronização do hospital. • O pente deve ser colocado em solução desinfetante. • A fim de prevenir a propagação de pediculose no ambiente hospitalar, as roupas devem ser colocadas separadamente em sacos plásticos e encaminhadas imediatamente à lavanderia com a recomendação de tratamento para pediculose. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 2. TIMBY, Babara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007. | |

| | |
|---|---|
| 10- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário. | 10-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres). |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O controle de peso deve ser feito preferencialmente pela manhã, com o paciente em jejum. Sempre na mesma hora a cada dia, na mesma balança <p>RECOMENDAÇÕES PEDIÁTRICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Controle de peso deve ser feito pela manhã, antes da primeira refeição do dia (de preferência em jejum). • Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja), colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima sem tocá-la para evitar quedas. • Deve-se despir a criança , descontando o peso de fraldas e talas para evitar alteração de resultado. • Crianças impossibilitadas de se movimentar, devem ser pesados no colo do profissional e descontar o peso do colaborador. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009. 3. POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. | |

CONTENÇÃO MECÂNICA NO LEITO

1-FINALIDADE:

- Proteger o paciente ou outras pessoas de lesões e traumas, quedas, contaminação de feridas, deslocamento de dispositivos usados em seu tratamento, como sondas e cateteres provocados por ele mesmo ou para prevenir a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido.
- Oferecer, em algumas situações, proteção aos indivíduos que atendem aquele paciente.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: Alto risco de agressividade contra outras pessoas e a si mesmo que não melhoraram com intervenções consideradas menos restritivas; para garantir estudo e tratamento adequados de um paciente em estado de agitação psicomotora; para evitar quedas da cama, seja em crianças, pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou com convulsões; nos casos de agitação pós-operatória, como em craniotomias, doentes mentais agressivos, adultos e/ou crianças com afecção de pele, para que não cocem; para alguns tipos de tratamentos; para pacientes não colaborativos na manutenção de sondas, cateteres, drenos, curativos etc.

Contraindicação: Condições que podem ser exacerbadas por diminuição de estímulos (encefalopatias), como substituto de tratamentos, como castigos, por conveniência dos profissionais de saúde, uso em lugares onde seja proibido por guias ou protocolos previamente aprovados e aplicação de medidas de restrição por pessoal sem treinamento.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO/PONTOS CRITICOS:

PSÍQUICOS: agravamento da confusão, humilhação, perda da auto-estima, desmoralização, perda da memória, sentimento de abandono, depressão, medo, raiva, perda da dignidade, indiferença.

FÍSICOS: garroteamento do membro, imobilidade, inapetência, diminuição do metabolismo, hipotensão ortostática, brocoaspiração, alterações da atividade cerebral, privação sensorial, úlceras por pressão, infecções nosocomiais, retenção urinária, incontinência, obstipação, diminuição de massa muscular, contraturas musculares, edema em membros inferiores, perda eletrolítica, abrasões, equimoses, fraturas, lacerações cutâneas e até morte decorrentes do paciente se libertar das restrições.

5-MATERIAL:

Compressas de algodão ortopédico, loção ou creme hidratante, atadura de crepe, esparadrapo.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|---|--|
| 01-Conferir prescrição ou iniciar protocolo de contenção; | 01-Evitar contenção indevida; |
| 02-Orientar o paciente e familiares quanto ao uso da contenção, as razões de seu uso, duração e possíveis complicações; | 02-Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; |
| 03-Higienizar as mãos; | 03- Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 04-Reunir o material e levar até o paciente; | 04- Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 05-Inspeccionar o local a ser restrito e retirar todos os objetos que possam machucá-lo; | |

| | |
|--|---|
| <p>06-Posicionar o paciente de modo a facilitar o conforto e evitar a aspiração ou ruptura de pele;</p> <p>07-Lavar e secar a área a ser restringida;</p> <p>08-Aplicar loção ou creme hidratante, se a pele estiver ressecada;</p> <p>09-Dobrar a compressa de algodão em três no sentido do comprimento, e enrolar ao redor do punho ou tornozelo do paciente;</p> <p>10-Envolver a compressa de algodão com atadura de crepe (4 voltas) e prender com um nó. Prender as pontas soltas da atadura na cama;</p> <p>11-Checkar o procedimento;</p> <p>12-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário, informando: motivo das restrições, horário e tipo de restrição, reações do paciente, cuidados com as restrições e os membro restritos.</p> | <p>08-Facilitar sua circulação, diminuir o atrito decorrente de sujeira e de células mortas da pele;</p> <p>09-Evitar que a faixa se movimente com a tração e aperte a restrição;</p> <p>11-Informar que a ação foi realizada;</p> <p>12-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A contenção física deve ser feita idealmente por uma equipe de cinco pessoas, cada uma se ocupa de um membro específico, previamente combinado, enquanto a quinta pessoa se encarrega de realizar o diálogo e, se necessário, segurar a cabeça. ▪ Avaliar o paciente periodicamente a cada duas horas quanto ao seu comportamento, eficácia da restrição, presença de complicações e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas. ▪ Avaliar as restrições no mínimo 1x/plantão e trocá-las 1x/dia, após o banho ou se estiver suja. ▪ Ajudar o paciente em relação às suas necessidades de nutrição, excreção, hidratação, higiene etc. ▪ Monitorar as condições da pele e circulação nos locais e membros contidos. ▪ Retirar as restrições do paciente assim que possível. ▪ Manter tronco e cabeça levemente elevados. ▪ As resrtrições nunca devem ter caráter punitivo para o paciente ou de comodidade para a equipe de saúde e familiares. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <p>1.ARCHER, Elizabeth et al. Procedimentos e protocolos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.</p> <p>2.CORDEIRO, Daniel C. Emergências psiquiátricas. São Paulo: Roca, 2007.</p> <p>3.SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. Procedimentos básicos. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos)-Hospital Sírio Libanês.</p> | |

TRICOTOMIA

1-FINALIDADE:

Preparo da pele para a realização de alguns procedimentos, facilitando a visualização da área através da remoção dos pêlos, preferencialmente com aparelho elétrico.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: em pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento. Na colocação de eletrodos para monitorização, angiografia, cateterismo, fixação de curativos ou dispositivos venosos e somente quando os pêlos interferirem no procedimento.

Contraindicação: lesões de pele, pessoas alérgicas a lâmina deve-se utilizar o tricotomizador.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCO/PONTO CRÍTICO:

- Lesões/Cortes;
- Infecção sítio cirúrgico;
- Fissura de pele;
- Alergia.

5. MATERIAL:

Bandeja, tesoura ponta romba, tricotomizador, gaze, saco de lixo, luvas de procedimento e biombo.

6. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| 01- Reunir o material na bandeja e levar para o quarto do paciente; | 01-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 02- Explicar ao paciente o procedimento e sua finalidade; | 02-Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; |
| 03- Higienização das mãos; | 03- Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 04- Colocar biombo, se necessário; | 04- Promover a privacidade do paciente; |
| 05- Verificar a área a ser tricotomizada, de acordo com o procedimento a ser executado; | |
| 06- Calçar luvas de procedimento; | 06-Promover barreira física entre as mãos e fluidos corporais; |
| 07- Orientar o paciente a assumir uma posição confortável e adequada ao preparo da pele; | |
| 08- Expor somente a área a ser tricotomizada; | |

| | |
|--|--|
| <p>10- Cortar os pêlos longos com a tesoura, se necessário, e desprezá-los no saco de lixo;</p> <p>11- Esticar a pele com uma tração suave em direção oposta a raspagem. Com a outra mão, passar o tricotomizador rente a pele com os pêlos secos, no sentido de sua inserção, com movimentos firmes e regulares. Observar para que todos os pêlos sejam removidos;</p> <p>12- Descartar no saco de lixo os pêlos cortados e o material de uso único em local apropriado;</p> <p>13- Recolher o material do quarto e deixar o paciente confortável;</p> <p>14- Retirar as luvas de procedimento;</p> <p>15- Deixar a unidade do paciente em ordem;</p> <p>16- Higienizar as mãos;</p> <p>17- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>11-Facilitar a remoção dos pêlos;</p> <p>12-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>13- Manter o ambiente em ordem e demonstrar preocupação com o bem estar do paciente;</p> <p>16- Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>17- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- A tricotomia é um procedimento que deverá ser realizados se extremamente necessário.
- A tricotomia para procedimentos cirúrgicos deve ser realizada, preferencialmente, no Centro Cirúrgico e deve ser limitada à área da incisão.
- Deve ser feita no máximo até 2 horas antes do início da cirurgia.
- Evitar machucar a pele, dedicando atenção especial às pregas cutâneas (por exemplo: axila, virilha, região pubiana e outras).
- Notificar o cirurgião sobre a antisepsia utilizada para tricotomia.
- Preferencialmente, utilizar tricotomizador elétrico. Quando necessário, utilizar lâmina de barbear nova/descartável e trocá-la sempre que necessário.
- As tricotomias que aparam os pêlos próximo a pele, têm menos risco de infecção do que as feitas com lâminas.
- Pacientes suscetíveis a sangramento devem utilizar barbeador elétrico ou tricotomizador.
- Barbear na direção do crescimento dos pêlos.

8-REFERÊNCIAS:

1. BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde. Núcleo de Prevenção à Infecção Hospitalar. **Manual de recomendações de prevenção e controle das infecções em estabelecimento de saúde**. Brasília, 2005.
2. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – Hospital Infantil Joana de Gusmão. **Manual de normas e rotinas do serviço de controle de infecção hospitalar**. Santa Catarina, 2007.

REALIZAÇÃO DE ECG

| | |
|--|---|
| 1-OBJETIVO: Registrar derivações para diagnóstico, evolução clínica e avaliação da eficácia medicamentosa. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: A todos os pacientes internados, com dor torácica, com cardiopatias, conforme solicitação médica. | |
| 3-RESPONSABILIDADE: Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem. | |
| 4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: Ansiedade, alergia aos eletrodos, erros na fixação dos eletrodos. | |
| 5-MATERIAL: Papel milimetrado, eletrodos, caneta, aparelho de EEG | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01-Higienizar as mãos; 02-Conferir a prescrição médica ou pedido de exame; 03- Preparar o material e colocá-lo próximo à unidade do cliente; 04- Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado e posicioná-lo em decúbito dorsal, com braços e pernas relaxados; 05-Ligar ao aparelho à rede de energia, prestando atenção a voltagem solicitada; 06-Colocar a folha de ECG e apertar tecla "papel"; 07-Friccionar com gazes e álcool a área a ser monitorada. Se necessário, os pêlos deverão ser cortados; 08-Colocar as braçadeiras nos membros: -cabo vermelho em braço D - RA -cabo amarelo em braço E - LA -cabo verde em perna E - LL -cabo preto em perna D - RL | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; 02-Evitar erros; 03- Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; 04- Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação; 05-Prevenir estragos ao aparelho; 07-Garantir a aderência e reduzir o desconforto do paciente na hora de removê-los; |

| | |
|--|---|
| <p>09-Colocar eletrodos no tórax: -V1 em 4º espaço intercostal na borda esternal direita -V2 em 4º espaço intercostal na borda esternal esquerda -V3 a meio caminho entre V2 e V4 -V4 em 5º espaço intercostal na linha clavicular média E -V5 em 5º espaço intercostal na linha axilar anterior (meio caminho entre V4 e V6) -V6 em 5º espaço intercostal na linha axilar média, nivelado com V4</p> <p>10-Apertar o botão "segue";</p> <p>11-Identificar o ECG com nome do paciente, data, hora e setor;</p> <p>12-Desligar o aparelho, retirar cabos e eletrodos, limpar e organizar as braçadeiras;</p> <p>13-Deixar o paciente confortável no leito e o ambiente em ordem;</p> <p>14-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>11-Evitar erros;</p> <p>13-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>14-Documentar o procedimento e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar aplicar os eletrodos sobre saliências ósseas, locais peludos, áreas para compressão torácica. ▪ Se a respiração distorce o traçado, peça que ele prenda por um instante a respiração, para reduzir a oscilação basal no traçado. ▪ Se o paciente é portador de marca-passo, pode-se usar um ímã, conforme orientação médica. ▪ | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009. 2. SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 3. TIMBY, Babara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 8 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007. | |

COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA

| | |
|--|----------------------|
| 1-FINALIDADE: Instalação de um dispositivo peniano para controlar débito urinário e proteger região perineal do contato com urina. | |
| 2. INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: pacientes masculinos com incontinência urinária ou com alteração do nível de consciência, que necessitam de controle hídrico ou coleta de urina para exames laboratoriais. Contraindicação: pacientes com lesão peniana, pós-operatório de cirurgia urológica. | |
| 3. RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4. RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none">• Lesão peniana provocados por alergia, dermatite de contato.• Risco de infecção uretral por técnica de higienização incorreta.• Lesão por garroteamento ou retração do prepúcio. | |
| 5. MATERIAIS: Bandeja, luvas de procedimento, gaze, toalha, dispositivo para incontinência urinária, adesivo hipoalergênico, saco coletor. | |
| 6. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |

| | |
|---|--|
| <p>01- Higienizar as mãos;</p> <p>02- Reunir todo o material;</p> <p>03-Explicar o procedimento ao paciente;</p> <p>04- Colocar biombo;</p> <p>05- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;</p> <p>06- Calçar as luvas de procedimento;</p> <p>07-Fazer a higiene íntima e aparar o excesso de pêlos(se necessário);</p> <p>08-Colocar o dispositivo para incontinência urinária no pênis, desenrolando-o da glândula para a raiz do pênis. Deixar espaço entre a ponta do pênis e a extremidade do dispositivo;</p> | <p>01-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>02-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo;</p> <p>03- Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação;</p> <p>04- Promover a privacidade do paciente;</p> <p>06-Promover barreira física entre as mãos e fluidos corporais;</p> <p>07- Aparar os pêlos pubianos previne que o adesivo puxe desnecessariamente os pêlos sem o risco de infecção associado ao barbear;</p> <p>08- O espaço impede a irritação na ponta do pênis e permite a drenagem livre da urina;</p> |
| <p>09-Fixar o dispositivo com adesivo hipoalergênico na raiz do pênis de modo firme, mas não apertado;</p> <p>10-Adaptar a extensão do dispositivo ao saco coletor de urina, evitando dobrá-lo ou torcê-lo;</p> <p>11-Retirar as luvas de procedimento;</p> <p>12-Recolher o material e encaminhar ao expurgo;</p> <p>13- Higienizar as mãos;</p> <p>14-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>09- Prender o dispositivo, mas não interferir na circulação do sangue no pênis;</p> <p>10- Manter o paciente seco. A extensão dobrada estimula o refluxo de urina;</p> <p>12-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>13-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>14- Documentar o procedimento e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |

7-RECOMENDAÇÕES:

- Tomar cuidado para não garrotear o pênis do paciente.
- Observar a presença de lesões.
- Fazer troca do dispositivo pelo menos uma vez ao dia na hora do banho e após cada higiene íntima.
- Em caso de extravazamento e necessidade de controle rigoroso de diurese, pesar também a fralda do paciente (descontando o peso da fralda).

8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. LOPES, Mercedes A. **Guia prático de enfermagem**: hospitalização. Rio de Janeiro: Editora McGrawHill, 2001.
3. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
4. TAYLOR, Carol. **Fundamentos de enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TRANSPORTE/TRANSFERÊNCIA DO LEITO PARA CADEIRA**1-FINALIDADE:**

Movimentar o paciente com conforto e segurança.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: ao paciente liberado para sair do leito. Cabe ao enfermeiro avaliar a habilidade do paciente em participar ativamente na transferência.

Contraindicação: fratura de quadril e pacientes que não conseguem se manter na posição.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

Queda do leito ou cadeira.

Abrasão de pele.

Relativo ao profissionais: algias vertebrais devido manipulação errada.

5-MATERIAIS:

Cadeira de rodas ou poltrona, lençol, escadinha, chinelos.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|--|--|
| <p>01-Higienizar as mãos;</p> <p>02-Explicar o procedimento ao paciente;</p> <p>03-Fechar a porta do quarto;</p> <p>04-Preparar a cadeira, forrá-la , colocando um lençol em diagonal;</p> <p>05-Posicionar a cadeira/poltrona na lateral do leito;</p> <p>06-Travar as rodas da cadeira e erguer o descanso dos pés;</p> <p>07-Posicionar a escadinha na altura dos pés da cama do paciente;</p> <p>08-Posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal;</p> <p>09-Elevar a cabeceira da cama;</p> <p>10-Ajudar o paciente a sentar-se na cama, apoiando os pés na escadinha;</p> <p>11-Vestir adequadamente o paciente e calçar os chinelos;</p> <p>12-Ficar de frente para o paciente segurando-o pela cintura;</p> <p>13-Ajudar o paciente a levantar-se, apoiando-se nos ombros do executante que o segurará pela cintura até que fique em pé ao lado da cama, de costas para a cadeira de rodas ou poltrona (se quiser melhorar o apoio, coloque nele um cinto bem largo para poder segurá-lo com mais firmeza);</p> <p>14-Ajudar o paciente a sentar-se na cadeira/poltrona confortavelmente;</p> <p>15-Apoiar os pés do paciente no descanso da cadeira;</p> <p>16-Cobrir o paciente com outro lençol e/ou cobertor;</p> <p>17-Conduzir o paciente ao local desejado;</p> <p>18-Higienizar as mãos;</p> <p>19- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>01-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>02-Reduzir a ansiedade e propiciar a cooperação;</p> <p>03-Promover privacidade;</p> <p>06-Evitar acidentes;</p> <p>18-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>19-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |

7-RECOMENDAÇÕES:

- Para colocá-lo novamente no leito é só seguir esses passos em seqüência invertida.
- Adotar uma postura corporal de base ampla e dobrar os joelhos, em vez do corpo, para adquirir maior estabilidade.
- Aproximar o paciente a ser transportado junto ao seu corpo, para diminuir esforço.
- Diante de qualquer anormalidade, como tontura, fraqueza e outras, colocar o paciente no leito e notificar o enfermeiro.
- Proteger adequadamente soros, cateteres, drenos e aparelhos, evitando sempre movimentos bruscos.
- Anotar na prescrição de enfermagem a hora da saída do leito.

8-REFERÊNCIAS:

- 1.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 2.MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
- 3.TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

TRANSPORTE/TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DO LEITO PARA A MACA

1-FINALIDADE:

Transferir o paciente com conforto e segurança.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: pacientes internados, ambulatoriais e de pronto atendimento impossibilitados de se locomover.

Contra-indicação: TRM com tração cervical.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

- Queda da maca;
- Fratura na movimentação;
- Abrasão de pele.

5-MATERIAIS:

Maca com colchão, cobertor e lençol, luvas de procedimento.

| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
|--|--|
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01-Higienizar as mãos; | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02-Explicar o procedimento ao paciente; | 02-Reduzir a ansiedade e promover cooperação; |
| 03-Forrar o colchão da maca com lençol; | |
| 04-Colocar biombo ou fechar a porta do quarto; | 04-Promover a privacidade do paciente; |
| 05-Soltar o lençol móvel da cama e enrolar as laterais; | |
| 06-Colocar a maca paralelamente ao lado da cama; | |
| 07-Deitar o paciente em decúbito dorsal horizontal e verificar as condições de acessos venosos e infusões, as fixações das sondas e drenos e as condições de drenagem; | |
| 08-Puxar as bordas do lençol que estão presas debaixo do colchão do paciente; | |
| 09-Posicionar dois profissionais do lado do leito e outros dois ao lado da maca (ou quantos forem necessários) e todos segurando o lençol debaixo; | |
| 10-Realizar a transferência do paciente para a maca com um só movimento, sincronizando a ação dos profissionais; | |
| 11-Cobrir o paciente com lençol e cobertor, se necessário; | 11-Promover privacidade; |
| 12-Elevar as grades de proteção; | 12-Prevenir quedas; |
| 13-Encaminhar o paciente ao local desejado; | |
| 14-Deixar o paciente confortável; | 14-Demonstrar preocupação com o seu bem estar; |
| 15-Higienizar as mãos; | 15-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 16- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário. | 16- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres). |

7-RECOMENDAÇÕES:

- O fator mais importante ao movimentar ou levantar o paciente é o emprego de uma boa mecânica corporal por parte da equipe de enfermagem ou de qualquer pessoa que o ajude.
- A enfermagem deve evitar esforços desnecessários, prevenindo, assim, danos não só para si como para o paciente.
- Os movimentos devem ser planejados. É conveniente fazer uma pequena contagem para todos agirem juntos, somando forças.
- Encaminhar o paciente olhando para frente com bastante cuidado. Observar o gotejamento de soros e o posicionamento dos drenos. Pacientes graves devem ficar constantemente acompanhados por um funcionário da enfermagem.

8-REFERÊNCIAS:

1. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
3. POSSO, Maria B. S. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2004.
4. TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

CUIDADO COM O CORPO APÓS A MORTE

1-FINALIDADE:

Respeitar o cadáver e familiares mediante o procedimento.
Evitar perda de secreções e excreções.
Posicionar o corpo adequadamente antes de ocorrer a rigidez cadavérica.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: para pacientes que perderam suas funções vitais e receberão atestado de óbito.
Contraindicação: pacientes encaminhados para IML.

3-RESPONSABILIDADES:

Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

5- MATERIAIS:

Luvas de procedimento, biombo, hamper, lâmina de bisturi ou tesoura, seringa 10 ml, gaze, esparadrapo, pinça Pean ou anatômica, algodão, ataduras de crepe (10 ou 20 cm), invólucro para cadáver, fita adesiva, saco plástico, lençol, óculos de proteção, máscara e avental.

6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|---|--|
| 01-Certificar-se da confirmação de óbito pelo médico; | 01-Evitar erros; |
| 02-Higienizar as mãos; | 02-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 03-Calçar as luvas de procedimento e máscara. Vestir o avental e colocar óculos de proteção; | 03- Promover barreira física, assegurando proteção ao profissional que realiza o procedimento; |
| 04-Isolar o leito com o biombo e ou fechar a porta; | 04- Respeitar a privacidade; |
| 05-Colocar o cadáver em decúbito dorsal, retirando todos os travesseiros e coxins; | |
| 06-Alinhar os membros; | |
| 07-Recolocar a dentadura ou ponte móvel imediatamente após a constatação da morte, se houver; | 07- Manter o contorno natural do rosto; |
| 08-Fechar os olhos fazendo compressão nas pálpebras, utilizando esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica; | 08- Preservar as córneas, viabilizando provável uso para transplante; |
| 09-Despir o corpo, colocando as roupas no hamper ou em saco plástico identificado e fechado; | 09- Guardar os pertences para entregar aos familiares ou responsável; |
| 10-Retirar todos os cateteres, sondas e drenos, se houver, usando lâmina de bisturi ou tesoura para retirar as fixações e a seringa de 10 ml para desinsuflar os balões das sondas; | 10- Eliminar os equipamentos desnecessários; |

| | |
|---|---|
| <p>11- Fazer a higienização do corpo, se necessário;</p> <p>12- Fazer os curativos necessários e, nas mucosas que possam drenar substâncias orgânicas, comprimir bem o local com o auxílio de gaze e esparadrapo;</p> <p>13- Tamponar orofaringe, ânus e vagina (se necessário) com algodão utilizando uma pinça Pean ou anatômica;</p> <p>14- Fechar a boca com o auxílio de atadura prendendo-a no alto da cabeça, os pés juntos e as mãos juntas, usando ataduras de crepe;</p> <p>15- Retirar todos os lençóis, colocando o corpo dentro do invólucro para cadáver;</p> <p>16- Colocar sobre o peito uma tira larga de esparadrapo com nome do cadáver, registro, número da enfermaria, leito, data e hora do óbito, e nome por extenso e matrícula do funcionário que preparou o corpo. Colocar outra tira de identificação sobre o invólucro para cadáver;</p> <p>17- Preencher o aviso de óbito (2 vias), colocar o corpo na maca, cobrir com lençol e encaminhar à anatomia, acompanhado da 2ª via do aviso de óbito. A 1ª via ficará anexada ao prontuário ou GAE;</p> <p>18- Recolher todos os pertences do paciente, relacionando-os em livro próprio e entregar ao familiar;</p> <p>19- Recolher o material e deixar unidade em ordem;</p> <p>20- Higienizar as mãos;</p> <p>21- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>12- Evitar ocorrência de vazamento de fluidos corporais;</p> <p>13- Devido risco de exsudação/sangramento;</p> <p>16- Evitar erros de identificação;</p> <p>17- DODF – Portaria nº 104 de 30/05/01;</p> <p>19- Manter organização do ambiente;</p> <p>20- Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>21- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Os corpos de pacientes na qual a morte tenha sido causada por doenças contagiosas requerem cuidados especiais, de acordo com a orientação do NCIH
- Os corpos que se tornam disponíveis para finalidades médicas ou para pesquisa requerem autorização legal dos familiares mais próximos ou de autoridade legalmente constituída.
- Proceder os cuidados após confirmação do óbito pelo médico. Caso o médico peça necropsia, o corpo não deve ser tamponado, deve-se fazer apenas a higiene total.
- Para a necropsia é necessária a autorização da família, a não ser nos casos de envenenamento e morte violenta que deverão ser encaminhados ao IML.
- Na ficha de aviso de óbito deve constar o seguinte: nome, RG hospitalar, leito, unidade, endereço e telefone, nome do médico que constatou o óbito, assinatura do enfermeiro ou responsável, se os familiares foram avisados ou não, a data e a hora do óbito. O serviço de internação solicita a presença dos familiares no hospital
- Nos casos de encaminhamento ao IML, não são retiradas as roupas do cadáver ou qualquer tipo de manipulação além da colocação do corpo dentro do invólucro para cadáver e devida identificação.
- Para o paciente potencial doador de córneas, recomendam-se os cuidados para preservação deste tecido antes da enucleação, como: fechamento das pálpebras com esparadrapo e colocação de gaze úmida.
- Todos os casos de óbito deverão ser comunicados ao banco de olhos da secretaria de saúde do Distrito Federal pelos telefones 3315-1633 e 3315-1271.

8-REFERÊNCIAS:

- 1.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 2.DODF. Portaria nº 104, título III capítulo I - das competências da enfermagem-(publicada em 30 de maio de 2001).
- 3.MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
- 4.SILVA, S. C.; SIQUEIRA, I. L. C. P.; SANTOS, A. E. **Procedimentos básicos**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série boas práticas de enfermagem em adultos).
- 5.TIMBY, Babara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

AUXILIO AO PROCEDIMENTO DA DRENAGEM DE TÓRAX

| <p>1-FINALIDADE: Consiste em providenciar todo o material necessário para a drenagem de tórax, facilitando o atendimento de uma forma rápida e dinâmica, evitando assim a ocorrência de iatrogenias.</p> | |
|---|---|
| <p>2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: hemotórax, empiema pleural, derrames neoplásicos, pneumotórax traumáticos ou espontâneos.</p> | |
| <p>3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.</p> | |
| <p>4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: Risco de pneumotórax, infecção, desconexão do sistema, abrasão de pele no local de fixação do dreno.</p> | |
| <p>5-MATERIAL: Luva de procedimento, bandeja de pequena cirurgia, kit para drenagem de tórax, água destilada(frasco), gazes, fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo, solução antisséptica, seringas 10 ml, agulha descartável, lidocaína injetável, fios de sutura, lâmina de bisturi, avental estéril, óculos protetor e máscara descartável.</p> | |
| <p>6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Higienizar as mãos; | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02- Providenciar o material para procedimento e levá-lo até o paciente; | 02-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03- Orientar o paciente quanto ao procedimento; | 03-Reduzir ansiedade e promover cooperação; |
| 04- Oferecer ao médico máscara, avental ou capote estéril e luvas estéreis; | 04-Promover barreira física entre o profissional e fluidos corporais; |
| 05- Posicionar o paciente de acordo com a indicação clínica, acomodando um coxim de apoio e expondo o lado a ser drenado; | 05-Facilitar o acesso; |
| 06- Entregar o material a ser utilizado à medida que for solicitado pelo médico; | |
| 07- Manter o frasco de drenagem previamente preparado com água destilada (até que a extremidade do dreno fique submersa 2 cm) para conexão do sistema de drenagem ao dreno; | 07-Manter a vedação do sistema de drenagem, evitando a passagem de ar atmosférico para dentro do espaço pleural. Um nível de líquido maior do que 2 cm de água pode tornar a respiração mais difícil porque o paciente terá uma coluna maior de água para mover durante a respiração; |
| 08-Após introdução do dreno, auxiliar na conexão deste à extremidade distal do sistema, utilizando técnica asséptica; | |

| | |
|---|---|
| <p>09-Observar se ocorre oscilação, saída de sangue ou líquido pelo dreno ou borbulhas pela saída de ar;</p> <p>10- Fazer curativo na inserção do dreno com soro fisiológico e solução antisséptica, diariamente. Anotar aspecto e presença de secreção se houver;</p> <p>11- Marcar o nível original de líquido com uma fita adesiva aderida verticalmente ao lado externo do frasco de drenagem. Anotar a data, volume, hora e responsável pela troca;</p> <p>12- Manter o sistema sob a cama em nível sempre abaixo do tórax do paciente e em lugar seguro para não tombar;</p> <p>13- Deixar o paciente em posição confortável;</p> <p>14- Recolher o material, encaminhar ao expurgo e deixar a unidade em ordem;</p> <p>15- Higienizar as mãos;</p> <p>16- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>09-Confirmar o correto posicionamento do dreno;</p> <p>12-Evitar refluxo do conteúdo drenado para o paciente;</p> <p>13-Demonstrar preocupação com o seu bem estar;</p> <p>15-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>16- Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ao mobilizar o paciente fora do leito, clampar o dreno e desclampeá-lo quando o paciente estiver posicionado, deixando o frasco de drenagem abaixo da caixa torácica. ▪ O volume drenado deve ser observado e medido ao término de cada plantão. O frasco de drenagem deve ser preenchido com soro fisiológico ou água esterilizada até atingir aproximadamente 2 cm do tubo de drenagem. ▪ Observar se há oscilação ou saída de sangue, líquido pelo copo ou borbulhas pela saída de ar. ▪ Encorajar o paciente a mudar de posição freqüentemente para promover a drenagem. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <p>1.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>2.POSO, Maria B. S. Semiologia e semiotécnica de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2004.</p> <p>3.TIMBY, Babara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 6. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.</p> | |

TROCA DE SELO D'ÁGUA DO FRASCO DE DRENAGEM TORÁCICA

| | |
|--|--|
| 1-FINALIDADE: Evitar refluxo do líquido drenado, prevenir infecção e medir o molume drenado. | |
| 2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: todos os pacientes sob uso de drenagem torácica. | |
| 3-RESPONSABILIDADES: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. | |
| 4-RISCOS/PONTOS CRÍTICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Passagem de ar para dentro do espaço pleural. • Tração do dreno. • Contaminação do sistema de drenagem. | |
| 5-MATERIAL: Luvas de procedimento, água esterilizada, fita adesiva. | |
| 6-DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 01- Higienizar as mãos; | 01-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 02- Reunir o material em uma bandeja; | 02-Facilitar a organização e o controle eficiente do tempo; |
| 03- Orientar o paciente sobre o procedimento; | 03-Reduzir ansiedade e promover cooperação; |
| 04- Calçar luvas de procedimento; | 04-Promover barreira física entre as mãos e fluidos corporais; |
| 05- Clampear o dreno próximo ao tórax; | 05-Evitar a entrada de ar; |
| 06- Medir a quantidade de líquido no frasco; | 06-Dado importante para avaliação da assistência e terapêutica empregada; |
| 07- Despejar o líquido do frasco em local apropriado; | |
| 08- lavar o frasco com água esterilizada; | |
| 09- Colocar água esterilizada no frasco até assegurar a imersão de, aproximadamente, 2 cm da ponta do tubo de drenagem; | 09-Evitar entrada de ar; |
| 10- Fechar o frasco, observando se está bem vedado; | |
| 11- Marcar o nível original de líquido com uma fita adesiva | 11-A marca evidencia a quantidade de líquido drenada e a rapidez com que o mesmo está se acumulando no frasco. |

| | |
|---|--|
| <p>aderida verticalmente ao lado externo do frasco de drenagem. Anotar a data, volume, responsável e hora da troca;</p> <p>12- Desclampar o dreno, mantendo o frasco de drenagem abaixo do nível do paciente;</p> <p>13- Observar se há oscilação e drenagem e, se necessário, fazer ordenha na extensão;</p> <p>14- Posicionar o frasco, evitando formação de alças ou cotovelos e deixar sob a cama, abaixo do nível do tórax e protegido de quedas acidentais;</p> <p>15- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;</p> <p>16- Recolher o material do quarto;</p> <p>17- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>14-A dobra sobre o equipo de drenagem pode produzir uma pressão retrógrada, forçando a drenagem de volta ao espaço pleural ou impedir a drenagem decorrente do espaço pleural</p> <p>15-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>16-Manter a unidade organizada</p> <p>17-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
| <p>7-RECOMENDAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mensurar e esvaziar o frasco quando necessário ou, no mínimo, a cada 24 horas. • Vide recomendações relacionadas ao auxílio na drenagem. | |
| <p>8-REFERÊNCIAS:</p> <p>1.CARMAGNANI, Maria I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.</p> <p>2.SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.</p> | |

HIPODERMÓCLISE

| | |
|--|--|
| 1–FINALIDADE: Viabilizar uma outra via de eleição para administração de líquidos e fármacos, utilizando a via subcutânea. | |
| 2–INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO: Indicação: impossibilidade de ingestão por via oral, impossibilidade de acesso venoso, possibilidade de permanência do paciente em domicílio. Contraindicação: caquexia extrema, distúrbios de coagulação, emergências, situações de instabilidade hemodinâmica, infecção do tecido SC próximo ao sítio de punção, doença vascular oclusiva e perfusão precária, anasarca, choque, risco severo de congestão pulmonar. | |
| 3–RESPONSABILIDADES: Equipe de enfermagem. | |
| 4–RISCO/PONTOS CRÍTICOS: Ocorrência de seromas e eritema no local da punção. | |
| 5–MATERIAL: Bandeja, algodão, álcool 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%, escalpe nº 21 a 25 (<i>buterfly</i>), seringa 5 ml, solução preparada para instalação (soro, medicações), equipo, gaze, luva de procedimento e esparadrapo. | |
| 6–DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: | |
| Ação de Enfermagem | Justificativa |
| 1- Conferir a prescrição e reunir todo o material; | 1-Evitar erros; facilitar a organização e controle eficiente do tempo; |
| 2- Higienizar as mãos; | 2-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 3- Orientar paciente/familiar sobre o procedimento; | 3-Reduzir a ansiedade e promover cooperação; |
| 4- Calçar luvas de procedimento; | 4-Evitar contato com fluidos corporais; |
| 5- Colocar biombo, se necessário; | 5-Manter privacidade do paciente; |
| 6- Higienizar as mãos; | 6-Reduzir a transmissão de microrganismos; |
| 7- Eleger a melhor área para realização da punção (face externa da coxa, região escapular, face antero-lateral do abdômem, região torácica superior entre o 4° e 5° espaço intercostal); | 7-Favorecer melhor absorção; |
| 8- Preencher o escalpe com a solução a ser infundida; | 8-Evitar entrada de ar no sistema; |
| 9- Realizar antisepsia da pele do local a ser puncionado com o Algodão embebido em álcool 70% ou clorexidina 0,5%; | |
| 10- Fazer a prega na pele, introduzindo a agulha com o bisel para cima em um ângulo de 30 a 60°, conforme tecido SC. | 10-Facilitar a aplicação em local apropriado; |

| | |
|---|---|
| <p>Assegurar-se que nenhum vaso tenha sido atingido;</p> <p>11- Fixar dispositivo com película transparente ou esparadrapo, protegendo a área de inserção da agulha;</p> <p>12- Aplicar o medicamento ou conectar o scalp ao equipo da solução. Infundir de 2.000-3.000 ml/24 horas (1.000 a 1.500 ml por sítio de infusão , podendo variar de 1-8ml/ minuto; datar e identificar a fixação;</p> <p>13- Após a administração de medicação, injetar 1 ml de SF 0,9%;</p> <p>14- Retirar as luvas e higienizar as mãos;</p> <p>15- Descartar o material conforme rotina do serviço de higienização;</p> <p>16- Checar o procedimento;</p> <p>17- Realizar anotações de enfermagem no prontuário, identificando a punção com data, horário, calibre do escalpe, medicação e o responsável pelo procedimento.</p> | <p>11-Evitar remoção do dispositivo;</p> <p>13-Garantir que toda a medicação foi introduzida no sítio da punção;</p> <p>14-Reduzir a transmissão de microrganismos;</p> <p>15-Manter a umidade do paciente em ordem;</p> <p>16- Informar que a ação foi realizada;</p> <p>17-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|---|---|

7-RECOMENDAÇÕES:

- Ao puncionar, não fazer superficial nem aprofundar a agulha;
- Em paciente com pouco tecido SC, o ângulo poderá ser entre 30-35°;
- Em paciente obeso, o ângulo poderá ser entre 60-90°;
- Não puncionar próximo a áreas de irradiação ou focos infecciosos;
- Manter distância mínima de 5 cm do último local de punção;
- Trocar escalpe a cada 72-96 horas;
- Inspeccionar frequentemente o local de infusão para detectar sinais de: enrijecimento, inflamação, dor, inchaço ou perda;
- Para avaliação da tolerabilidade (velocidade de infusão na 1ª hora: 0,5-2 ml/minuto).
- Dentre os medicamentos incompatíveis com a via subcutânea, estão: Diazepam, Diclofenaco, Eletrólitos não-diluídos e Fenitoína.

Diluição: todos os medicamentos administrados pela via subcutânea devem estar na forma líquida e devem ser diluídos em água para injeção. Exceção: Ketamina, Octreotide e Ondansetrona, os quais devem ser diluídos em soro fisiológico 0,9%.

- Volume: a diluição deve ser de pelo menos 100%. Ex.: morfina 10 mg/ml, ampola de 1 ml, diluir em 1 ml de água para injeção.

Obs.: O gotejamento para a infusão de solução deve ser em torno de 60 a 125 ml/h, considerando as condições clínicas do paciente.

- Fazer rodízio do sítio de punção a cada 96 horas, respeitando a distância de 5 cm do local da punção anterior. Considerar as características clínicas do paciente e ambientais.
- Se for observado edema local, recomenda-se diminuir o gotejamento ou suspender a infusão.

8-REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Ministério de Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Terapia subcutânea no câncer avançado**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
2. BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual de Rotinas de Enfermagem - HAB**. Brasília, 2009.

**PUNÇÃO E MANUTENÇÃO DE CATETER IMPLANTADO PORT–A–CATH ou
CATETER VENOSO CENTRAL DE LONGA PERMANÊNCIA TOTALMENTE IMPLANTÁVEL
(CVC-LP-TI)**

1-OBJETIVO:

Manter via de acesso venoso permanente para administração de terapia medicamentosa, reposição volêmica e soluções hipertônicas e concentrações incompatíveis com o acesso venoso periférico ou de uso prolongado, principalmente: nutrição parenteral, antibióticoterapia e quimioterapia.

2-INDICAÇÃO/CONTRAINDICAÇÃO:

Indicação: tratamentos prolongados com infusão venosa que necessite de acesso venoso freqüente, tratamento quimioterápico, dano tissular, trombose ou esclerose de veias periféricas. Paciente com dificuldade de acesso venoso periférico. Quimioterapia de longa duração: múltiplos ciclos; drogas vesicantes ou que levem à aplasia severa; tempo de infusão acima de 8 horas.

Contraindicação: pacientes com infecção conhecida ou suspeita, alérgicos ao material do sistema, história anterior de intolerância ao cateter e quando o cateter venoso central não estiver adequadamente locado. A falta de condições clínicas do paciente, do tipo baixa contagem de plaquetas, queda de estado geral e comprometimento de um ou mais órgãos nobres. O mesmo se dá em relação à presença de infecção bacteriana/fúngica comprovada ou hemocultura positiva, presença de algum tipo de distúrbio de coagulação, já que isto é um determinante importante no desencadeamento de hemorragias pós-operatórias ou até desenvolvimento de trombose venosa. Não é indicado para infusão de grandes volumes de fluidos, nem para hemotransfusões ou coleta de sangue (exceto hemoculturas), devido ao seu pequeno calibre, o que favorece à obstrução.

3. RESPONSABILIDADE:

Enfermeiros.

4. RISCOS/PONTOS CRÍTICOS:

Presença de coágulos de sangue no cateter ou equipo; hematomas; embolia gasosa; lesão venosa; intolerância ao cateter; tamponamento cardíaco; estenose ou trombose da veia jugular interna; infecção; extravasamento; ruptura ou fratura do sistema; migração do cateter; cateter venoso não locado; posicionamento incorreto da agulha; agulha de tamanho inadequado; contaminação por quebra da técnica; deslocamento do cateter.

5. MATERIAIS:

Agulha própria para cateter implantado tipo *Hubber* ou do tipo "ponta de lápis", pacotes de gazes, clorexidina alcoólica, ampolas de soro fisiológico, seringas de 10 ml, luvas estéreis, luvas de procedimento, película/filme transparente, fita adesiva hipoalergênica, agulhas, saco para descartes, pomada anestésica.

6. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:

| Ação de Enfermagem | Justificativa |
|---|---|
| 01-Reunir todo o material; | 01-Facilitar a organização e controle eficiente do tempo; |
| 02-Higienizar as mãos; | 02-Reduzir transmissão de microrganismos; |
| 03-Explicar o procedimento ao paciente; | 03-Reduzir ansiedade e propiciar cooperação; |
| 04-Inspeccionar e avaliar local a ser puncionado; | 04-Evitar riscos; |

| | |
|--|---|
| <p>05-Posicionar paciente em decúbito dorsal ou sentado;</p> <p>06-Abrir todo o material com técnica asséptica;</p> <p>07-Calçar luvas estéreis;</p> <p>08-Conectar agulha de Hubber na seringa ou equipo de infusão e preencher toda a extensão com soro fisiológico;</p> <p>09-Fazer antisepsia da área a ser puncionada com gaze estéril embebida com solução alcoólica de clorexidina ou álcool a 70%, com movimentos circulares, a partir do centro do reservatório, ampliando o movimento em diâmetro de cerca de 10 cm. Repetir 03 vezes;</p> <p>10-Localizar e fixar o reservatório com os dedos da mão não dominante, palpar as bordas e firmar o reservatório para punção;</p> <p>11-Com a mão dominante, puncionar o centro do reservatório até sentir bater a agulha na parede posterior do reservatório, introduzindo a agulha num ângulo de 90°;</p> <p>12-Injetar o SF 0,9%, observar se infunde e flui livremente. Testar refluxo sanguíneo somente após;</p> <p>13-Lavar o dispositivo, injetando o restante do SF 0,9% e fechar pinça garantindo pressão positiva;</p> <p>14-Após a punção, fixar a agulha ou escalpe com gaze e curativo transparente;</p> <p>15- Proceder de acordo com a indicação da punção (instalar o qta, o soro, outras medicações ou heparinizar o cateter) usando técnica correta;</p> <p>16-Ao final da infusão, injetar 2ml da solução de 500UI de heparina/ml;</p> <p>17-Realizar curativo oclusivo estéril com gaze e fita adesiva hipoalergênica ou película de filme transparente;</p> <p>18-Posicionar o paciente de maneira confortável;</p> | <p>05-Proporcionar conforto e facilitar acesso para procedimento;</p> <p>06-Prevenir ocorrência de infecções;</p> <p>07-Reduzir transmissão de microrganismos;</p> <p>08-O uso de agulhas hipodérmicas comuns não é recomendado pois danificam o septo, causando a perda prematura da integridade do silicone. A agulha de “Huber” tem uma ponta curva que penetra o septo sem cortá-lo, assegurando a longevidade do septo;</p> <p>09-Prevenção de infecção;</p> <p>10-Identificar local da punção;</p> <p>11-Permitir acesso à câmara e posicionar corretamente o dispositivo;</p> <p>13-Remover o sangue contido na câmara, prevenir obstrução do cateter e evitar o rompimento da membrana de silicone e a soltura do cateter;</p> <p>15-Implementar terapia prescrita;</p> <p>16-Tal procedimento tem a finalidade de manter a perviedade do sistema, mantendo o reservatório e o cateter preenchidos evitando o acesso retrógrado de sangue e posterior formação de coágulo;</p> <p>17-Evitar desprendimento do dispositivo e</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>19-Retirar o material do quarto e lavar as mãos;</p> <p>20-Encaminhar o material ao expurgo;</p> <p>21-Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.</p> | <p>proteger o local;</p> <p>18-Propiciar o bem estar do paciente;</p> <p>19-Manter o ambiente em ordem;</p> <p>21-Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento; Artigos 71 e 72 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Responsabilidades e Deveres).</p> |
|--|--|

7-RECOMENDAÇÕES:

- A troca da agulha deve ser realizada a cada sete dias.
- O curativo com película transparente deve ser trocado à cada sete dias ou quando se julgar necessário.
- O curativo estéril com gaze e fita hipoalergênica deve ser realizado diariamente.
- Em infusões contínuas, deve ser estabelecida a periodicidade para a lavagem do cateter com SF 0,9% de 6/6 horas.
- Em caso de suspeita de infecção relacionada ao cateter, deve ser colhida hemocultura do cateter e encaminhar para análise microbiológica.
- Devido as obstruções freqüentes em curtos períodos de manipulação dos cateteres, foi normatizado, em 27 de dezembro de 1996, pela comissão interdisciplinar de cateteres do inca, a utilização de uma concentração de solução heparinizada de 500 ui/ml, com *flush* de 2 ml nos cateteres venosos centrais de longa permanência.
- **MÉTODO DE PREPARO DA SOLUÇÃO**
 - aspirar 0,25 ml de liquemine (ampola 5.000 ui) e completar para 10 ml de solução fisiológica 0,9%;
 - aspirar 1 ml de heparina sódica (frasco 25.000 ui), completar para 10 ml de solução fisiológica 0,9%;
 - instilar 2 ml dessa solução para heparinização dos cateteres totalmente ou semiimplantados: 500 UI/ml.

Intervenções de enfermagem e cuidados especiais:

- Lavar o cateter com 20ml de SF 0,9% após infusão de hemocomponentes ou de medicações.
- Heparinizar o port-a-cath quando seu próximo uso for ocorrer em um tempo superior a 24h e salinizar quando o tempo for inferior a 24h.
- Trocar o equipo utilizado para administração de quimioterápicos antineoplásicos e soroterapia a cada 72h e o de hemocomponente a cada transfusão, exceto plaquetas que deve ser trocada ao final do volume total prescrito.
- Trocar o curativo tradicional com gazes a cada 24h e na presença de umidade e sujidade ou sempre que for necessário.
- Trocar o dispositivo de punção: escalpes e agulhas de Hubber sem extensor a cada 72h e agulhas de Hubber com extensor ou agulhas de Cytocan a cada 5 dias.
- Identificar os equipos em uso com a data e horário da instalação e assinatura do responsável.
- Identificar e anotar a data, horário e assinatura do responsável pela punção e curativo do dispositivo de punção.
- Anotar o número de punções realizadas, em um impresso próprio, para permitir controlar o tempo de uso do cateter.
- Observar se há formação de hematoma local e administrar analgésico conforme queixas do cliente, no pós-operatório imediato da implantação do catéter.
- O cateter pode ser usado logo após a sua implantação, na ausência de complicações operatórias. Nesse caso deve ser puncionado ainda sob efeito do anestésico, evitando a dor da punção.
- Inspeccionar e palpar o local de inserção do cateter, procurando detectar precocemente sinais de infecção.
- Infundir sem pressionar excessivamente o quimioterápico pelo cateter de longa permanência para que não ocorra o risco de desconectar o cateter da câmara ou romper a membrana de silicone.
- Observar com rigor o aspecto das soluções a serem infundidas, quanto à presença de resíduos, corpos estranhos, precipitação, coloração e turvação.
- Utilizar, preferencialmente, sistemas de infusão fechados em cateteres totalmente implantados.

8-REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
2. CARMAGNANI, Maria I. S. et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. CRUZ, Isabel C. F. **Procedimentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. (Série incrivelmente fácil).
4. DIONISIO, Adriano. **Acesso vascular para quimioterapia**. Maceió: Uncisal & Lava, 2004.
5. MANUAL de procedimentos de enfermagem. São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/spdm/manual_hosp/arquivos/manuais/>. Acesso em: 6 out. 2009.
6. PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A.; BURIHAN, E. **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado**. Maceió, Uncisal & Lava, 2003.
7. VASQUES, Christiane I.; REIS, Paula E. D.; CARVALHO, Emília C. Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 22, n. 5, p. 696-701. set./out. 2009.

