Protocolo Operacional Padrão – Procedimentos de Enfermagem

Dra. Karynne Borges Cabral. Enfermeira. Mestra e Doutora em Enfermagem – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Especialista em Enfermagem em Neonatologia e Pediatria. Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente do HMU. Docente do curso de enfermagem da Faculdade Objetivo de Rio Verde-GO.

Esp. Vanessa da Silva Palandrani. Enfermeira. Especialista em Auditoria em Sistemas de Saúde; Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho. Enfermeira Assistencial do HMU e Enfermeira fiscal do COREN-GO.

Esp. Angela Maria Fermandes da Silva. Enfermeira. Especialista em Emergência e Urgênica e em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Enfermeira Assistencial do HMU.

Aprovação: Esp. Thiago dos Santos Souza. Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva; Controle de Infecção Hospitalar e Enfermagem do Trabalho. Diretor de Enfermagem do HMU e Enfermeiro da Vigilância Estadual em Saúde – Regional Rio Verde - GO (SES/GO).

RIO VERDE-GO

2020

Edição:	Data:	Elaborado por:	Revisado por:	Revisado por:	Aprovado por:
01	30/01/2020	Enfª. Dra. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente COREN – GO: 238048 - ENF	Enfª. Vanessa da S. Palandrani Enfermeira Assistencial COREN – GO: 144948 - ENF	Enfª Angela Maria F. da Silva Enfermeira Assistencial COREN-GO: 224.514 - ENF	Enfº. Esp. Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem COREN – GO: 242.105 - ENF

APRESENTAÇÃO

O **Núcleo de Qualidade e Educação Permanente** (NQEP) do Hospital Municipal Universitário (HMU) foi criado em 08/01/2018, com o objetivo de planejar, organizar e fornecer ações de Educação Permanente a equipe de enfermagem e, revisar protocolos institucionais. Tais ações possuem a finalidade de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem em nossa instituição. Assim, apresentamos o novo Protocolo de Normas e Rotinas Administrativas e Técnicas do serviço de enfermagem.

A presente versão apresenta uma divisão didática, entre as rotinas administrativas e os procedimentos de enfermagem, os quais foram divididos em duas grandes áreas: procedimentos administrativos e procedimentos técnicos. Além disso, os procedimentos técnicos foram subdivididos em 11 categorias, a saber: cuidados gerais de enfermagem; verificação de sinais vitais; controles; cuidados higiênicos com o paciente; medidas de segurança e conforto; administração de dietas; administração de medicamentos; curativos; procedimentos privativos do enfermeiro - nível superior; colheita de material para exames diagnósticos e outros procedimentos.

Prezando pela qualidade do atendimento de enfermagem em nossa instituição, todos os procedimentos foram revisados quanto à técnica de execução, segundo literatura atualizada e legislação vigente. Ademais, a presente versão apresenta 140 (cento e quarenta) procedimentos de enfermagem e objetivam atender a realidade institucional de serviços incorporados a nossa demanda de atendimentos.

A instituição do presente protocolo visa estabelecer normas e rotinas para a assistência de enfermagem seja em procedimentos administrativos, seja em procedimentos técnicos realizados rotineiramente pela equipe de enfermagem no ambiente hospitalar, condizente com nossa realidade de clientela e de recursos humanos e materiais, buscando melhor qualidade das ações desempenhadas pela equipe de enfermagem do Hospital Municipal Universitário de Rio Verde – GO.

"Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estivermos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos supera-los; independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho".

(Dalai Lama)

SUMÁRIO

Pág.

Introdução 08
Procedimentos Administrativos 09
Admissão do paciente 09
Admissão do paciente clínico (clínica médica e cirúrgica) 09
Admissão do paciente pós-operado 11
Anotações de enfermagem 14
Diagnóstico de enfermagem 16
Prescrição de enfermagem 17
Alta hospitalar 18
Óbito 20
Transferência externa 24
Solicitação de material 25
Solicitação e preparo para exames 27
Procedimentos técnicos 29
Cuidados gerais de enfermagem 29
Aplicação térmica de calor por bolsa / compressa 29
Aplicação térmica de frio por bolsa / compressa 31
Aspiração de vias aéreas superiores e boca 34
Aspiração traqueal 36
Atendimento de enfermagem na crise consulsiva 40
Atendimento de enfermagem na parada cardiorrespiratória e pós ressuscitação cardiopulmonar 42
Atendimento de enfermagem na cardioversão elétrica 46
Atendimento de enfermagem na desfibrilação elétrica 48
Atendimento de enfermagem na intubação orotraqueal 51
Atendimento de enfermagem na extubação orotraqueal 54
Atendimento de enfermagem na punção lombar 56
Calçar luvas de procedimento 58
Caçar e retirar luvas estéreis 59
Cuidados no pós-operatório 61
Higienização das mãos 63
Inserção de cânula orofaríngea – Guedel 65

Irrigação vesical contínua _____ 67
Lavagem da endocânula metálica de traqueostomia _____ 70
Nebulização / Inalação _____ 72
Oxigenoterapia por cateter nasal _____ 73
Punção venosa com dispositivo de média permanência (Abocath) _____ 76
Punção venosa com dispositivo de curta permanência (Scalpe)_____ 78
Tricotomia _____ 80
Verificação de sinais vitais _____ 83
Aferição da frequência cardíaca / pulso _____ 83
Aferição de frequência respiratória _____ 85
Aferição da oximetria de pulso _____ 86
Aferição de pressão arterial _____ 88
Aferição da temperatura _____ 90
Controles _____ 94
Controle de diurese _____ 94
Controle de eliminação intestinal _____ 96
Controle hidroeletrolítico _____ 97
Mensuração de altura _____ 99
Mensuração de peso _____ 101
Cuidados higiênicos com o paciente _____ 104
Banho de aspersão em cadeira com supervisão _____ 104
Banho no leito (paciente acamado) _____ 106
Banho pré-operatório _____ 108
Higiene do couro cabeludo de pacientes acamados _____ 111
Higiene intima feminina _____ 113
Higiene intima masculina _____ 115
Higiene ocular _____ 117
Higiene oral com escova e creme dental com auxílio _____ 119
Higiene oral com bochecho de clorexidina 0,12% em paciente consciente _____ 121
Higiene oral com clorexidina 0,12% em paciente intubado _____ 123
Medidas de segurança e conforto _____ 127
Arrumação da cama _____ 127
Colocação e retirada de comadre _____ 130

Colocação e retirada do papagaio _____ 132
Instalação de dispositivo para incontinência urinária (URIPEN)_____ 134
Mudança de decúbito / Reposicionamento no leito _____ 136
Restrição mecânica do paciente no leito: membros superiores e inferiores e tórax _____ 143
Transferência do paciente da cadeira de rodas ou da poltrona para a cama _____ 145
Transferência do paciente da cama para maca e vice-versa _____ 147
Transferência do paciente da enfermaria para o centro cirúrgico _____ 149
Transferência do paciente da cama para cadeira de rodas _____ 151
Administração de dietas _____ 154
Administração de dieta por via oral com auxílio _____ 154
Administração de dieta por cateter gástrico / enteral _____ 156
Administração de dieta por cateter gástrico (gastrostomia) _____ 158
Administração de dieta parenteral _____ 160
Administração de medicamentos _____ 164
Administração de insulina _____ 164
Administração de enoxaparina _____ 166
Administração de medicamento por sonda nasogástrica / nasoenteral / orogástrica / oroenteral / gastrostomia _____ 169
Administração de medicamento por via auricular _____ 172
Administração de medicamento por via intradérmica _____ 174
Administração de medicamento por via intramuscular _____ 178
Administração de medicamento por via intravenosa / endovenosa _____ 182
Administração de medicamento por via nasal _____ 185
Administração de medicamento por via ocular _____ 187
Administração de medicamento por via oral _____ 189
Administração de medicamento por via subcutânea _____ 192
Administração de medicamento por via sublingual _____ 194
Administração de medicamento por via vaginal _____ 197
Administração de medicamento por via retal _____ 199
Curativos _____ 203
Curativo de cateter venoso central _____ 203
Curativo de cistostomia _____ 205
Curativo de dreno de tórax _____ 207

Curativo de dreno penrose _____ 212
Curativo de dreno portovac / sucção / aspiração _____ 214
Curativo de esofagostomia _____ 218
Curativo de ferida cirúrgica complicada _____ 220
Curativo de ferida cirúrgica simples limpa e seca _____ 222
Curativo de flebotomia _____ 225
Curativo de gastrostomia _____ 228
Curativo de ileostomia / colostomia _____ 230
Curativo de pele não íntegra com tecido de granulação _____ 233
Curativo de pele não íntegra com tecido desvitalizado _____ 235
Curativo de pele não íntegra com tecido infectado _____ 238
Curativo de traqueostomia _____ 240
Retirada de pontos _____ 243
Procedimentos privativos do enfermeiro - Nível superior _____ 247
Cuidados com o local da punção do cateter de longa permanência totalmente implantável (port-a-cath)_ 247
Punção e administração de fluídos por cateter de longa permanência totalmente implantável (port-a-cath) _____ 249
Colheita de sangue arterial _____ 253
Lavagem gástrica _____ 256
Punção Intraóssea (IO) _____ 258
Punção Jugular _____ 261
Sondagem nasoenteral ou oroenteral _____ 264
Sondagem nasogástrica ou orogástrica _____ 268
Sondagem vesical de alívio – Feminino _____ 271
Sondagem vesical de alívio – Masculino _____ 273
Sondagem vesical de demora – Feminino _____ 276
Sondagem vesical de demora – Masculino _____ 280
Troca de sonda de cistostomia _____ 283
Retirada de cateter de acesso venoso central _____ 286
Retirada de agulha não cortante do cateter de longa permanência totalmente implantável (port – a cath) 289
Colheita de material para exames diagnósticos _____ 292
Colheita de amostra de urina simples (EAS / urina tipo 1) e urocultura em paciente com diurese espontânea – Sexo Feminino _____ 292

Colheita de amostra de urina simples (EAS / urina tipo 1) e urocultura em paciente com diurese espontânea – Sexo Masculino _____ 294
Colheita de amostra de urina simples (EAS / urina tipo 1) e urocultura com auxílio de saco coletor ____ 296
Colheita de amostra de urina por sondagem vesical de alívio _____ 299
Colheita de amostra de urina em paciente com sonda vesical de demora _____ 301
Colheita de amostra de urina de 24 horas (Proteinúria) _____ 304
Colheita de sangue para hemocultura _____ 306
Colheita de sangue venoso _____ 309
Colheita de sangue via cateter de longa permanência totalmente implantável (port-a-cath) _____ 311
Colheita de amostra de escarro _____ 314
Colheita de amostra de secreções para cultura (nasal e de feridas) _____ 316
Colheita de Swab Rental _____ 318
Outros procedimentos _____ 321
Aprazamento de prescrição médica e / ou de enfermagem_____ 321
Conferência do carrinho de emergência _____ 323
Desinfecção de cateter oro / nasogástrico e oro / nasoenteral _____ 325
Desinfecção de conectores em terapia intravenosa _____ 326
Heparinização e salinização de cateter de longa permanência totalmente implantável (port-a-cath) ____ 328
Identificação e troca de equipos, extensões, polifix e dânulas _____ 330
Monitorização cardíaca _____ 332
Retirada de cateteres oro / nasogátrico e oro / nasoenteral _____ 334
Retirada de cateter venoso periférico _____ 336
Retirada de cateter vesical de demora – Masculino e feminino _____ 338
Salinização de cateter venoso periférico de média permanência _____ 340
Realização de eletrocardiograma _____ 342
Realização de glicemia capilar _____ 346
Realização de prova do laço _____ 348
Considerações finais _____ 351
Referências _____ 352

INTRODUÇÃO

Considera-se que os Protocolos Assistenciais são tecnologias que compõem a organização do trabalho da enfermagem e se constituem em um importante instrumento de gerenciamento em saúde [1]. Estes devem descrever minunciosamente uma situação específica de assistência / cuidado de enfermagem, com detalhes operacionais e específicos, sobre como fazer, o que fazer e quem deve fazer, determinado procedimento ou ação[2].

Atualmente, as instituições hospitalares têm buscado uma mudança contínua na forma de operacionalizar os seus modos de trabalho e de oferecer atendimento humanizado e com qualidade para os seus utentes. Dessa forma, nota-se que é constante a procura por parte dos serviços hospitalares por ferramentas que possam proporcionar melhoria da qualidade de atendimento oferecido.

Entretanto, sabe-se que tradicionalmente, a qualidade dos serviços de saúde está atrelada à obtenção da satisfação dos pacientes e dos familiares, com a assistência recebida, ao mesmo tempo em que, seja condizente com a realidade financeira das instituições, dando força a criação e instituição de protocolos assistenciais que direcionam a prática profissional. Ademais, a não utilização das normativas pode levar à carência de padronização das ações e desigualdades nas formas de fazer o mesmo procedimento, culminando em equívocos na realização dos atos assistenciais [1].

Diante disso, a instituição desse protocolo tem por objetivo, oferecer assistência de enfermagem padronizada, organizada e de qualidade, por meio do estabelecimento e padronização de normas e rotinas para a assistência de enfermagem aos pacientes internos do Hospital Municipal Universitário de Rio Verde-GO, nas diversas situações no contexto dos serviços prestados no ambiente hospitalar.

Advertimos que, a existência desse protocolo não anula a autonomia do profissional de enfermagem, bem como, não o torna irresponsável pelos procedimentos que executa. No entanto, ao optar por não seguir as normas estabelecidas no protocolo institucional, o profissional é responsável por ter clareza do procedimento, que por ele é desenvolvido e principalmente conhecimento técnico e científico que justifique sua atuação[3].

PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

ADMISSÃO DO PACIENTE

Admissão do paciente, diz respeito à entrada do paciente no hospital para ocupar um leito hospitalar, com finalidade de se submeter a tratamento clínico, cirúrgico e / ou realização de procedimentos específicos. Ocorre por indicação médica ou processo legal instaurado em casos de doença mental ou infectocontagiosa [4].

ADMISSÃO DO PACIENTE (CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA)

Finalidade: Obter informações sobre o paciente para estabelecer as ações de enfermagem referentes ao cuidado.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Identificar o motivo da internação.
- Coletar dados sobre o paciente.
- Esclarecer normas e rotinas.

Material:

- Bandeja;
- Material para controle de Sinais Vitais (termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro);
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Caneta (azul se plantão diurno e vermelha se plantão noturno);
- Bloco de anotação / prontuário do paciente;
- Fonte de vácuo (SN);
- Extensor O2 – látex (SN);
- Extensor vácuo – látex (SN);
- Frasco para aspiração contínua (SN);

Procedimento:

- Receber solicitação de vaga;
- Confirmar vaga;
- Receber o cliente acompanhado pelo maqueiro e/ou colaborador de outro setor (recepção / ambulatório / outras unidades de atendimento primário);
- Ser gentil e tratá-lo com cortesia, cordialidade, compreensão e segurança;
- Transmitir confiança em relação ao hospital; a equipe e ao tratamento;
- Conduzi-lo até o quarto e apresentá-lo aos demais clientes, se for quarto coletivo;
- Acomodar cliente ao leito, previamente organizado;
- Conferir e / ou providenciar a identificação do leito do paciente e de pulseira, conforme protocolo de identificação segura do paciente do Núcleo de Segurança do Paciente;
- Apresentar as dependências da unidade de internação;
- Informar o cliente e os familiares sobre os regulamentos, normas e rotinas da unidade;
- Entregar a documentação de internação para o secretário do posto para que sejam tomadas as medidas administrativas de admissão;
- Solicitar e orientar os familiares para que tragam objetos de uso pessoal, em caso de necessidade (produtos de higiene pessoal; toalha; chinelos e etc.);
- Orientar o paciente e familiar, em caso de precauções de isolamento;
- Caso o paciente esteja desacompanhado, arrolar roupas e objetos de valores, junto ao serviço social;
- Solicitar ao serviço social a busca de acompanhantes para o paciente para em caso de necessidade e, conforme rotina do serviço social, comunicar autoridades como conselho tutelar, conselho do idoso e Ministério Público;
- Colocar-se a disposição para quaisquer esclarecimentos;
- Registrar entrada do paciente no censo diário;
- Lavar as mãos, fazer anamnese, coletando os dados importantes;
- Pesar e verificar os sinais vitais (Pressão arterial; Pulso / Frequência Cardíaca; Frequência Respiratória; Temperatura Axilar e Saturação de oxigênio);
- Encaminhar ao serviço de nutrição informações sobre a dieta prescrita;
- Realizar o aprazamento da prescrição médica;
- Encaminhar para farmácia a prescrição médica juntamente com materiais digitados e receituários (se medicação controlada);
- Encaminhar pedidos de exames;
- Iniciar os procedimentos terapêuticos de acordo prescrição médica e de enfermagem;
- Fazer anotação de enfermagem no prontuário: horário, motivo da internação, eliminações, sono e repouso, uso de medicamentos, alergias, utilização de prótese e sinais vitais;
- Assinar e carimbar o relatório de admissão;

Cuidados:

- Se o paciente for pré-operatório, realizar o preparo conforme prescrição médica; encaminhar o paciente para o banho com clorexidina degermante a 2% fornecida pela equipe de enfermagem e, solicitar para o paciente vestir a camisola / roupa apropriada (privativa do hospital) e retirar joias e / ou acessórios e próteses dentárias.
- Não menosprezar as informações descritas pelo cliente e familiares.
- Atenção durante o aprazamento.
- Manter o prontuário do paciente em ordem.
- ***Enfermeiro e Técnico de enfermagem:*** observar protocolo de Identificação do Paciente do Núcleo de Segurança do Paciente.

Ação em caso de não conformidades:

- Qualquer anormalidade, comunicar o enfermeiro da unidade.

ADMISSÃO DO PACIENTE PÓS-OPERADO

Finalidade: Obter informações sobre o paciente para estabelecer as ações de enfermagem referentes aos cuidados de enfermagem.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Material:

- Bandeja;
- Material para controle de Sinais Vitais (termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro.);
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Fonte de vácuo;
- Extensor O2 – látex (SN);
- Extensor vácuo – látex (SN);
- Frasco para aspiração contínua (SN);
- Fonte de O2;
- Cuba rim;
- Comadre ou papagaio;

- Luvas de procedimento para cada membro da equipe.

Resultado esperado:

- Padronizar a admissão do paciente pós-operado.

Procedimento:

- Receber solicitação de vaga;
- Confirmar vaga;
- Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento;
- Buscar o cliente no centro cirúrgico, juntamente com prontuário, documentação e exames;
- Proceder à conferência da identificação correta do paciente conforme protocolo de identificação segura do paciente do Núcleo de Segurança do paciente;
- Receber passagem de plantão da equipe de enfermagem do centro cirúrgico;
- Conduzir o paciente até o quarto em maca e apresentá-lo aos demais clientes, se for quarto coletivo;
- Conferir e / ou providenciar a identificação do leito do paciente e de pulseira, conforme protocolo de identificação segura do paciente do Núcleo de Segurança do paciente;
- Posicionar cliente no leito de maneira confortável;
- Verificar os sinais vitais (Pressão arterial; Pulso / Frequência Cardíaca; Frequência Respiratória; Temperatura Axilar e Saturação de oxigênio);
- Realizar uma avaliação global do mesmo, verificando a permeabilidade dos acessos venosos e abrir drenos e sondas;
- Avaliar os curativos e trocá-los se necessário;
- Manter paciente aquecido;
- Orientar quanto à prescrição médica e aos seguintes aspectos: dieta, repouso no leito, tipo de anestesia, etc.;
- Informar o cliente e os familiares sobre os regulamentos, normas e rotinas da unidade;
- Entregar a documentação de internação para o secretário do posto para que sejam tomadas as medidas administrativas de admissão;
- Solicitar e orientar os familiares para que tragam objetos de uso pessoal, em caso de necessidade (produtos de higiene pessoal; toalha; chinelos e etc.);
- Orientar o paciente e familiar, em caso de precauções de isolamento;
- Caso o paciente esteja desacompanhado, arrolar roupas e objetos de valores, junto ao serviço social;

- Solicitar ao serviço social a busca de acompanhantes para o paciente para em caso de necessidade e, conforme rotina do serviço social, comunicar autoridades como conselho tutelar, conselho do idoso e Ministério Público;
- Colocar-se a disposição para quaisquer esclarecimentos;
- Registrar entrada do paciente no censo diário;
- Encaminhar ao serviço de nutrição informações sobre a dieta prescrita;
- Realizar o aprazamento da prescrição médica;
- Encaminhar para farmácia a prescrição médica juntamente com materiais digitados e receituários (se medicação controlada);
- Encaminhar pedidos de exames;
- Iniciar os procedimentos terapêuticos de acordo prescrição médica e de enfermagem;
- Fazer anotação de enfermagem no prontuário: horário, procedimento realizado, condições atuais do paciente; eliminações, sono e repouso, uso de medicamentos, alergias, utilização de prótese e sinais vitais;
- Assinar e carimbar o relatório de admissão;

Cuidados:

- Não menosprezar as informações descritas pelo cliente e familiares.
- Atenção durante o aprazamento.
- Observar e anotar as eliminações do paciente.
- Observar e anotar a presença de drenos, sondas, curativos, etc.
- Lavar as mãos sempre antes e após entrar em contato com o paciente e ao sair o quarto.
- ***Enfermeiro e Técnico de enfermagem:*** observar protocolo de Identificação do Paciente do Núcleo de Segurança do Paciente.

Ação em caso de não conformidades:

- Qualquer anormalidade comunicar o Enfermeiro da Unidade.
- Em caso de quedas do paciente na clínica cirúrgica antes e após o procedimento cirúrgico, comunicar ao enfermeiro e realizar notificação no formulário do Núcleo de Segueança do Paciente.

OBSERVAÇÃO:

- **Enfermeiro:** realizar admissão do paciente conforme protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Finalidade: Registrar as ocorrências e os cuidados oferecidos aos clientes, de forma clara e concisa, permitindo o acompanhamento da evolução clínica do mesmo e também o controle e a qualidade da assistência prestada.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Facilitar a continuidade dos cuidados de enfermagem entre os plantões.
- Propiciar uma fundamentação orientada para o cuidado individualizado.
- Registrar a assistência de enfermagem com vocabulário apropriado e que não dê margem a interpretações subjetivas.

Materiais:

- Caneta;
- Carimbo;
- Prontuário do cliente.

Procedimento:

- Verificar o tipo de impresso utilizado na instituição e a rotina que orienta o seu preenchimento;
- Sempre iniciar qualquer anotação com o horário;
- Distinguir na anotação a pessoa que transmite a informação (paciente relata; acompanhante – mãe, pai, esposa informa...);
- Deve ser feita diariamente para todos os clientes, sempre que realizar qualquer procedimento/ação de enfermagem e / ou médica e sempre que houver qualquer ocorrência não esperada;
- Realizar a anotação logo em seguida ao cuidado prestado;
- Deve ser alterada sempre que necessário, na vigência de alterações no estado do paciente, devendo indicar o horário de sua alteração;
- Para sua elaboração, deve-se consultar a evolução anterior dos seguintes itens: anotação de enfermagem, a evolução médica de 24 horas, os pedidos e resultados dos exames, realizar entrevistas e exame físico do paciente.

A anotação de enfermagem deve conter basicamente as seguintes informações:

- Observação do estado de saúde do paciente e sua evolução clínica.
- Manifestações emocionais: angústia, calma, interesse, depressão, euforia, apatia, agressividade.
- Condições físicas: estado nutricional, hidratação, integridade cutâneo-mucosa, oxigenação, postura, sono e repouso, eliminações, padrão da fala, bem como a ausência de determinadas reações.
- Aspectos relacionados a procedimentos terapêuticos: condições relativas a sondas, drenos, curativos, imobilizações, cateteres, aparelhos etc.
- Ações terapêuticas prescritas pelo médico e realizadas pela equipe de enfermagem.
- Descrever dia de internação, diagnóstico de base, motivo atual de internação, descrição das alterações do exame físico e as intercorrências nas últimas 24 horas.

Cuidados:

- Realizar anotação dos fatos ocorridos de forma descritiva, completa, exata e objetiva, evitando-se julgamentos;
- Evitar palavras desnecessárias e de teor impróprio.
- A anotação de enfermagem é um instrumento que permite comprovar se a prescrição médica e de enfermagem foram cumpridas ou não.
- Caso uma prescrição não tenha sido realizada, deve ser explicado o motivo (por exemplo, paciente recusou medicação – anotar medicamento, horário e motivo da recusa).
- Procedimentos rotineiros também devem ser registrados, como instalação de soro, curativos realizados, coleta de exames externos e etc.
- Devem ser anotadas às ações de medicamentos e tratamentos específicos (Reações adversas a medicamentos administrados e condutas tomadas, efeitos como diminuição da temperatura, após banho ou medicação, melhora da dispneia após instalação de oxigênio).
- Registrar os comunicados de solicitação de ações multidisciplinares (avaliação da equipe multidisciplinar);
- Toda assistência de enfermagem realizada, intercorrências observadas e condutas nas intercorrências (cuidados de higiene, administração de dieta; mudanças de decúbito, aspiração de sondas e etc).
- Registrar os dados a caneta (azul – plantão diurno e vermelha – plantão noturno), nunca a lápis em letra legível e sem rasuras.
- Utilizar terminologia adequada.
- Registrar todas as medidas de segurança adotadas para proteger o paciente, bem como de medidas relativas a prevenção de complicações.

- No final de cada anotação deve constar, o carimbo com nome completo, categoria profissional e número do COREN, conforme legislação vigente [5].

Ação e caso de não conformidades:

- Qualquer anormalidade comunicar o Enfermeiro da Unidade.
- Os setores de Auditoria Interna, Núcleo de Qualidade e Educação Permanente, Segurança do Paciente e Direção de Enfermagem poderão solicitar esclarecimentos junto ao profissional para as anotações de enfermagem que não se encontram em conformidade com este protocolo.

OBSERVAÇÃO:

- A anotação de enfermagem possui validade de 24 horas.
- **Enfermeiro:** as informações descritas nesse protocolo deverão ser complementadas, observando os constantes no item ***Evolução*** do paciente, descritas no protocolo de ***Sistematização da Assistência de Enfermagem***.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Finalidade: Organizar o serviço de enfermagem através da sistematização, procurando sempre atingir a melhor qualidade de maneira uniforme e constante.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Sistematizar a assistência de enfermagem.
- Propiciar uma fundamentação orientada para o cuidado individualizado.

Material:

- Caneta;
- Carimbo;
- Prontuário do cliente;
- Estetoscópio;

- Livro NANDA[6].

OBSERVAÇÕES:

- **Atividade privativa do enfermeiro de nível superior.**
- Realizar Diagnóstico de enfermagem do paciente sob seus cuidados, conforme **Protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem**.
- O diagnóstico de enfermagem dever ser realizado com base na Classificação da NANDA [6]
- Comunicar ao médico sempre que houver alterações dignas de nota.

Cuidado:

- No final de cada anotação deve constar, o carimbo com nome completo, categoria profissional e número do COREN, conforme legislação vigente [5].

Ação em caso de não conformidades:

- O diagnóstico de enfermagem poderá ser alterado sempre que o enfermeiro julgar necessário.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Finalidade: Sistematização da assistência de enfermagem.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Facilitar a continuidade dos cuidados de enfermagem entre os plantões.
- Propiciar uma fundamentação orientada para o cuidado individualizado.

Material:

- Caneta;
- Carimbo;

- Prontuário do cliente.

OBSERVAÇÕES

- **É realizada exclusivamente pelo enfermeiro[7].**
- Deve ter subsídio à evolução.
- É feita diariamente em todos os pacientes, exceto aqueles que estão de alta médica.
- Tem no máximo 24 horas de validade e deve ser alterada sempre que necessário e precedida de uma evolução.
- Deve deixar claro o grau de dependência do paciente, determinado em termos de fazer, ajudar, orientar, supervisionar, em cada item.
- Realizar Prescrição de enfermagem do paciente sob seus cuidados, conforme **Protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem**.
- Se o enfermeiro julgar necessário às prescrições de enfermagem poderão ser baseadas no NIC – Classificação das intervenções de Enfermagem [8].
- Comunicar ao médico sempre que houver alterações dignas de nota.

Cuidados:

- Estabelecer cuidados de enfermagem efetivos e individualizados, com base nos diagnósticos de enfermagem elencados.
- Deve ser seguida de carimbo com nome completo, categoria profissional e número do COREN, conforme legislação vigente[5].

Ação em caso de não conformidades:

- A prescrição de enfermagem poderá ser completada sempre que o enfermeiro julgar necessário, devendo ser precedida por uma evolução pertinente à alteração.
- Se o enfermeiro julgar pertinente a avaliação dos resultados esperados, poderão ser baseadas no NOC-Classificação dos Resultados Esperados[9].

ALTA HOSPITALAR

Finalidade: Oferecer orientações para o autocuidado no domicílio.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Que o paciente seja capaz de realizar ações de autocuidado no ambiente domiciliar e receba todas as informações pertinentes ao momento da alta hospitalar.

Material:

- Material para sinais vitais;
- Impressos, receita médica, atestado, exames com laudo;
- Prontuário;
- Cadeira de rodas ou maca.

OBSERVAÇÃO:

- A alta hospitalar é assinada pelo médico e permite que o paciente deixe o hospital, sendo em geral efetuada: quando o paciente estiver curado, melhorado ou inalterado; a pedido do paciente ou responsável; para transferi-lo a outra instituição de saúde; na ocorrência de indisciplina grave e em caso de óbito.

Procedimento:

- Verificar a prescrição da alta e assinatura do médico;
- Identificar o paciente pelo nome;
- Comunicar o paciente e a família sobre a alta;
- Comunicar ao serviço social sobre a alta do paciente;
- Comunicar a dietética sobre a alta do paciente;
- Se houver medicação prescrita, administrá-la;
- Checar as medicações administradas antes da alta;
- Orientar a família quanto à rotina burocrática inerentes a alta hospitalar e orientações gerais necessárias ao cuidado domiciliar;
- Realizar a devolução da medicação junto à farmácia, pegando assinatura no protocolo de devolução;
- Retirar soroterapia e demais processos invasivos (se for o caso);

- Entregar os exames com laudo para o paciente, caso estejam sem laudo, solicitar que retirem em outro momento, informando todo o procedimento necessário e esclarecendo dúvidas;
- Orientar o paciente quanto aos cuidados de continuidade do tratamento no domicilio; retorno e uso de medicamentos no domicílio;
- Reunir os objetos e pertences pessoais do paciente;
- Solicitar o serviço social / técnico de enfermagem que acompanhe o cliente até a portaria em cadeira de rodas;
- Registrar alta no livro de registro e censo;
- Solicitar o serviço de limpeza para higienização do quarto após a saída do cliente.
- Após a saída do paciente, anotar no prontuário a hora de saída; as condições gerais do paciente; sinais vitais; as orientações prestadas e como e com quem ele saiu (maca, cadeira de rodas, familiares, transporte hospitalar e etc.);
- Após a limpeza do leito, comunicar ao Núcleo Interno de Regulação (NIR), a vacância do leito, para liberação de vaga no Sistema de Regulação de Vaga;

Cuidados:

- Estabelecer diálogo cordial com pacientes e família.
- ***Enfermeiro:*** caso o paciente seja encaminhado para o serviço de Atenção domiciliar, proceder protocolo de encaminhamento instituído pelo programa.
- ***Enfermeiro e Técnico de enfermagem:*** observar protocolo de Identificação do Paciente do Núcleo de Segurança do Paciente.

Ação em caso de não conformidades:

- Qualquer anormalidade comunicar ao enfermeiro da unidade.

ÓBITO

Finalidade: Prestar assistência de enfermagem ao paciente em situação de óbito de maneira segura, dentro do prazo esperado e sem transtornos.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Remover os dispositivos.
- Limpar e identificar o corpo adequadamente.
- Colocar o corpo em posição anatômica para o sepultamento.
- Encaminhar o corpo de forma adequada até o necrotério.

Material:

- Equipamentos de Proteção individual - EPI: máscara cirúrgica; óculos protetor; avental e luvas de procedimento;
- Biombo;
- Bandeja;
- Sistema de aspiração montado (cateter de aspiração/sonda uretral; extensões de silicone, frascos redutor de pressão e frasco coletor intermediário de rede de vácuo), se necessário;
- Tesoura ou bisturi, se necessário;
- Algodão e ou gaze;
- Atadura de crepe (3 unidades);
- Roupa de cama (02 lençóis);
- Hamper;
- Fita adesiva / Esparadrapo com dados de identificação do paciente (nome completo, Registro Geral – RG, data de nascimento, data e horário do óbito, setor e número do leito, nome do responsável pelos cuidados); ou Impresso de identificação (etiqueta) com todos os dados mencionados;
- Compressa de banho, se necessário;
- Papel toalha, se necessário;
- Sabão líquido, se necessário;
- Maca sem colchão;
- Saco plástico;
- Chave do necrotério.

Procedimentos administrativos em caso de óbito:

- ***Enfermeiro:*** Comunicar família sobre gravidade do quadro e óbito, caso não o tenha sido feito pela equipe médica;
- Caso o paciente em óbito esteja desacompanhado, solicitar família que compareça ao hospital ou pedir ao serviço social que solicite a presença do familiar no hospital;
- Encaminhar familiar ao serviço social para providenciar documentos pessoais do paciente e receber auxilio de encaminhamento ao corpo (Pax, IML ou SVO), bem como de todos os tramites legais cabíveis ao caso;

- Solicitar ao médico o preenchimento da Declaração de Óbito e confirmar se a mesma esta devidamente preenchida, assinada e carimbada;
- Em caso de necessidade solicitar e orientar o médico responsável o adequado preenchimento da Declaração de Óbito (todos os campos deverão estar preenchidos com uma única letra e cor de caneta);
- Durante a liberação do corpo, deve ser preenchido o protocolo de liberação do corpo com assinatura dos responsáveis;
- Realizar evolução de enfermagem;
- Encaminhar aviso de óbito ao setor de internação;
- Reunir e entregar pertences do paciente à família na presença do Assistente social e protocolar;
- Devolver materiais e medicamentos não utilizados para farmácia;
- Encaminhar prontuário devidamente preenchido para o setor de auditoria (horário comercial);
- Durante o período em que o corpo permanecer no necrotério, manter cuidados que garantem sua privacidade (se possível manter o necrotério trancado);

Procedimentos com o corpo em caso de óbito:

- Após a constatação escrita do óbito pelo médico responsável, desligar todos os aparelhos;
- Higienizar as mãos;
- Reunir os materiais necessários e encaminhá-los até a unidade;
- Colocar a bandeja com os materiais sobre a mesa e cabeceira;
- Colocar o biombo ao redor do leito do paciente, se necessário;
- Posicionar a cama na horizontal com a cabeceira levemente elevada;
- Paramentar-se com os EPIs listados acima;
- Soltar os lençóis da cama e retirar o travesseiro;
- Fechar os olhos do cliente, pressionando as pálpebras. Caso não seja possível, fixá-las com tiras de fitas adesivas;
- Retirar cateteres, as cânulas e os drenos (se necessário), com auxílio de tesoura ou bisturi, colocando-os em um recipiente de descarte apropriado;
- Fazer curativo oclusivo nos sítios de inserção de dispositivos e em orifícios naturais que estiverem drenando secreções, utilizando gazes, algodão seco e fita adesiva;
- Aspirar secreções da naso e orofaringe, se necessário;
- Colocar ou reposicionar a prótese dentária (se houver);
- Remover os curativos sujos e refazê-los, quando for necessário;
- Remover lençóis sujos e molhados, desprezando – os no hamper;
- Sustentar a mandíbula com atadura crepe ou com esparadrapo, amarrando-o no alto da cabeça;

- Unir as mãos sobre a região epigástrica e fixá-las com atadura crepe ou esparadrapo;
- Juntar os pés e fixá-los com atadura crepe ou esparadrapo;
- Fixar a fita adesiva com os dados do paciente na região frontal (testa) do paciente. **Não retirar a pulseira de identificação**.
- Colocar um lençol limpo sob o corpo do paciente, utilizando-o para passar o corpo para a maca, e outro lençol sobre o paciente;
- Dobrar o lençol sobre o corpo, fixando com fita adesiva;
- Retirar os EPIs;
- Higienizar as mãos;
- Calçar novamente, luvas de procedimentos;
- Encaminhar o corpo ao local de destino (necrotério);
- Retornar com a maca ao setor e realizar a sua limpeza e desinfecção terminal;
- Reunir e empacotar os pertences do paciente, para entregar a família, conforme procedimentos administrativos no caso de óbito, citados acima;
- Solicitar a coordenação de limpeza, a limpeza e desinfecção terminal do leito;
- Recolher todos os materiais utilizados e dar destino adequado, conforme rotina institucional;
- Proceder às anotações de enfermagem, constando: data e horário do óbito, nome do médico que constatou o óbito, descrição dos cuidados realizados; horário da transferência para o necrotério, identificação da pessoa que recebeu os pertences do paciente, intercorrências e outros achados / situações relevantes;

Cuidados:

- Evitar comentários desnecessários e manter atitude de respeito durante o cuidado com o corpo.
- Respeitar as crenças dos familiares ao preparar o corpo.
- Não realizar procedimentos de higienização e tamponamento para o corpo que será encaminhado ao serviço funerário; IML ou SVO e que esteve internado por menos de 24 horas. Nesses casos deverá ser feito somente a identificação e, os cuidados com o corpo passam a ser de responsabilidade do local onde o corpo será encaminhado.
- Permitir que a família veja o corpo antes de ser encaminhado ao serviço funerário; IML ou SVO, quando solicitado pelo familiar.

OBSERVAÇÃO:

- **Enfermeiro:** ao liberar a saída do corpo do necrotério, proceder o preenchimento adequado do Livro de Liberação de Corpo, conforme rotina da unidade.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar o enfermeiro e médico plantonista.

TRANSFERÊNCIA EXTERNA

Finalidade: Garantir que a transferência do cliente seja segura, realizada dentro do prazo esperado e sem transtornos.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Transferência do paciente com segurança e sem intercorrências.

Material:

- Prontuário;
- Cadeira de rodas ou maca;
- Nota de transferência (médica);
- Documentos necessários conforme local de transferência (AIH; referência e contra referência; documento de liberação de leito pelo Núcleo Interno de Regulação; cópia da última prescrição com medicamentos realizados checados e exames realizados);

Procedimento:

- Receber solicitação médica de transferência;
- Confirmar a solicitação de transferência na prescrição médica;
- Verificar se toda documentação necessária está devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico responsável;
- Comunicar ao Núcleo Interno de Regulação, a solicitação de transferência, para busca de vaga no sistema estadual / municipal;
- Checar todas as medicações realizadas e realizar a anotação de enfermagem sobre evolução de transferência;
- Realizar a devolução da medicação junto à farmácia, pegando assinatura no protocolo;
- Comunicar ao Serviço de Nutrição e Dietética sobre a transferência;

- Comunicar setor de internação.
- Orientar paciente e família sobre a transferência e se necessário, solicitar apoio do serviço social;
- Preparar paciente;
- Providenciar fotocópia de laudos de exames;
- **Enfermeiro:** Quando a vaga de transferência for liberada, avaliar estado clínico do paciente e solicitar suporte profissional adequado para a transferência segura do paciente: Ambulância e equipe assistencial;
- **Secretário do posto de enfermagem:** Organizar prontuário e encaminhar, devidamente preenchido para o setor de auditoria interna (em horário comercial);
- Após a saída do paciente do quarto, solicitar a coordenação de limpeza a higienização e organização do leito;
- Após a higienização do leito vago, liberar vaga de internação ao Núcleo Interno de Regulação.

Cuidados:

- Estabelecer diálogo cordial com paciente e família.
- Entregar as fotocópias dos laudos de exames do paciente.
- Realizar anotações de enfermagem (hora, local em que será encaminhado, leito, estado clínico, tipo de transporte utilizado e nome dos profissionais que acompanharam o paciente).

Ação em caso de não conformidades:

- Qualquer anormalidade comunicar ao enfermeiro da unidade.

SOLICITAÇÃO DE MATERIAL

Finalidade: Normatizar a requisição, distribuição e reposição de materiais médico-hospitalares, nos setores onde são realizados assistência de enfermagem.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Abastecer o setor.
- Repor os materiais utilizados de modo a não causar prejuízos na assistência ao paciente por falta de materiais.

Material:

- Caneta;
- Formulário de solicitação de materiais (farmácia / almoxarifado / limpeza);
- Carrinho para transporte conforme necessidade.

Procedimento:

- Verificar no setor, qual material precisa ser reposto;
- Preencher adequadamente o Formulário de Solicitação de Materiais (farmácia / almoxarifado / limpeza) e encaminhar ao respectivo setor respeitando os prazos estabelecidos para solicitação e entrega de materiais;
- Ter bom senso, em relação a quantidade de itens solicitados, respeitando a necessidade do setor e evitando estoque desnecessários;
- No momento em que os materiais forem entregues, conferir se todos os itens solicitados foram entregues;
- Conferir data de validade dos itens entregues;
- Guardar os materiais entregues nos locais destinados para esse fim;
- Manter o setor organizado.

Cuidados:

- Deixar anotado, itens solicitados e que não foram entregues, por falta ou outro fator.
- Sempre conferir as solicitações, para evitar transtornos.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar ao enfermeiro do setor sobre qualquer intercorrência e em caso de falta de materiais solicitados na unidade hospitalar.

SOLICITAÇÃO E PREPARO PARA EXAMES

Finalidade: Proporcionar a realização dos exames diagnósticos solicitado a tempo e a hora, para correta definição da terapêutica escolhida.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Realização do exame o mais breve possível e imediatamente em caso de emergência.
- Padronizar a execução técnica.

Material:

- Prescrição médica;
- Requisição do exame conforme prescrição médica e em formulário adequado;
- Documento de preparo para exame.

Procedimento:

- Verificar se a solicitação do exame deve ser feita em formulário próprio e registrada em prescrição;
- Verificar se os dados estão completos e legíveis: nome do cliente, idade, sexo, quarto e leito; data e registro;
- Observar a descrição do exame, dados clínicos, assinatura e carimbo do médico que pediu o exame;
- Encaminhar a solicitação do exame ao respectivo setor, sendo devidamente protocolado pelo auxiliar administrativo ou técnico de enfermagem;
- Havendo necessidade de preparo prévio para a realização do exame, o respectivo setor informará ou encaminhará o formulário do preparo com antecedência, bem como informará a data e horário a ser realizado. Para que possamos solicitar ao médico assistente a prescrição dos respectivos preparos, com posterior encaminhamento para a farmácia e comunicação ao paciente e familiar/acompanhante e serviço de nutrição e dietética;
- A enfermagem deve realizar os preparos do paciente conforme necessidade e encaminhar aos respectivos setores de realização dos exames, todas as informações relevantes para o exame a ser realizado (exames anteriores, quando houver, uso de medicamentos que possam interferir no resultado e em casos de extrema necessidade o prontuário do paciente);

➢ Anotar no prontuário do cliente informações sobre os exames realizados, resultados e / ou informações de “aguarda laudo” com tempo previsto para resultado e local em que foi realizado (HMU ou empresas conveniadas).

Cuidados:

➢ Estar atento a sinais e sintomas de hipoglicemia.

➢ No retorno do cliente, comunicar a liberação da dieta ao Serviço de Nutrição e dietética, se for o caso.

➢ Em clientes diabéticos, evitar recomendações de jejum prolongado e avisar o setor de exames sobre o quadro do cliente.

Ação em caso de não conformidades:

➢ Qualquer anormalidade comunicar ao Enfermeiro da Unidade.

PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM (4, 10, 11)

APLICAÇÃO TÉRMICA DE CALOR POR BOLSA / COMPRESSA

Finalidade: Proporcionar o relaxando os músculos, facilitar a circulação através da vasodilatação, aliviar a dor e diminuir o edema local.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem

Resultados esperados:

- Relaxar a musculatura.
- Promover melhor circulação sanguínea por meio da vasodilatação.
- Reduzir a dor e o edema local.
- Promover aquecimento / aumento da temperatura corporal.
- Aumentar a circulação no local da aplicação.
- Aliviar a dor.

Material:

- Bandeja;
- Jarro com água quente;
- Bacia;
- Toalhas de rosto ou compressas / bolsa térmica de borracha;
- Tecido para cobrir a bolsa;
- Lençol, se necessário;
- Biombo, se necessário.

Procedimento:

- Confirmar na prescrição do paciente, o local que deverá receber a aplicação térmica de calor;
- Lavar as mãos;

- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Segurar a bolsa na posição vertical, enchendo-a com água quente em aproximadamente 50°, até 1/3 para abdome e até 2/3 de sua capacidade para outros locais;
- Retirar o ar da bolsa, colocando-a em posição horizontal sobre uma superfície plana, de modo que a água flua para a abertura;
- Fechar e enxugar a bolsa verificando se há vazamentos;
- Envolver a bolsa em toalha e testar sua temperatura em seu próprio antebraço;
- Levar o material ao quarto / enfermaria;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Aplicar a bolsa quente no local desejado por 20 a 30 minutos ou conforme prescrição, se especificado o tempo de aplicação;
- Observar frequentemente a pele do paciente sob a aplicação de calor;
- Substituir a água da bolsa quando necessário;
- Retirar a bolsa após o término da aplicação;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Verificar sinais se há sinais de queimaduras no local de aplicação térmica e se houver comunicar o enfermeiro / médico do evento ocorrido;
- Esvaziar a bolsa;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Lavar a bolsa, externamente, com água e sabão, deixá-la secar;
- Encher a bolsa de ar;
- Realizar a desinfecção da bolsa com solução alcoólica a 70%;
- Guardar a bolsa em local adequado;
- Desprezar o restante do material em local adequado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem sobre o procedimento realizado e das intercorrências e condutas tomadas, se for o caso;
- Repetir o procedimento, conforme prescrição médica ou de enfermagem.

Cuidados:

- A bolsa térmica pode ser substituída pela compressa úmida.
- É importante avaliar a resposta do paciente aos estímulos, através de um toque leve ou variações de temperatura para reconhecer quando o calor torna-se excessivo.
- A variação no nível de consciência também pode alterar a percepção de calor ou dor, em pacientes confusos ou não responsivos.
- Deve-se fazer observação frequentes da integridade da pele durante o procedimento.
- Em pacientes idosos, inconscientes, desnutridos e crianças deve-se ter cautela quanto ao limite da temperatura, devido à maior sensibilidade da pele.
- Observar constantemente a área de aplicação. Qualquer alteração da pele e queixas do paciente, suspender o procedimento e comunicar o médico e / ou enfermeiro. A contínua exposição ao calor lesa às células epiteliais, causando vermelhidão, sensibilidade localizada e até mesmo a formação de bolhas; Quando o calor é aplicado por 1 hora ou mais, o corpo reduz o fluxo sanguíneo através de uma vasoconstricção reflexa para controlar a perda de calor pela área. A remoção periódica e a reaplicação de calor local restauram a vasodilatação.
- **Nunca colocar bolsa com água quente debaixo do paciente** para evitar compressão excessiva da mesma, pois resulta em vazamento, e queimaduras ao paciente.
- **Não aplicar compressas mornas através de luvas de látex**, devido o risco de extravasamento e queimaduras.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar ao médico e / ou ao enfermeiro se alterações dignas de nota.

APLICAÇÃO TÉRMICA DE FRIO POR BOLSA / COMPRESSA

Finalidade: Proporcionar a vasoconstricção, diminuindo a dor local e impedindo a formação de hematoma.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Aliviar a dor.
- Diminuir hemorragias.
- Baixar a temperatura corporal.
- Diminuir espasmos musculares.
- Diminuir a congestão e inflamação.

Material:

- Bandeja;
- Bacia;
- Jarro com água gelada e/ ou bolsa de gelo;
- Gelo;
- Toalhas de rosto ou compressas;
- Tecido para cobrir a bolsa;
- Lençol, se necessário;
- Biombo, se necessário.

Procedimento:

- Confirmar na prescrição do paciente, o local que deverá receber a aplicação térmica de frio;
- Lavar as mãos;
- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Segurar a bolsa na posição vertical, enchendo-a com gelo utilizando 2/3 de sua capacidade;
- Retirar o ar da bolsa;
- Fechar e enxugar a bolsa verificando se há vazamentos;
- Envolver a bolsa em toalha e testar sua temperatura em seu próprio antebraço;
- Levar o material ao quarto / enfermaria;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Aplicar a bolsa quente no local desejado por 20 a 30 minutos ou conforme prescrição, se especificado o tempo de aplicação;
- Observar frequentemente a pele do paciente sob a aplicação de calor;
- Substituir o gelo da bolsa quando necessário;
- Retirar a bolsa após o término da aplicação;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Verificar sinais se há sinais de queimaduras no local de aplicação térmica e se houver comunicar o enfermeiro / médico do evento ocorrido;
- Esvaziar a bolsa;

- Trocar as luvas de procedimento;
- Lavar a bolsa, externamente, com água e sabão, deixá-la secar;
- Encher a bolsa de ar;
- Realizar a desinfecção da bolsa com solução alcoólica a 70%;
- Guardar a bolsa em local adequado;
- Desprezar o restante do material em local adequado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem sobre o procedimento realizado e das intercorrências e condutas tomadas, se for o caso;
- Repetir o procedimento, conforme prescrição médica ou de enfermagem.

Cuidados:

- A bolsa térmica pode ser substituída pela compressa úmida, nesse caso colocar água e gelo em uma bacia e substituir a compressa sempre que estiver seca; após o procedimento, secar o paciente, se necessário.
- É importante avaliar a resposta do paciente aos estímulos, através de um toque leve ou variações de temperatura para reconhecer quando o frio torna-se excessivo.
- A variação no nível de consciência também pode alterar a percepção de frio ou dor, em pacientes confusos ou não responsivos.
- Deve-se fazer observação frequentes da integridade da pele durante o procedimento.
- Em pacientes idosos, inconscientes, desnutridos e crianças deve-se ter cautela quanto ao limite do tempo de aplicação do frio, devido à maior sensibilidade da pele.
- Observar constantemente a área de aplicação.
- Qualquer alteração da pele e queixas do paciente, suspender o procedimento e comunicar o médico e / ou enfermeiro.
- Nunca deixa a bolsa/compressa fria em contato com a pele do paciente por mais de 30 minutos, devido ao risco de causar necrose.
- **Nunca colocar bolsa com água fria debaixo do paciente** para evitar compressão excessiva da mesma, pois resulta em queimaduras do paciente.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar ao médico e / ou ao enfermeiro se alterações dignas de nota.

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES E BOCA

Finalidade: Manter as vias aéreas permeáveis e promover ventilação eficiente com adequada troca gasosa.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Retirar fluídos das vias aéreas superiores do paciente.
- Prevenir infecções do trato respiratório.
- Evitar a broncoaspiração.
- Proporcionar uma ventilação eficaz.

Material:

- Sonda de aspiração traqueal / uretral de tamanho adequado ao paciente;
- Frascos de 10 ml de SF 0,9% / água destilada;
- Luva estéril;
- 01 pacote de gaze estéril;
- Luvas de procedimento;
- Seringa e agulha;
- Máscara cirúrgica;
- Gorro;
- Óculos de proteção;
- Avental descartável;
- Extensão de Látex;
- Válvula com frasco de ar comprimido;
- Fonte a vácuo ou aparelho de aspiração portátil;
- Umidificador de oxigênio;
- AMBU – bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O2 e máscara de silicone;
- Biombo, se necessário.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material ao quarto / enfermaria;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Promover privacidade do paciente, utilizando o biombo, se necessário;
- Conferir válvula de ar comprimido e funcionamento do sistema de aspiração;
- Parar a infusão de dieta por SNG; SNE; SOG e GGT; se houver;
- Aspirar água destilada na seringa de 20 ml e reservá-la;
- Manter o paciente em posição dorsal a 30° ou 45°;
- Conectar látex na válvula do frasco de ar comprimido;
- Conectar a sonda de aspiração à extensão de látex do frasco de aspiração, com técnica asséptica, tomando os devidos cuidados para não contaminar a sonda;
- Calçar luvas de procedimento;
- Ajustar FIO2 do respirados a 100% (se for o caso);
- Colocar o gorro;
- Colocar óculos de proteção;
- Colocar máscara cirúrgica;
- Colocar avental descartável de mangas longas;
- Calçar luvas estéreis;
- Ligar o aspirador com a mão não dominante;
- Segurar sonda na mão dominante;
- Segurar a face do paciente com a mão não dominante;
- Pinçar o intermediário da extensão de látex de aspiração;
- Introduzir sonda de aspiração na cavidade nasal (pinçada) e abrir, quando estiver introduzida, com a mão dominante;
- Realizar aspiração soltando o clampe;
- Retirar sonda em movimentos circulares;
- Repetir quantas vezes necessárias;
- Introduzir a sonda na cavidade oral (pinçada);
- Realizar aspiração soltando o clampe, por no máximo 20 segundos;
- Retirar sonda em movimentos circulares;
- Repetir quantas vezes necessárias;

- Aspirar água destilada na extensão de látex para sua limpeza;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar as luvas estéreis, permanecendo com a luva de procedimento;
- Desligar o aspirador;
- Desprezar lixo em local apropriado;
- Retirar equipamentos de proteção individual (óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental descartável e gorro);
- Retirar luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações de enfermagem pertinentes ao procedimento realizado, no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição médica / de enfermagem.

Cuidados:

- Ajustar FIO2 após o procedimento (se for o caso).
- Não exceder a 20 segundos de aspiração.
- Em caso de contaminação da luva estéril da mão dominante durante o procedimento, substituir a luva e a sonda.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar o enfermeiro e / ou médico a ocorrência de eventos dignos de nota.

ASPIRAÇÃO TRAQUEAL (12)

Finalidade: Manter as vias aéreas permeáveis e promover ventilação eficiente com adequada troca gasosa.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico em enfermagem*******.

Resultados esperados:

- Retirar fluídos das vias aéreas superiores do paciente.
- Prevenir infecções do trato respiratório.
- Evitar a broncoaspiração.
- Proporcionar uma ventilação eficaz.

Material:

- Sonda de aspiração traqueal / uretral de tamanho adequado ao paciente;
- Francos de 10 ml de SF 0,9% / água destilada;
- Luva estéril;
- Cadarço para troca da fixação (SN);
- 01 pacote de gaze estéril;
- Luvas de procedimento;
- Seringa e agulha;
- Máscara cirúrgica;
- Gorro;
- Óculos de proteção;
- Avental descartável;
- Extensão de Látex;
- Válvula com frasco de ar comprimido;
- Fonte a vácuo ou aparelho de aspiração portátil;
- Umidificador de oxigênio;
- AMBU – bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O2 e máscara de silicone;
- Biombo, se necessário.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material ao quarto / enfermaria;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Promover privacidade do paciente, utilizando o biombo, se necessário;
- Paramentar-se com luva de procedimento, óculos, máscara e avental;
- Colocar o paciente em posição elevada (se não houver contraindicação);
- Escolher a sonda de calibre adequado;
- Abrir o pacote da sonda em sua porção distal e adaptá-la ao intermediário, mantendo-a protegida dentro do invólucro;

- Avaliar condições gerais do paciente e auscultar rigorosamente os pulmões;
- Pré-oxigenar o paciente caso esteja em ventilação mecânica;
- Calçar luva estéril, sem retirar a luva de procedimento;
- Com a mão não dominante, desconectar o ventilador, abrir e controlar a válvula de aspiração;
- Com a mão dominante, introduzir a sonda (com o intermediário clampeado pela outra mão) no interior da cânula de traqueostomia, aspirando as secreções, por no máximo 20 segundos;
- Repetir quantas vezes necessárias, permitindo descanso entre uma aspiração e outra; com oferta de oxigênio umidificado;
- Aspirar água destilada na extensão de látex para sua limpeza;
- Realizar troca do cadarço de fixação (tubo orotraqueal ou da cânula de traqueostomia), se necessário (úmido e/ ou sujo);
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar as luvas estéreis, permanecendo com a luva de procedimento;
- Desligar o aspirador;
- Desprezar lixo em local apropriado;
- Retirar equipamentos de proteção individual (óculos de proteção, máscara cirúrgica, avental descartável e gorro);
- Retirar luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações de enfermagem pertinentes ao procedimento realizado, no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição médica / de enfermagem.

Cuidados:

- A frequência da aspiração é determinada pelo acúmulo de secreções sendo dependente da avaliação do profissional de saúde a partir da identificação de alterações no padrão respiratório.
- Em pacientes com discrasias sanguíneas, a frequência de aspiração deve ser rigorosamente avaliada, pois, possuem maior risco de sangramentos.
- O calibre da sonda é definido de acordo como calibre do tubo traqueal. A sonda deve ter a metade do diâmetro interno da cânula de traqueostomia. Para paciente adulto indica-se os cateteres de nº12 a 14 e para crianças cateteres de nº8 a 10, conforme diâmetro da cânula traqueal. O tamanho correto do cateter minimiza a chance de criar uma pressão negativa, o que pode levar atelectasia.
- Para lactentes ou criança traqueostomizados deve-se posicionar em decúbito dorsal com o pescoço levemente estendido, o que permite que a sonda de aspiração siga mais facilmente a curvatura natural da traqueia.

- A sonda deve ser inserida para aspiração durante a inspiração do paciente, sempre que possível.
- Enfermeiro: Instituir higiene oral com dentifrício e solução antisséptica, para todos os pacientes em uso de traqueostomia.
- O sistema de aspiração precisa ser conectado a uma fonte de vácuo em rede ou aspirador portátil de secreções para o seu funcionamento.
- O sistema de aspiração compreende a válvula redutora de pressão para rede de vácuo e o frasco de vidro de aspiração, conectados preferencialmente ao frasco coletor de secreção de vias aéreas descartável e na sua ausência a extensão de látex para aspiração (devidamente esterilizada). Quando não estiverem em uso devem ter sua extremidade protegida.
- O sistema de aspiração deve ser trocado na alta do paciente, após 72 horas de uso ou quando persistir secreções que obstruam e impeçam o seu funcionamento adequado.
- O frasco coletor de secreção de vias aéreas descartável (quando disponível) deve ser trocado sempre que atingir dois terços de sua capacidade e/ou junto com o sistema de aspiração.
- Na ausência do frasco coletor de secreção de vias aéreas descartável o frasco de vidro de aspiração deve ser esvaziado sempre que atingir cerca de dois terços de sua capacidade, substituindo-o por um outro frasco.
- Atentar para o uso do equipamento de proteção (luva estéril, máscara cirúrgica, óculos de proteção e avental não-estéril) a fim de evitar contaminação do profissional.
- Atenção especial para a pressão adequada do vacuômetro entre 80 e 120 mmHg. Para crianças recomenda-se que o calibração do aparelho de aspiração ou manômetro esteja ajustada entre 80 a 100 mmHg, pois uma pressão excessiva pode causar mudança na pressão negativa para os pulmões e promover um pneumotórax.
- Não é indicado a instilação de solução salina antes da aspiração para fluidificar as secreções, porque pode deslocar as bactérias para as vias respiratórias inferiores, favorecendo infecções pulmonares (só devem ser usadas em casos extremose mediante avaliação rigorosa de profissional enfermeiro / fisioterapeuta / médico).
- Em pacientes em ventilação mecânica, observar que, no caso de PEEP elevado (acima do fisiológico maior que 5 cm de H2O) regredi-lo até o fisiológico antes de desconectar a prótese ventilatória do ventilador.
- Em pacientes em ventilação mecânica, atentar-se para que, antes e durante o procedimento de aspiração, deve-se aumentar a FiO2 do ventilador mecânico para 100% para hiperoxigenar ou para o dobro do valor inicial por cerca de três minutos conforme prescrição médica, e após o término do procedimento retornar ao valor inicial gradativamente.
- Enfermeiro / médico / fisioterapeuta: Realizar a ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliar os ruídos adventícios (roncos).
- Manter a bolsa ventilatória manual (AMBÚ) com bolsa reservatória de oxigênio, conectada ao sistema de oxigênio umidificado (12 a 15 litros/min em adultos) e, utilizá-la caso o cliente apresente desconforto respiratório e permanência da hipóxia entre as aspirações, mesmo após a conexão da cânula ao ventilador.

- Monitorar os sinais vitais e a saturação de O2 durante o procedimento de aspiração, atentando para alterações da frequência cardíaca de 20 batimentos por minuto para mais ou menos e a saturação de oxigênio menor que 90%.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar ao enfermeiro e / ou médico plantonista em caso de intercorrêrncias dignas de nota.

*****Observações quanto ao executante da aspiração taqueal:**

Em conformidade com a Resolução COFEN Nº 557/2017[13], a tomada de decisão quanto ao profissional executante da ténica de aspiração traqueal, no âmbito ta equipe de enfermagem, deverá obedecer ao disposto na legislação vigente, a saber:

- Os **pacientes graves**, submetidos à intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de Emergência, de Internação Intensiva, Semi-intensivas ou Intermediárias, ou demais unidades da assistência, deverão ter suas vias aéreas **privativamente aspiradas por profissional Enfermeiro**.
- Os pacientes atendidos em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência, ou demais Unidades da Assistência, considerados graves, **mesmo que não estando em respiração artificial**, **deverão ser aspirados pelo profissional Enfermeiro**, exceto em situação de emergência.
- Os pacientes em **Unidades de Repouso / Observação**, **Unidades de Internação e em Atendimento Domiciliar**, considerados **não graves**, poderão ter esse procedimento realizado por **Técnico de Enfermagem**, desde que **avaliado e prescrito pelo Enfermeiro**, como parte integrante do Processo de Enfermagem.
- Os **pacientes crônicos**, em uso de **traqueostomia de longa permanência** ou definitica em ambiente hospitalar, de forma **ambulatorial ou atendimento domiciliar**, poderão ter suas vias aéreas aspiradas pelo **Técnico de Enfermagem**, desde que devidamente **avaliado e prescrito pelo Enfermeiro**, como parte intergrante do Processo de Enfermagem.
- Nos casos em que, a aspiração de vias aéreas sea realizada pelo Técnico de Enfermagem, este deverá observar os valores de referência de Frequência Respiratória e Saturação de Oxigênio e comunicar imediatamente ao enfermeiro e / ou médico em caso de observação de qualquer alteração no padrão respiratório.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA CRISE CONVULSIVA

Finalidade: Atender ao paciente no momento da crise convulsiva, cuidando para evitar complicações decorrentes do episódio.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Realizar atendimento de enfermagem ao paciente em crise consulsiva de forma organizada e padronizada.

Material:

- 02 Lençóis;
- 01 Cuba- rim;
- Luva de procedimento;
- Espátula;
- 03 Pacotes de gaze estéril;
- Compressa falsa;
- Máscara cirúrgica.

Procedimento:

Afastar o paciente do local que ofereça perigo:

- Retirar objetos pessoais e os que estiverem ao seu redor que possa feri-lo (óculos, gargantilhas, etc.)
- Proteger a cabeça deixando-a agitar-se à vontade;
- Proteger a língua colocando uma trouxinha de pano (não forçar se os dentes estiverem travados).
- Afrouxar as roupas se necessário;
- Observar a respiração durante e após a crise convulsiva;
- Acionar o médico responsável ou plantonista;
- Assim que cessar a crise, confirmar fluidez do acesso venoso, se necessário substituir. Caso o paciente esteja sem acesso venoso, providenciar acesso calibroso com abocath 20; 18 ou 16, assim que possível.

Cuidados:

- Evitar que ocorra obstrução da glote pelo rebaixamento de língua.
- Lavar as mãos antes e após o procedimento.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar médico e interromper qualquer episódio estranho após a medicação.
- Qualquer reação adversa comunique o enfermeiro de plantão.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA (PCR) E PÓS RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)

Finalidade: Padronizar o atendimento da equipe de enfermagem durante a parada cardiorrespiratória.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Reverter o quadro de para cardiorrespiratória com menor tempo possível, com técnica correta de ventilação e massagem cardíaca, visando a reduzir as complicações.
- Realizar atendimento eficaz e organizado durante as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar.
- Melhorar a sobrevida e reduzir as sequelas dos pacientes que apresentam RCP.

Material:

- Carro de emergência completo;
- Desfibrilador / cardioversor com monitor cardíaco;
- Gel condutor (para lubrificar a placa do desfibrilador / cardioversor);
- Monitor multiparâmetros;
- Aspirador e umidificador de oxigênio montados;
- Ambu;
- Luvas de procedimento;
- Biombo;
- Mascara cirúrgica;
- Óculos;
- Tábua rígida;
- Escada de 2 degraus.

Procedimento:

➢ Solicitar ajuda ao encontrar um paciente que não responde – o atendimento será realizado por, no mínimo 4 profissionais.

1º PROFISSIONAL:

➢ Após feito o diagnóstico de PCR (ausência de consciência, respiração e pulso em artéria carótida), acionar imediatamente a equipe, Calçar luvas de procedimento e colocar máscara cirúrgica;
➢ Verificar a presença de prótese ou alimentos na boca – retirar.
➢ Manter Hiperextensão da cabeça e elevação do queixo, se não houver contraindicação clínica.
➢ Iniciar massagem cardíaca, num ritmo de 05 compressões para 01 ventilação (30:2);
➢ Manter rodízio com os profissionais, que ficam nas compressões torácicas e ventilações, a cada 2 minutos;

2º PROFISSIONAL:

➢ Levar o carrinho de emergência para próximo do paciente;
➢ Iniciar imediatamente a ventilação positiva a bolsa de ventilação com pressão positiva com reservatório de O 2 e mascara de silicone (AMBU), para pacientes sem via aérea avançada na proporção de 30:2 e sincronizadas; para paciente com via aérea avançada, de forma contínua, na proporção de 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações por minuto);
➢ Manter rodízio com os profissionais, que ficam nas compressões torácicas e ventilações, a cada 2 minutos.

➢ **3º PROFISSIONAL:**

➢ Colocar biombo;
➢ Colocar o cliente sobre uma superfície dura;
➢ Checar a permeabilidade do acesso venoso, caso negativo puncionar novo acesso;
➢ Administrar medicações conforme solicitação médica e após a mesma faça um flush de S. F. 0,9% 20 ml e eleve o membro do acesso venoso;
➢ Manter seringas com as medicações identificadas;
➢ Cronometrar o intervalo de administração das drogas (adrenalina) a cada 3 minutos e avisar ao médico e / ou líder do grupo;
➢ Manter rodízio com os profissionais, que ficam nas compressões torácicas e ventilações, a cada 2 minutos;

- Manter manobras de RCP, enquanto houver indicação médica, avaliando a cada 2 minutos o ritmo e o pulso carotídeo ou femoral;
- Minimizar a frequência e a duração das interrupções das compressões torácicas;
- Preparar material de intubação orotraqueal – via aérea avançada.

4º PROFISSIONAL (ENFERMEIRO):

- Dividir tarefas: quem fica no AMBU, massagem e medicação;
- Manter dispositivo de feedback audiovisual para a assistência em RCP;
- Auxiliar o procedimento de intubação traqueal;
- Realizar cuidados pós – RCP;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Realizar as anotações pertinentes de enfermagem no prontuário do paciente;

TODOS OS PROFISSIONAIS:

- Após RCP, retirar luvas de procedimento; máscara e óculos;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente organizado;

Em caso de necessidade de cardioversão e / ou desfibrilação, lubrificar as pás condutodas e seguir as recomendações nos itens "*ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA CARDIOVERSÃO ELÉTRICA" e "ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA DESFIBRILAÇÃO ELÉTRICA"* deste protocolo.

- Em caso de óbito. Iniciar cuidados com o corpo.
- **Enfermeiro:** em caso de óbito, providenciar as documentações legais.

Cuidados na compressão torácica:

- Fazer rodízio de massagista a cada 2 minutos ou sempre que se sentir cansado;
- Retirar travesseiro, coxins do paciente, se houver;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Retirar roupas do paciente (apenas da região torácica);
- Colocar tábua rígida sob a região torácica do paciente;
- Posicionar a escada de dois degraus ao lado da cama;
- Manter-se ao lado do paciente;

➢ Hiperestender os braços, posicionando a região hipotênar da mão não dominante, dois dedos acima do apêndice xifoide. Entrelaçar os dedos e flexioná-los para cima;

➢ Realizar compressões torácicas em movimento de alavanca, na proporção de 30 compressões para 2 ventilações, de forma sincronizada para sincronizada para paciente sem via aérea avançada;

➢ Realizar compressões torácicas em movimento de alavanca, de forma contínua, com 1 ventilação a cada 6 segundos (total de 10 ventilações por minuto) para paciente com via aérea avançada;

➢ Manter uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto;

➢ Permitir a profundidade das compressões de, pelo menos, 2 polegadas (5 cm);

➢ Minimizar a frequência e a duração das interrupções das compressões torácicas;

➢ Manter dispositivo de feedback audiovisual para as compressões torácicas;

➢ Realizar cuidados Pós Ressuscitação Cardiopulmonar;

Cuidados Pós Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP):

➢ Monitorizar o paciente: pressão arterial, ECG, oxímetria de pulso e temperatura esofágica;

➢ Colocar a manta térmica no paciente a fim de manter a temperatura entre 32°C a 34°C, pelo menos nas 24 horas subsequentes a RCP;

➢ Manter o controle da temperatura além das 24 horas, evitando que o paciente tenha febre;

➢ Corrigir hipotensão no paciente, imediatamente;

➢ Coletar exames conforme rotina do setor e / ou solicitação médica;

➢ Manter Sat $O_2 \geq 94\%$ ajustando os parâmetros ventilatórios;

➢ Preparar o paciente para exames conforme indicação médica;

➢ Deixar o paciente, caso o mesmo apresente indícios sugestivos de morte cerebral, como possível doador de órgão;

➢ Desprezar o material utilizado em local próprio;

➢ Retirar luvas de procedimento;

➢ Higienizar as mãos;

➢ Realizar as anotações pertinentes no prontuário do paciente.

Ações em caso de não conformidades:

➢ Em casos de falhas dos equipamentos e / ou materiais providencie a troca dos mesmos, imediatamente;

➢ Em casos de excesso de profissionais durante o atendimento de RCP, o enfermeiro deverá solicitar a organização da equipe de atendimento;

➢ Em casos de fratura no tórax, comunicar a equipe médica.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

Finalidade: Padronizar o atendimento da equipe de enfermagem durante a cardioversão elétrica do paciente.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Reverter arritmia cardíaca a fim de manter o ritmo cardíaco e atividade elétrica útil e eficiente.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Desfibrilador / cardioversor
- Gel condutor;
- Máscara de Venturi;
- Máscara descartável;
- Óculos de proteção;
- Carro de emergência;
- Extensão de silicone;
- Aparelho de ECG;
- Biombo;
- Fluxometro de O2;

Procedimento:

- Conferir a indicação médica para o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material ao quarto / enfermaria (próximo ao paciente);
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;

- Promover privacidade do paciente, utilizando o biombo, se necessário;
- Calçar luvas de procedimento;
- Colocar a máscara descartável;
- Colocar os óculos de proteção;
- Realizar ECG de 12 derivações para obter dados iniciais do paciente;
- Manter / instalar oxigênio com máscara de Venturi;
- Conferir a permeabilidade do acesso venoso, em caso de necessidade providenciar acesso venoso pérvio;
- Aproximar desfibrilador / cardioversor do leito do paciente e ligar na fonte de energia e ligar o aparelho;
- Monitorar o paciente no desfibrilador / cardioversor e verificar sinais vitais (PA; FC; TºC; FR e Sat O_2);
- Aplicar gel condutor nas pás;
- Administrar medicação sedativa, conforme prescrição médica;
- Oferecer as pás ao médico;
- Carregar o desfibrilador / cardioversor apertar o botão sincronizar conforme solicitação médica;
- Esperar o aviso do médico que irá fazer a cardioversão;
- Certificar que todos estejam afastados da cama do paciente;
- Solicitar ao profissional que estiver nas vias aéreas que desligue o fluxo de oxigênio ou afaste o a fonte de oxigênio do leito (pacientes em uso de ventilador mecânico, deixar o ventilador em modo standby);
- Esperar o médico fazer a cardioversão;
- Aguardar a análise do ritmo cardíaco;
- Verificar sinais vitais se ritmo cardíaco;
- Verificar sinais vitais se ritmo sinusal e ofereça suporte de oxigênio ao paciente, conforme orientação médica;
- Gravar ECG de 12 derivações e monitorar o ritmo de ECG do paciente;
- Manter o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar EPI's utilizados;
- Realizar limpeza dos óculos utilizados;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente, pertinentes ao procedimento;

Cuidados:

- **Indicações de cardioversão:** Fibrilação atrial (FA); Flutter atrial; Taquicardia paroxística supraventricular; Taquicardias com complexo largo e com pulso.

- Se p paciente continuar com arritmia compatível com o cardioversão, repetir o procedimento conforme solicitação médica.
- **Posição das pás manuais:** A posição mais comum das pás manuais durante a ressucitação é a esterno-ápice, também chamada de posição antero-lateral ou ápice anterior. Posicione a pá externa no lado direito do osso esterno do paciente, abaixo da linha da clavícula. Coloque a pá (ápice) na linha média axilar, lateral ao mamilo esquerdo do paciente. Se o paciente for mulher, eleve a mama esquerda e coloque a pá abaixo ou próximo da mama. A colocação da pá diretamente no tecido mamário resulta em maior impedância transtorácica, reduzindo o fluxo da corrente.



Exemplo da posição das pás manuais na cardioversão.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de Parada Cardiorrespiratória proceder RCP, conforme especificado nesse protocolo no item: "Atendimento de Enfermagem na Parada Cardiorespiratória e Pós Ressuscitação Cardiopulmonar".
- Em casos de vômitos com aspiração de secreção, proceda aspiração de vias aéreas superiores.
- Se o paciente for portador de marca-passo definitivo ou cardiodesfibrilador implantável, coloque as pás do cardioversor 08 cm de distância do dispositivo.
- Em caso de queimaduras na pele, comunique o enfermeiro e siga a prescrição de enfermagem.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA DESFIBRILAÇÃO ELÉTRICA

Finalidade: Padronizar o atendimento da equipe de enfermagem durante a desfibrilação elétrica do paciente.

Executante: Enfermeiro e /ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Reverter arritmia cardíaca a fim de manter o ritmo cardíaco e atividade elétrica útil e eficiente.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Desfibrilador bifásico ou monofásico;
- Gel condutor;
- Máscara descartável;
- Óculos de proteção;
- Carro de emergência;
- Aparelho de ECG;
- Biombo;
- Escadinha de 02 degraus;
- Monitor cardíaco.

Procedimento:

- Conferir a indicação médica para o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material ao quarto / enfermaria (próximo ao paciente);
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Promover privacidade do paciente, utilizando o biombo, se necessário;
- Calçar luvas de procedimento;
- Colocar a máscara descartável;
- Colocar os óculos de proteção;
- Conferir a permeabilidade do acesso venoso, em caso de necessidade providenciar acesso venoso pérvio;
- Aproximar desfibrilador do leito do paciente e ligar na fonte de energia e ligar o aparelho;
- Monitorar o paciente no desfibrilador / cardioversor e verificar sinais vitais (PA; FC; TºC; FR e Sat O_2);
- Aplicar gel condutor nas pás;
- Administrar medicação sedativa, conforme prescrição médica (se necessário);
- Oferecer as pás ao médico;
- Carregar o desfibrilador conforme solicitação médica;
- Esperar o aviso do médico que irá fazer a desfibrilação;
- Certificar que todos estejam afastados da cama do paciente;

- Solicitar ao profissional que estiver nas vias aéreas que desligue o fluxo de oxigênio ou afaste o a fonte de oxigênio do leito (pacientes em uso de ventilador mecânico, deixar o ventilador em modo standby);
- Esperar o médico fazer a desfibrilação;
- Aguardar a análise do ritmo cardíaco;
- Realizar compressões torácicas imediatamente após a desfibrilação;
- Repetir o procedimento acima, se necessário;
- Manter o paciente confortável no leito;
- Iniciar cuidados pós – RCP, conforme protocolo;
- Em caso de morte, iniciar cuidados com o corpo e administrativos, conforme protocolo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar EPI's utilizados;
- Realizar limpeza dos óculos utilizados;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente, pertinentes ao procedimento.

Cuidados:

- **Indicações de desfibrilação:** Fibrilação ventricular e Taquicardia ventricular sem pulso.

- **Posição das pás manuais:** A posição mais comum das pás manuais durante a ressucitação é a esterno-ápice, também chamada de posição antero-lateral ou ápice anterior. Posicione a pá externa no lado direito do osso esterno do paciente, abaixo da linha da clavícula. Coloque a pá (ápice) na linha média axilar, lateral ao mamilo esquerdo do paciente. Se o paciente for mulher, eleve a mama esquerda e coloque a pá abaixo ou próximo da mama. A colocação da pá diretamente no tecido mamário resulta em maior impedância transtorácica, reduzindo o fluxo da corrente.



Exemplo da posição das pás manuais na desfibrilação.

- A dose efetiva do desfibrilador bifásico geralmente é de 150-200J.
- Se a variação da dose efetiva do desfibrilador é desconhecida, considere a carga máxima de energia.

- Se utilizar um desfibrilador monofásico, use 360J para todos os choques.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de Parada Cardiorrespiratória proceder RCP, conforme especificado nesse protocolo no item: "Atendimento de Enfermagem na Parada Cardiorespiratória e Pós Ressuscitação Cardiopulmonar".
- Em casos de vômitos com aspiração de secreção, proceda a aspiração de vias aéreas superiores.
- Se o paciente for portador de marca-passo definitivo ou cardiodesfibrilador implantável, coloque as pás do desfibrilador 08 cm de distância do dispositivo.
- Em caso de queimaduras na pele, comunique o enfermeiro e siga a prescrição de enfermagem.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Finalidade: Padronizar o atendimento da equipe de enfermagem durante a intubação orotraqueal do paciente.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Estabelecer via aérea definitiva de forma segura e eficaz.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Luva estéril;
- Máscara descartável;
- Óculos de proteção;
- Carro de emergência;
- Biombo;
- Escadinha de 02 degraus;
- Umidificador de oxigênio;
- Estetoscópio;
- Medicação sedativa, conforme prescrição médica;
- Material para aspiração de vias aéreas;

- Gorro;
- Fio guia;
- Cadarço;
- Sistema de aspiração;
- Extensão de látex;
- Bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O_2 e máscara de silicone (AMBU);
- Seringa de 20 ml;
- Xilicaína gel;
- Laringoscópio com lâminas retas e curvas;
- Cânula endotraqueal, conforme solicitação médica.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir material;
- Testar o laringoscópio;
- Abrir a cânula entodraqueal e testa-la conforme recomendação do fabricante;
- Colocar o fio guia dentro da cânula endotraqueal com técnica asséptica;
- Lubrificar a ponta da cânula endotraqueal com 3 ml de xilocaína gel;
- Testar o Ambu e conecta-lo a fonte de oxigênio com umidificador e extensão de látex;
- Conectar sonda de aspiração ao sistema de vácuo;
- Levar o material para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Colocar óculos de proteção;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Manter cabeceira ao nível da cama – posição zero grau e cabeça do paciente hiperextendida;
- Retirar prótese dentária (se houver);
- Aspirar vias aéreas superiores (se necessário);
- Manter paciente sob ventilação - bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O2 e máscara de silicone ligada à rede de O_2;
- Oferecer laringoscópio com lâmina ao médico (conforme solicitação);
- Oferecer cânula endotraqueal ao médico (conforme numeração solicitada);

- Aguardar intubação orotraqueal pelo médico assistente;
- Retirar o fio guia da cânula endotraqueal;
- Insuflar ar no cuff conforme orientação do fabricante;
- Conectar a bolsa de ventilação com pressão positiva e reservatório de O_2 à cânula e insufla-la;
- Esperar a confirmação medica da posição da cânula endotraqueal;
- Fixar a cânula endotraqueal;
- Adaptar a cânula endotraqueal ao ventilador mecânico;
- Observar o padrão respiratório do paciente;
- Observar e anotar saturação de oxigênio do paciente;
- Deixar paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar óculos de proteção;
- Retirar máscara descartável;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Lavar as mãos
- Realizar as anotações de enfermagem pertinentes no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Verificar a intensidade da luz da lâmpada do laringoscópio e se necessário substituir.
- Usar sonda de aspiração de tamanho adequado.
- Durante o procedimento de intubação (realizado pelo médico), fornecer material ao médico, necessário ao procedimento e administrar medicamentos conforme solicitação médica.
- Manter o carrinho de emergência próximo ao paciente durante o procedimento de intubação.
- O ventilador mecânico deverá ser previamente montado e testado e instalados com parâmetros adequados pelo enfermeiro, fisioterapeuta ou médico.
- Em casos de politrauma não realizar hiperextensão da cabeça e sugerir outro tipo de intubação.

Ação em caso de não conformidades:

- Caso não consiga intubar o paciente, a equipe avaliara outra opção de via aérea definitiva.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA EXTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Finalidade: Padronizar o atendimento da equipe de enfermagem durante a extubação orotraqueal do paciente.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Auxiliar na retirada da cânula orotraqueal de forma eficiente e segura.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Luva estéril;
- Máscara descartável;
- Óculos de proteção;
- Carro de emergência;
- Biombo;
- Umidificador de oxigênio;
- Material para aspiração de vias aéreas;
- Extensão de látex;
- Lâmina de bisturi nº 11;
- Água destilada;
- Seringa de 20 ml;
- Gaze estéril;
- Máscara de Venturi.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir material;
- Levar o material para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Manter o paciente em posição dorsal com cabeceira elevada a 45º;
- Colocar óculos de proteção;

- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Colocar água destilada no umidificador;
- Conectar o umidificador a rede de oxigêncio com a extensão de látex;
- Realizar aspiração da cânula orotraqueal e vias aéreas superiores, se necessário;
- Cortar com a lâmina de bisturi, o cadarço da fixação da cânula endotraqueal;
- Desinsuflar o cuff com a seringa de 20 ml;
- Solicitar que o paciente tussa ao sacar o tubo orotraqueal;
- Aguardar o médico sacar o tubo;
- Adaptar a máscara de Venturi após o procedimento de extubação;
- Observar e anotar saturação de oxigênio do paciente a cada 30 minutos, nas primeiras 2 horas e 4/4 horas nas primeiras 24 horas;
- Deixar paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento; óculos de proteção e máscara descartável;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações de enfermagem pertinentes no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Manter observação rigorosa do padrão respiratório do paciente pós-extubação por pelo menos 24 horas.
- Após a extubação, proteger a ponta do circuito do respirador mecânico com gazes ou em meio estéril (saco plástico/ grau cirúrgico), mantendo – o em condições de uso nas primeira 24 horas.

Ação em caso de não conformidades:

- Em casos de descompensação do padrão respiratório, comunicar o enfermeiro e / ou médico assistente.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA PUNÇÃO LOMBAR

Finalidade: Padronizar o atendimento da equipe de enfermagem durante o procedimento de punção lombar para fins anestésicos ou diagnósticos.

Executante: Enfermeiro e /ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Auxiliar no procedimento de punção lombar para fins anestésicos ou diagnósticos de forma eficiente e segura.

Material:

- Luva estéril de tamanho apropriado;
- Máscara e gorro descartável;
- 02 frascos estéreis para exame (caso seja essa a finalidade da punção);
- Kit cirúrgico (estéril) de punção lombar ou raqui - anestesia;
- Frasco com solução antisséptica (clorexidina degermante a 2%);
- Gaze estéril;
- Capote e campo estéril;
- Lâmina de bisuri;
- Esparadrapo ou fita micro porosa;
- SF 0,9%;
- 01 Seringa 05 ml com agulha;
- 01 Seringa 10 ml com agulha;
- Anestésico (lidocaína a 1%);
- Agulhas para aplicar anestésico (40/12 e 13/4, 5);
- Agulha raque para coleta de material em tamanho, conforme solicitação médica.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir material;
- Levar o material para próximo do paciente;

- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Colocar a máscara e o gorro;
- Auxiliar o médico a vestir-se e fornecer os materiais;
- Abrir o kit de punção lombar ou pacote de raqui – anestesia;
- Colocar clorexidina degermante a 2% na cuba redonda da bandeja;
- Abrir o restante do material, com técnica asséptica, reservando-os no campo estéril;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente observando as recomendações:
    - **Se neonato:** posicionar o paciente em decúbito lateral em superfície plana e firme na borda do leito com as costas (região lombar) voltadas para o médico; flexionar as pernas e a cabeça o máximo possível para maximizar a separação dos espaços entre os processos espinhosos das vértebras, de modo a facilitar a entrada da agulha dentro do espaço subaracnoideo; firmar na posição colocando a mão sobre a cabeça e a outra sobre as nádegas / coxas do paciente.
    - **Se pediátrico / adulto:** conforme orientações de posicionamento do neonato ou se colaborativo - Posicionar o paciente sentado com flexão do quadril e da coluna tóraco-lombar (Não há necessidade de fletir o pescoço);
    - Posicionar o cliente que tem dificuldade em assumir o decúbito lateral e os obesos na posição sentada com a cabeça abaixada;
    - Ajudar o cliente a manter a posição, segurando-o durante todo o exame, para evitar movimentos bruscos e que possam produzir uma punção traumática;
- Após o procedimento, realizar a lavagem do local com solução fisiológica, retirando o excesso de clorexedine degermante;
- Fazer um curativo compressivo, com esparadrapo ou fita micro porosa, no local da punção;
- Manter o curativo por 24 horas após a punção lombar;
- Reposicionar o paciente no leito e deixá-lo confortável;
- Recolher materiais usados e encaminhar ao local apropriado de descarte ou expurgo;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar e encaminhar imediatamente o material coletado ao laboratório;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem pertinentes no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Compete ao enfermeiro supervisionar e orientar o procedimento;
- Compete ao técnico em enfermagem e / ou enfermeiro, preparar o material e auxiliar no prosionamento adequado do paciente durante a realização do procedimento;
- Observar sinais como: Hipotensão intracraniana (cefaleia, náusea, vômito, distúrbios visuais), instabilidade hemodinâmica ou Infecção na pele no local da punção lombar.

Ação em caso de não conformidades:

- Monitorar o paciente para complicações da punção lombar, notificar o médico e /ou enfermeiro caso ocorram complicações.

CALÇAR LUVAS DE PROCEDIMENTO

Finalidade: Realizar a técnica adequada de calçar luvas de procedimento, evitando a exposição do profissional a riscos biológicos e sua contaminação.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Manter a segurança do profissional quanto ao risco de contaminação.

Material:

- 01 par de luvas de látex não estéril;

Procedimento:

- Reunir o material;
- Escolher as luvas de acordo com a numeração que corresponda ao tamanho da sua mão;
- Lavar as mãos;
- Unir os dedos da mão direita com a palma da mão voltada para cima e introduzir a mão direita na abertura da luva, tracionando – a para calçá-la;
- Colocar os dedos da mão dominante na dobra da mão oposta, expondo a sua abertura;

- Unir os dedos da mão oposta a dominante com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la até calçá-la totalmente, inclusive o punho;
- Ajustar as luvas.

Cuidados:

- Higienizar as mãos a cada troca de luvas.
- As luvas de látex devem ser usadas sempre que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções e outros fluidos corpóreos.
- Em sítios contaminados, realizar a troca de luvas sempre que houver a mudança de local de procedimento.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de ruptura do látex, efetue a troca da luva;
- Caso a luva apresente defeito comunique ao enfermeiro ou farmacêutico para realizar notificação de falhas técnicas do material.

CALÇAR E RETIRAR LUVA ESTÉRIL

Finalidade: Realizar a técnica de calçar luvas estéreis de forma adequada, evitando a sua contaminação.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Facilitar o desenvolvimento da técnica asséptica.
- Evitar ou reduzir o risco de infecções hospitalares, proporcionando segurança ao paciente e ao profissional de enfermagem.

Material:

- 01 par de luvas no tamanho adequado.

Quando realizar:

- Ao manusear material esterilizado, utilizando técnica asséptica.
- Ao manipular áreas da pele e / ou mucosas infeccionadas do paciente.
- Ao realizar procedimento invasivo que exija técnica asséptica.

Procedimento:

- Retirar todos os acessórios;
- Lavar as mãos conforme orientações acima;
- Escolher a luva de número compatível com o tamanho das mãos;
- Colocar em superfície dura (mesa);
- Abrir a embalagem externa, voltando o punho das mesmas em sua direção;
- Abrir a folha de luva estéril;
- Perceba que as luvas têm sua parte interior dobrada para fora na região do punho, essa é a área em que suas mãos antes de calçá-las poderão tocar, uma vez que a parte externa da luva deverá continuar estéril;
- Pegue a luva da mão dominante (pela parte dobrada) com sua mão recessiva e calce-a sem tocar a superfície externa / estérea da luva;
- Agora com a mão já calçada, faça o contrário, pegue a outra luva pela parte externa / estéril e calce sua mão recessiva;
- Assim que as duas mãos estiverem calçadas você poderá fazer os ajustes necessários para o conforto das mãos sem que toque a parte interna das luvas;
- Após o uso, retirar a luva de uma das mãos puxando-a externamente sobre a mão, virando-a pelo avesso. Quanto à outra mão enluvada, segurá-la e virando-a pelo avesso.

Cuidados:

- Não contaminar a luva.
- Desprezar as luvas usadas em lixo infectante.
- Lavar as mãos após a retirada da luva.
- Em caso de a luva ser rasgada, contaminada ou furada, durante o procedimento, desprezar as luvas e trocar o par de luvas.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar o enfermeiro em caso de intercorrêrncias dignas de nota.

CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

Finalidade: Prevenir e detectar precocemente as possíveis complicações que resultam na anestesia ou do procedimento cirúrgico.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Assegurar observação e assistência de enfermagem especializada ao paciente em pós-operatório.
- Monitorar a evolução clínica do paciente no pós-operatório.

Material:

- Luva de procedimento;
- Caneta;
- Termômetro;
- Estetoscópio;
- Monitor multiparâmetros (ritmo cardíaco / ECG; PA; Oximetria de pulso; frequência respiratória);
- Rouparia (camisola, lençol e cobertor);
- Kit de oxigenioterapia.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir material;
- Levar o material para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Conferir o preenchimento dos impressos do prontuário referentes à anestesia, medicamentos realizados no centro cirúrgico / recuperação pós-anestésica e indicações de repouso e dieta;
- Instalar monitorização multiparâmetros;

- Verificar e registrar no prontuário do paciente todos os sinais vitais (FR; FC; PA; Temperatura e Saturação de Oxigênio) de 15 em 15 minutos na primeira meia hora e de 30 em 30 minutos nas próximas 2 horas e de 6 em 6 horas após as primeiras 3 horas e se o paciente estiver estável;
- Verificar e registrar a perfusão capilar a cada 2 horas;
- Administrar oxigênio conforme prescrição médica / de enfermagem;
- Manter o paciente aquecido, utilizando cobertores, se necessário;
- Realizar a inspeção de drenos, sondas e curativos verificando e registrando a condição geral, permeabilidade, a integridade e a fixação;
- Avaliar e registrar a existência de queixas de qualquer natureza (Enfermeiro);
- Verificar e registrar o volume e aspecto da diurese;
- Verificar e registrar a localização, fixação, permeabilidade e data dos acessos venosos e equipos de infusão;
- Controlar infusão venosa e gotejamento de soluções medicamentosas de acordo com a prescrição médica;
- Administrar medicamentos, conforme prescrição médica;
- Orientar o paciente quanto à necessidade de repouso no leito nas primeiras horas após o procedimento cirúrgico;
- Manter as grades protetoras do leito sempre elevadas;
- Encaminhar amostras de material biológico para exames, se necessário;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Observar e anotar a presença de sangramentos de qualquer natureza; local e quantidade.
- Observar e atentar para sinais de baixo débito urinário e cardíaco.
- Comunicar toda e, qualquer intercorrência, ao enfermeiro responsável.
- **Enfermeiro:** Orientar o paciente sobre curativo; banho; repouso e dieta.
- **Enfermeiro:** atentar para sinais de tromboembolia pulmonar.

Ação em caso de não conformidades:

- Observar e comunicar o enfermeiro e / ou médico as eventuais alterações dignas de nota.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Finalidade: Remover os microorganismos transitórios, o suor, oleosidade e células descamativas e evitar transmissão ou proliferação de microorganismos.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Prevenir infecções hospitalares principalmente às cruzadas.
- Eliminar sujidades e microorganismos das mãos dos profissionais de enfermagem.
- Colaborar para a segurança do paciente.

Material:

- Água corrente;
- Sabonete líquido ou anti-séptico;
- Papel toalha.

Quando realizar:

- No início do dia.
- Antes de calçar as luvas de procedimentos e estéreis e, após removê-las.
- Após tocar qualquer instrumento ou superfície contaminada.
- Antes e após utilizar o banheiro.
- Após tossir, espirrar ou assuar o nariz.
- Antes e após arrumar ou entrar em contato com o leito do paciente.
- Antes e após realizar qualquer tipo de procedimento no paciente.
- Sempre que houver sujidades visíveis nas mãos.
- Ao termino do dia de trabalho.

Procedimento:

- Remover todos os tipos de adornos (anéis, pulseiras, relógio, fitinhas, etc);

- Abrir a torneira e umedecer as mãos e antebraço em água corrente;
- Dispensar sabão líquido suficiente para cobrir mãos e antebraço;
- Ensaboar as mãos, espalhando o sabão nas palmas;
- Esfregar a palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda com movimentos para frente e para trás, com os dedos intercalados;
- Esfregar a palma da mão esquerda sobre o dorso da mão direita com movimentos para frente e para trás, com os dedos intercalados;
- Com a mão esquerda levemente fechada, esfregar o dorso dos dedos da mesma mão com palma da mão direita;
- Repetir o processo na outra mão;
- Envolver o polegar esquerdo com a palma da mão direita e realizar movimentos circulares;
- Repetir o processo na outra mão;
- Colocar os dedos da mão direita unidos sobre a palma da mão esquerda e realizar movimentos circulares (lavar as unhas);
- Repetir o processo na outra mão;
- Envolver o punho esquerdo com a mão direita e esfregar em movimentos circulares até o cotovelo;
- Repetir o processo na outra mão;
- Enxaguar as mãos e os antebraços, retirando todo o sabão;
- Enxugar com papel-toalha;
- Fechar a torneira usando o papel-toalha;
- Desprezar o papel-toalha no lixo.

Cuidados:

- Retirar acessórios.
- A fricção em cada área das mãos deve ser por um mínimo de 15 segundos antes de enxaguar com água fria.
- Dar atenção especial à mão não dominante, para certificar-se de que ambas as mãos fiquem igualmente limpas.
- Manter sempre as unhas limpas e curtas.
- Remover esmaltes “lascados” e “descolados”.
- Observar a integridade da pele.
- Para informações mais detalhadas sobre o procedimento, consulte o protocolo de Higienização das Mãos, disponibilizado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar o enfermeiro em caso de intercorrêrncias dignas de nota.
- Comunicar o enfermeiro do SCIH em caso de falta de algum material para realização do procedimento.
- Consulte o protocolo de Higienização das Mãos, disponibilizado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMU.

INSERÇÃO DE CÂNULA OROFARÍNGEA - GUEDEL

Finalidade: Manter as vias aéreas pérvias.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Em pacientes inconscientes, com Glasgow menor que 8, impedir que ocorra queda da base da língua e obstrução da via aérea, permitindo a permeabilidade das vias aéreas superiores e facilitando a aspiração de secreções.

Material:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Avental descartável;
- Óculos de proteção;
- Cânula de Guedel em tamanho apropriado para o paciente.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto / próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar óculos de proteção;
- Colocar máscara cirúrgica;

- Calçar luvas de procedimento;
- Medir o tamanho da cânula tendo como parâmetro da rima labial até o lóbulo da orelha;
- Estender a cabeça do paciente colocando uma das mãos abaixo do pescoço e próximo da região occipital;
- Levantar delicadamente o pescoço; simultaneamente, com a outra mão incline a cabeça para trás, aplicando uma pressão sobre a fronte;
- Abrir a boca do paciente.

ℑ ***Em adultos:***

- Introduzir a cânula de Guedel com a extremidade voltada para cima no sentido do céu da boca até que passe pela úvula;
- Gire a extremidade em 180° de forma que aponte para baixo;
- Verificar se a extremidade distal está na hipofaringe e a borda sobre os lábios do paciente;
- Verificar se a língua não foi empurrada para dentro da via aérea.

ℑ **Em crianças:**

- Introduzir a cânula de Guedel com a extremidade voltada para baixo;
- Verificar se a extremidade distal está na hipofalange e a borda sobre os lábios do paciente;
- Verificar se a extremidade distal está na hipofaringe e a borda sobre os lábios do paciente;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara cirúrgica;
- Retirar óculos de proteção;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- A cânula de Guedel só deve ser colocada em pacientes inconscientes ou que não apresentem reflexo de vômito ou tosse.
- Equívocos na indicação, medição e posicionamento podem ativar o reflexo de tosse, causar obstrução das vias aéreas ou gerar laringoespasmo e vômitos.
- Se ocorrer reflexos de tosse ou vômitos suspenda o procedimento.
- Observar possível resposta vagal como: espasmo; laríngeo, apneia e bradicardia.
- A inserção da cânula orofaríngea é provisória, não substitui vias aéreas definitivas.
- Pacientes com TCE (trauma cranioencefálico), **NÃO** realizar hiperextensão do pescoço.
- Em caso de pacientes com suspeita ou sinais de fratura de base de crânio, **NÃO** utilizar a cânula de Guedel.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar ao enfermeiro e / ou médico plantonista.

IRRIGAÇÃO VESICAL CONTÍNUA

Finalidade: Realizar a técnica de irrigação vesical contínua de forma adequada, evitando a contaminação dos dispositivos e a infecção hospitalar.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Instalação de irrigação vesical continua com técnica asséptica.
- Prevenir a obstrução da sonda vesical pela remoção de coágulos sanguíneos, exudatos, precipitados ou fragmentos.
- Tratar e prevenir afecções da bexiga.
- Restabelecer ou manter a permeabilidade da sonda vesical.
- Auxiliar no tratamento de infecções ou inflamações vesicais.

Material:

- Biombo;
- Frasco com a solução para irrigação;
- Equipo de macrogotas;

- Suporte de soro;
- Álcool 70%;
- Luvas de procedimento;
- Gazes;
- Mesa auxiliar
- 01 Lâmina de bisturi (se necessário);
- Bolsa coletora de urina graduada.

Procedimento:

- Conferir a realização do procedimento com a prescrição médica;
- Conferir se o paciente possui cateterização vesical de demora com 3 vias;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto / próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Posicionar o biombo de forma a garantir a privacidade do paciente;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Esvaziar a bolsa coletora de urina e anotar na planilha de controle de irrigação vesical;
- Acoplar o frasco da solução prescrita ao equipo;
- Preencher o equipo com a solução prescrita;
- Colocar o frasco da solução prescrita no suporte de soro;
- Realizar a desinfecção na conexão da terceira via do cateter vesical e a tampa de oclusão do mesmo, com gazes embebidas em solução prescrita;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Manter o ambiente em ordem;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações no prontuário do paciente;
- Manter e /ou repetir o procedimento, conforme prescrição médica;
- Realizar anotações de enfermagem pertinentes ao procedimento, intercorrências (se for o caso) e medidas tomadas.

Cuidados:

- Quando se deseja utilizar a bomba infusora, deve-se: Fechar a roldana do equipo; Retirar o frasco vazio e adaptar o novo.
- Na irrigação vesical empregam-se sonda folley três vias: 1º via = para insuflar o balonete, empregando-se água destilada na quantidade indicada, dependendo do calibre da sonda; 2º via = para instalar o liquido de drenagem; 3º via = para drenagem da urina. O calibre da sonda deve ser escolhido pelo enfermeiro que irá realizar a sondagem, de acordo com a anatomia do paciente a ser sondado.
- Se o líquido de drenagem for vermelho vivo, deixar a velocidade da solução aumentada. Se o líquido estiver claro, manter 40 a 60 gotas por minuto, totalizando120 ml/h; se houver especificação da quantidade de volume a ser infundido na prescrição médica, realizar infusão conforme prescrição.
- A quantidade de líquido drenado será ligeiramente superior ao influído infundido.
- Atentar para a presença de globo vesical (bexigoma) que pode ser provocado pela obstrução da sonda ou falta de boa drenagem.
- Caso o paciente não esteja cateterizado com cateter vesical de 3 vias, realizar e / ou substituir o cateterismo, conforme técnica descrita neste protocolo no item "SONDAGEM VESICAL DE DEMORA" **(procedimento privativo do enfermeiro).**
- A troca do frasco de SF 0,9% deve ser feita antes do término do frasco anterior, para evitar obstrução da sonda.
- A diurese deve ser desprezada da bolsa coletora, quando o volume estiver com 2/3 da capacidade total e ao termino de frasco de SF 0,9%, considerando a necessidade de fazer o balanço entre o volume infundido e o volume drenado.
- O preenchimento da planilha de Controle de Irrigação Vesical inclui o volume infundido, o volume drenado. E deve ser calculada a diurese parcial e registrado o volume de diurese no plantão.
- Deve-se atentar para sinais de obstrução como distensão abdominal, dor, e não drenagem na bolsa coletora. Comunicar ao médico, realizar medidas para desobstrução e registrar o ocorrido.
- Em prescrição médica de retirada da irrigação, o procedimento deve ser estéril, e após a assepsia da conexão deve ser colocado uma tampa para oclusão da terceira via da sonda.
- O equipo de soro deve ser trocado de acordo com as recomendações do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, se não houver, recomendações do serviço, substituir o equipo a cada 72 horas.

Ação em caso e não conformidades:

- Em caso de contaminação do cateter vesical – trocar todo o sistema.
- Em caso de resistência durante o procedimento, interromper imediatamente a irrigação e comunicar o enfermeiro.

LAVAGEM DA ENDOCÂNULA METÁLICA DE TRAQUEOSTOMIA

Finalidade: Realizar a técnica de lavagem da endocânula metálica de forma adequada e segura para o paciente.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Higiene da endocânula.
- Remoção de secreções.
- Permeabilidade das vias aéreas.
- Prevenção de infecções.

Material:

- Biombo;
- Gorro;
- Óculos de proteção;
- Máscara cirúrgica descartável;
- Gaze;
- Escova para limpeza do intermediário ou haste rígida compatível, para auxiliar a introdução da gaze na subcânula para sua limpeza;
- Luvas de procedimento;
- Cadarço e material para curativo, se necessário.

Procedimento:

- Conferir a solicitação da realização do procedimento com a prescrição médica / enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto / próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Promover a privacidade do paciente com a instalação de biombo, se necessário;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada a 30º;

- Colocar o gorro descartável;
- Colocar a máscara cirúrgica descartável;
- Colocar os óculos de proteção;
- Calçar luvas de procedimento;
- Destrave o intermediário (subcânula) da cânula e retire-o;
- Lave-o no expurgo, com água corrente com o auxilio de uma escova ou introduzindo gaze no seu interior com o auxilio de uma haste rígida;
- Repita o procedimento quantas vezes forem necessárias até que fique completamente limpa;
- Seque o intermediário;
- Higienize o mandril (guia da endocânula);
- Segue o mandril;
- Reintroduza a subcânula na cânula de traqueostomia e trave em encaixe apropriado;
- Se necessário, realizar curativo na cânula traqueal, conforme protocolo;
- Deixe o paciente confortável em decúbito a 30º, se possível;
- Retire as luvas e descarte-as em local apropriado;
- Lave as mãos;
- Organize a unidade;
- Calce novas luvas de procedimento e recolha todo o material utilizado e descarte-os de forma apropriada;
- Cheque o procedimento na prescrição médica / enfermagem e proceda as anotações de enfermagem, pertinentes ao procedimento.

Cuidados:

- Avaliar e atentar para desconforto respiratório e dores apresentados pelo paciente durante o procedimento;
- Para lavagem do intermediário (subcânula) nunca utilizar detergente.
- A limpeza da subcânula deve ser realizada no mínimo 3 vezes ao dia e / ou sempre que necessário.
- Na cânula plástica com cuff, sempre que possível verificar a pressão através do cufômetro, pelo menos uma vez por plantão.
- Ao limpar o intermediário verificar se há necessidade de limpar o estoma traqueal no intuito de remover sujidades de secreção (Passe suavemente uma gaze embebida em água destilada ou SF 0,9% ao redor, e em seguida passe uma gaze seca).

Ação de caso de não conformidades:

- Comunicar médico e / ou enfermeiro se alterações dignas de nota.

NEBULIZAÇÃO / INALAÇÃO

Finalidade: Administrar medicamentos por via respiratória / fluidificar as vias aéreas, por meio de nebulizador ou inalador.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Fluidificar secreções de via aérea, melhorando assim as trocas gasosas e padrão respiratório.
- Favorecer a adequada ventilação e oxigenação tecidual, com uso de broncos dilatadores.

Material:

- Luvas de procedimentos;
- SF 0,9%;
- Broncodilatador (se for o caso);
- Kit de nebulização / inalação (Copo de nebulização; máscara de nebulização; intermediário e látex);
- Fonte de ar comprimido / Fonte de Oxigênio (observar prescrição médica e condições do paciente);
- Fluxômetro de ar comprimido / oxigênio;
- Prescrição médica;
- Copo descartável (50 ml);

Procedimento:

- Conferir a solicitação da realização do procedimento com a prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Preparar a nebulização / inalação, conforme prescrição médica e levar ao quarto / próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;

- Posicionar o paciente sentado ou em posição de Fowler, se possível;
- Conectar o inalador a fonte de oxigênio / ar comprimido;
- Abrir a válvula do fluxômetro apriximadamente 4 a 6 l/min.;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Observar o funcionamento do inalador pela névoa que se forma;
- Adaptar a máscara do inalador ao paciente, mantendo o recipiente do inalador na posição vertical;
- Orientar ao paciente (se colaborativo) para que respire profundamente e não converse durante o procedimento;
- Manter a nebulização até o término (aproximadamente 15 min) ou durante o tempo indicado na prescrição;
- Ao final do procedimento, fechar a válvula do fluxômetro quando a névoa parar de sair;
- Desconectar a extensão do inalador;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da medicação na prescrição médica;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- **Nebulização:** utiliza broncodilatador.
- **Inalação:** umidificação sem broncodilatador.
- Certificar-se que a montagem do kit de nebulização / inalação está correta.
- Trocar o kit de nebulização / inalação a cada 24 horas de uso.
- O kit de nebulização / inalação é de uso individual do paciente, não podendo ser em hipótese alguma compartilhado.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar médico e/ ou enfermeiro se alterações / reações dignas de nota.

OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

Finalidade: Padronizar a assistência de enfermagem na oxigenioterapia por cateter nasal.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Fornecer aporte de oxigênio para melhorar o padrão respiratório do paciente.

Material:

- Luvas de procedimentos;
- Cateter nasal;
- 250 ml de água destilada;
- Umidificador;
- Extensão de látex;
- Fonte de Oxigênio;
- Fluxômetro de oxigênio;
- Prescrição médica;
- 01 pacote de gaze.

Procedimento:

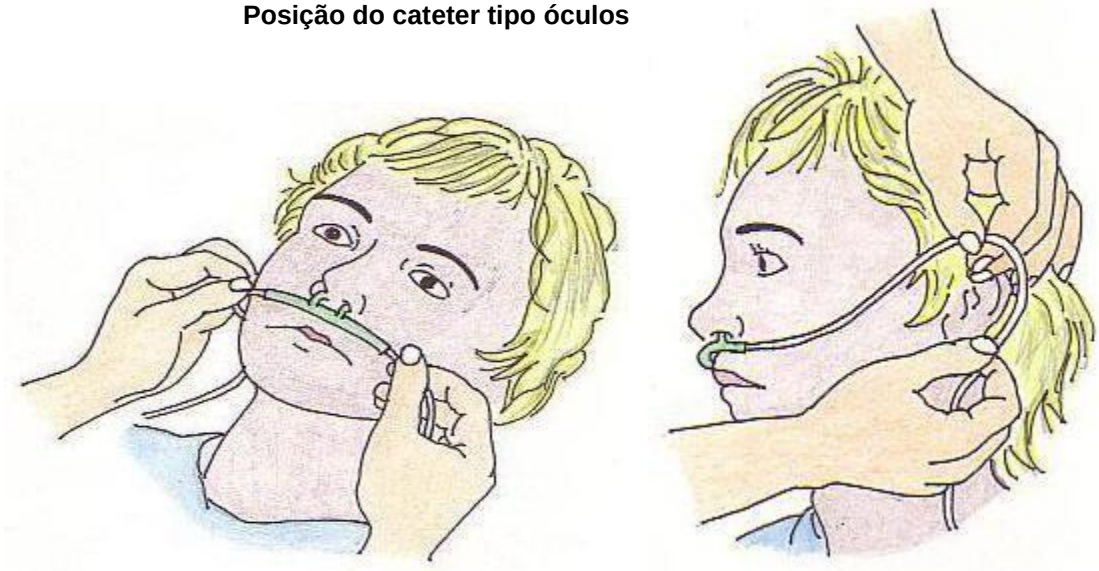
- Conferir a solicitação da realização do procedimento com a prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Testar a fonte de oxigênio;
- Montar o umidificador, colocando água destilada no umidificador observando o nível entre o mínimo e o máximo e conectar o cateter ao extensor de PVC com o umidificador;
- Conectar o umidificador à rede de oxigênio através do fluxômetro;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar o cateter nasal nas narinas do paciente, ajustar o cordão em torno da cabeça para prender o cateter firmemente, mas de maneira confortável;
- Proteger a região auricular com gazes na região lateral da face;
- Friccionar as mãos com preparação alcoólica;
- Permanecer junto ao paciente, enquanto se adapta ao tratamento, observando suas reações;

- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Manter o ambiente em ordem;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente (data e horário do inicio do procedimento e o volume de oxigênio / minuto).

Cuidados:

- A equipe de enfermagem deve observar os seguintes sinais em pacientes que estão recebendo oxigênio: perfusão periférica, frequência respiratória e cardíaca, alterações de pressão sanguínea, alteração mental 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 para umidificação deverá ser troca na sua totalidade e não apenas ser completada.

Posição do cateter tipo óculos



Ação em caso de não conformidades:

- Na ausência de água deslitada, utilizar água filtrada no umidificador.
- Comunicar médico e/ ou enfermeiro se alterações / enfermeiro todos os eventos dignas de nota.

PUNÇÃO VENOSA COM DISPOSITIVO DE MÉDIA PERMANÊNCIA (ABOCATH)

Finalidade: É a introdução de um dispositivo para punção de média permanência, em uma veia periférica com finalidade de manter uma via endovenosa permeável.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Manter via de acesso para medicamentos e infusões venosas contínuas.

Material:

- Luvas de procedimentos;
- Garrote;
- Cateter intravenoso de média duração (abocath / jelco);
- Bolas de algodão;
- Solução alcoólica a 70%;
- Polifix ou plug adaptador (torneirinha);
- Bandeja;
- SF 0,9%;
- Esparadrapo ou fita microporosa hipoalergênica;
- Saco de lixo branco;
- Caneta.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar as condições da veia e escolher o local de punção;

- Garrotear o membro escolhido entre 15 a 20 cm acima do local de inserção do dispositivo;
- Não apertar demais o garrote, pois o fluxo venoso deve ser bloqueado, porém o fluxo arterial deve continuar;
- Fazer antissepsia da área a ser puncionada com álcool 70% com movimentos firmes, únicos e no sentido do retorno venoso;
- Esperar até que a área esteja seca, favorecendo a ação antisséptica e evitando a introdução da solução alcoólica na veia;
- Fixar a veia tracionando a pele na porção distal ao ponto de inserção;
- Introduzir a agulha com bisel para cima, em um ângulo de 45º, após penetrar à pele, diminuir o ângulo e progredir em direção à veia;
- Introduzir completamente o dispositivo flexível após observar o retorno venoso;
- Soltar o garrote;
- Conectar o polifix ou plug adaptador, conforme a necessidade da infusão venosa;
- Injetar 3 ml da solução salina no cateter ou fixar o equipo da infusão venosa e observar infiltrações;
- Fixar o dispositivo com fita microporosa antialergência ou esparadrapo;
- Identificar fixação da punção;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Manter o ambiente em ordem;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente (data e horário da punção; número do dispositivo utilizado e local da punção).

Cuidados:

- A escolha do calibre do dispositivo intravenoso será de acordo com a necessidade da terapia intravenosa e condições vasculares do paciente.
- A identificação do acesso deverá conter minimamente: data da punção; número do abocath e nome do profissional.

<u>A Remoção do cateter deverá acontecer nos seguintes casos</u>:

- A cada a cada **72 horas,** suspeita de contaminação, complicações, mau funcionamento ou descontinuidade da terapia intravenosa.

- Quando o cateter tiver sido instalado em situação de emergência, com comprometimento da técnica asséptica o mesmo deverá ser trocado tão logo seja possível.
- Em neonatais e pediátricos não devem ser trocados rotineiramente e devem permanecer até completar a terapia intravenosa, a menos em casos de flebite ou infiltração.

Ações em caso de não conformidades:

- Em casos de eritema, calor local e/ou infiltrações retirar o dispositivo, realizar nova punção e comunicar ao enfermeiro / médico.
- Em caso de flebite o profissional deverá realizar Notificação de Evento Adverso na ficha disponibilizada pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- Em casos de paciente com muitos pêlos deverá ser realizada tricotomia do local a ser puncionado.

PUNÇÃO VENOSA COM DISPOSITIVO DE CURTA DURAÇÃO (SCALPE)

Finalidade: É a introdução de um dispositivo para punção de curta duração, em uma veia periférica com finalidade de manter uma via endovenosa permeável.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de enfermagem.

Resultado esperado:

- Manter acesso venoso para administração de medicamentos por intervalos por intervalos curtos de tempo (somente observação).

Material:

- Dispositivo para punção de curta duração (scalpe);
- Esparadrapo;
- Garrote;
- Luvas de procedimento;
- Saco de lixo;
- Rótulo de soro;
- Equipo de soro;

- Suporte de soro;
- Frasco com solução prescrita;
- Algodão umedecido em álcool 70%.

Procedimento:

- Conferir a solicitação da realização do procedimento com a prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Colocar o cliente em posição confortável, apoiando o local que será puncionado;
- Avaliar as condições da veia e escolher o local de punção;
- Proteger a roupa de cama sob a região a ser puncionada;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Adaptar o escalpe no equipo de soro e retirar o ar e desconectar o dispositivo do equipo;
- Garrotear o membro 4 cm a cima do local pretendido para introdução do escalpe ou fixar a cabeça se o local escolhido for a veia jugular;
- Não apertar demais o garrote, pois o fluxo venoso deve ser bloqueado, porém o fluxo arterial deve continuar;
- Fazer antissepsia da área a ser puncionada com álcool 70% com movimentos firmes, únicos e no sentido do retorno venoso;
- Esperar até que a área esteja seca, favorecendo a ação antisséptica e evitando a introdução da solução alcoólica na veia;
- Realizar a punção venosa (posicionar o conjunto de asas do escalpe de forma que o bisel da agulha fique para cima, conduzindo-o através da pele, paralelo a veia e introduzir a agulha para dentro da veia, levantando ligeiramente as asas do escalpe, evitando que a agulha perfure a parede venosa oposta);
- Retirar o garrote;
- Certificar-se de que o dispositivo esta na veia através do retorno venoso;
- Adaptar o dispositivo ao equipo com soro;
- Aplicar esparadrapo para fixar o scalpe;
- Fazer uma alça protetora no scalpe e prender ao braço, para a agulha na posição que foi puncionada;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;

- Retirar luvas de procedimento;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário do paciente (incluir: horário da punção, nº do dispositivo utilizado e local de punção).

Cuidados:

- Observar o local de inserção do caráter diariamente, a fim de detectar possíveis sinais de flebite; hematoma e soroma.
- Identificar o equipo e o polifix (se tiver) com data e assinatura de quem realizou o procedimento.
- A identificação do acesso deverá conter minimamente: data da punção; número do scalpe e nome do profissional.
- Estar atento aos acidentes com materiais biológicos durante o procedimento.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar enfermeira e/ou médico se observar reações locais ou sinais flogisticos.

TRICOTOMIA

Finalidade: Remover os pêlos de uma região do corpo, com o emprego de agente químico ou mecânico para tratamentos cirúrgicos.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de enfermagem.

Resultados Esperados:

- Reduzir a probabilidade de infecções.
- Realizar tricotomia preservando integridade da pele.
- Retirar pêlos de uma determinada área da superfície corporal.
- Obter uma área limpa para determinados procedimentos.
- Facilitar a manipulação e visualização da área a ser operada.
- Permitir a fixação de curativos, drenos, cateteres e sondas sem tracionar os pêlos.

Material:

- Cuba redonda com água e sabão líquido;
- Recipiente com água;
- Recipiente com bolas de algodão;
- Luvas de procedimento;
- Aparelho de barbear, com lâmina nova (aparelho descartável ou estéril);
- Cuba-rim;
- Saco plástico para resíduos;
- Papel toalha ou higiênico;
- Gaze;
- Forro ou pano para proteger a cama;
- Se necessário, providenciar: biombo e lâmpada auxiliar.

Procedimento:

- Verificar na prescrição qual área a ser tricotomizada;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto / próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Promover a privacidade do paciente, expondo somente a região em que é necessário realizar tricotomia (se necessário utilize biombos);
- Calçar luvas de procedimento;
- Observar condições da pele;
- Passar solução de água e sabonete com gaze na área a ser tricotomizada;
- Estirar a pele com a mão protegida com gaze e proceder à tricotomia em movimentos amplos e suaves;
- Passar o aparelho de tricotomia no sentido do crescimento dos pêlos;
- Retirar excesso de pelos com papel higiênico;
- Encaminhar paciente ao banho de aspersão, ou realizar banho de leito ao final da tricotomia;
- Trocar o lençol do leito;
- Desprezar o material utilizado de forma adequada;
- Deixar a unidade em ordem e o paciente confortável no leito;
- Lavar as mãos;

- Realizar anotações de enfermagem pertinentes no prontuário do paciente.

Cuidados:

- A tricotomia deve ser realizada preferencialmente no centro cirúrgico, imediatamente no centro cirúrgico.
- Quando não for possível realizar a tricotomia no centro cirúrgico, a mesma deverá ser realizada em até 02 horas antes da cirurgia.
- Evitar escoriações / arranhaduras na pele durante a tricotomia.
- Em áreas de grande pilosidade, pode-se cortar com uma tesoura o excesso de pelo antes de iniciar a tricotomia.
- Após a tricotomia da área operatória, recomenda-se aplicação antisséptica.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar se lesões na realização da tricotomia.
- Comunicar enfermeira e médicos.

VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS (4, 10, 11)

Finalidade: Monitorar as condições de saúde do paciente e identificar alterações das funções corporais.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA / PULSO

Resultados esperados:

- Obter o valor correspondente da frequência cardíaca (FC).
- Detectar anormalidades da frequência cardíaca.
- Controlar o estado geral do paciente.
- Auxiliar no diagnóstico e tratamento.
- Instrumentalizar a equipe de saúde na intervenção específica.

Material:

- Bandeja;
- Relógio com marcador de segundos;
- Estetoscópio (se necessário);
- Algodão embebido em álcool;
- Caneta;
- Formulário para anotações.

Procedimento: Aferição da Frequência Cardíaca em Pulso Periférico

- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Acomodar o cliente de maneira confortável, escolhendo a artéria a ser palpada (braquial, radial, femoral ou pedioso, dorsal);
- Colocar a ponta do indicador e dedo médio sobre a artéria escolhida;

- Contar o número total de pulsações em 01 minuto, observar características do pulso;
- Recolher material, deixar paciente em posição confortável;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário a frequência cardíaca aferida.

Procedimento: Aferição da Frequência Cardíaca em Pulso Apical

- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Proceder à limpeza das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Colocar o diafragma do estetoscópio no ápice do coração, na altura do 5º espaço intercostal;
- Auscultar as bulhas cardíacas durante 1 minuto;
- Recolher material, deixar paciente em posição confortável;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário a frequência cardíaca aferida.

Cuidados:

- Em qualquer técnica utilizada, observar frequência, ritmo e qualidade do pulso e registrar no prontuário.
- Na dúvida sobre a frequência aferida, repetir o procedimento.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar intercorrências e valores de alterados de frequência cardíaca ao enfermeiro da unidade.

Valores de referências da frequência cardíaca e terminologias[10]:

Recém-nascido	100-160 bpm	**Normocardia:** Frequência normal.
Até 3 meses de idade	80-220 bpm	**Bradicardia:** frequência abaixo do normal.
3 meses a 2 anos	70-150 bpm	**Taquicardia:** frequência acima do normal.
2 a 12 anos	60-110 bpm	**Taquisfigmia:** pulso fino e taquicárdico.
Acima de 12 anos (adulto)	50-90 bpm	**Bradisfigmia:** pulso fino e bradicárdico

AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Resultados esperados:

- Avaliar a dinâmica respiratória do paciente.
- Detectar anormalidades da frequência respiratória (FR).
- Controlar o estado geral do paciente.
- Auxiliar no diagnóstico e no tratamento do paciente.
- Instrumentalizar a equipe de saúde na intervenção específica.

Material:

- Bandeja;
- Relógio com marcador de segundos;
- Caneta;
- Formulário para anotações;

Procedimento: Aferição da Frequência Respiratória

- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Posicionar o paciente de maneira confortável;
- Pedir ao paciente para não falar neste momento;
- Observar e contar a subida e a descida do tórax ou abdome, sem que o paciente perceba durante 1 minuto;
- Recolher material, deixar paciente em posição confortável;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário a frequência respiratória aferida;

Cuidados:

- Na dúvida sobre a frequência aferida, repetir o procedimento.
- No homem a respiração é abdominal e na mulher é torácica.

- Não aferir a frequência respiratória após esforço físico.
- O ideal é verificar a frequência respiratória imediatamente após a verificação do pulso, com os dedos ainda sobre a artéria ou com o estetoscópio no tórax, sem que o paciente perceba. Isso garante mais fidedignidade ao valor encontrado.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar intercorrências e valores de alterados de frequência respiratória ao enfermeiro da unidade.

Valores de referências da frequência respiratória e terminologias[10]:

Recém – nascido	35-50 irpm	**Bradipnéia:** Respiração lenta, abaixo do valor normal;
Lactente	30-40 irpm	**Taquipnéia:** Respiração rápida, acima dos valores de normalidade;
2 anos	24-32 irpm	**Dispneia:** É caracterizada pela respiração difícil e trabalhosa, com utilização de musculatura acessória.
4 a 8 anos	20-23 irpm	**Ortopniea:** é a capacidade de respirar somente em posição ereta.
10 a 16 anos	17-19 irpm	**Apneia:** Ausência de movimentos respiratórios.
Acima de 16 anos	12 - 20 irpm	

AFERIÇÃO DA OXIMETRIA DE PULSO

Resultados esperados:

- Registrar a saturação de oxigênio a nível periférico.
- Detectar possíveis quedas na saturação de oxigênio.

Material:

- Monitor ou oxímetro de pulso com sensor (permanente ou descartável);
- Algodão;
- Álcool;
- Removedor de esmalte de unha, se necessário.

Procedimento: *Aferição da Oximetria de Pulso*

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Determinar o local apropriado para colocação do sensor (extremidade dos dedos ou lóbulo auricular);
- Se extremidades dos dedos: Verificar se as unhas dos dedos estão sem esmalte e dedos limpos e secos, se necessário proceder a remoção de esmalte e limpeza dos dedos;
- Se lobo auricular: verificar se o lóbulo auricular está livre de acessórios (brincos e etc.);
- Posicionar o usuário confortavelmente, apoiando o braço, quando optar pelo dedo como local de monitoramento;
- Realizar a desinfecção do sensor com álcool a 70%;
- Conectar o cabo - paciente ao reptáculo do oxímetro e o cabo no monitor;
- Dispor o eletrodo no dedo do cliente com o sensor voltado para região digital;
- Ligar o oxímetro ou o monitor;
- Manter o sensor no local de leitura até atingir um valor constante (10 – 30 segundos);
- Observar a frequência da pulsação do oxímetro com a pulsação radial do cliente. Caso apresentem diferenças verificar posicionamento correto do sensor;
- Verificar os valores mensurados;
- Ajustar o alarme para limite inferior de saturação;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento e os valores de Saturação de Oxigênio no prontuário do paciente;
- Observar a saturação e comunicar alterações.

Cuidados:

- Prevenir lesões da região do sensor, trocando a cada 2 ou 4 horas de local.
- Garantir tranquilidade do cliente, ajustando volume de oxímetro.
- Evitar danificar o aparelho.
- Analisar alterações que julgar importante.
- Observar extremidades e mantê-las aquecidas.
- Atentar para cianose de extremidades e perfusão das mesmas.
- Não exercer pressão sobre o sensor, durante a leitura da saturação de oxigênio.
- Manter material de oxigenioterapia disponível.

➢ Quando não houver mais a necessidade do uso do oxímetro de pulso ou monitor, realizar a desinfecção do aparelho com álcool 70% antes de guardar o material.

Ação em caso de não conformidades:

➢ Comunicar queda da saturação ao enfermeiro da unidade e/ou médico plantonista.

AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Resultados esperados:

➢ Obter o valor correspondente da Pressão Arterial (PA).
➢ Detectar anormalidades da pressão arterial.
➢ Controlar o estado geral do paciente.
➢ Auxiliar no diagnóstico e tratamento.
➢ Instrumentalizar a equipe de saúde na intervenção específica.

Material:

➢ Bandeja;
➢ Esfigmomanômetro;
➢ Estetoscópio;
➢ Caneta;
➢ Formulário para anotações;

Procedimento: *Aferição da Pressão Arterial*

➢ Reunir material;
➢ Lavar as mãos;
➢ Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
➢ Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
➢ Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos e não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida;
➢ Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável;

- Posicionar o paciente sentado, com o braço repousado sobre uma superfície firme com a palma da mão voltada para cima;
- Localizar a artéria braquial e radial por palpação;
- Colocar o manguito de tamanho adequado ano braço do paciente, firmemente, cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa antecubial, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;
- Manter o braço do paciente na altura do coração;
- Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneroide;
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento no nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente;
- Colocar o estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura voltada para frente;
- Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubial, evitando compressão excessiva;
- Solicitar ao paciente que não fale durante o procedimento de medição;
- Inflar rapidamente, de 10 mmHg em 10 mmHg, até o nível estimado da pressão arterial;
- Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2 mmHg a 4 mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto para o paciente;
- Procede-se neste momento, à ausculta dos sons sobre a artéria braquial, evitando-se compressão excessiva do estetoscópio sobre a área onde está aplicado;
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), que se intensifica com aumento da velocidade de deflação;
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento completo dos sons (fase 5 de Korotkoff), exceto em condições especiais;
- Auscultar cerca de 20 mmHg a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
- Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase 4 de Korotkoff);
- Recolher material, deixar paciente em posição confortável;
- Lavar as mãos;
- Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Na impossibilidade de sentar o paciente, acomoda-lo em decúbito dorsal e posicionar os braços ao longo do corpo com a palma da mão voltada para cima.

➢ Testar o esfigmomanômetro antes da aferição da PA no paciente, para afastar erros ocasionados por defeito no aparelho.

➢ A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço e seu comprimento, envolver pelo menos 80% do braço. Assim, a largura do manguito a ser utilizado estará na dependência da circunferência do braço do paciente.

➢ Não é recomendado a aferição de PA no braço em que foi realizado cateterismo; fístula arteriovenosa e em que esteja instalado venoclíse.

➢ Na dúvida sobre a frequência aferida, repetir o procedimento.

Ação em caso de não conformidades:

➢ Comunicar intercorrências e valores de alterados de pressão arterial ao enfermeiro da unidade.

Valores de referências da Pressão Arterial e terminologias:

0 – 3 meses	75/50 mmHg	**Hipertensão:** PA acima da média de referência.
3 – 9 meses	85/65 mmHg	**Hipotensão:** PA abaixo da média de referência.
1 – 3 anos	90/65 mmHg	**Convergente:** O valor da pressão sistólica e diastólica se aproximam.
9 – 11 anos	100/60 mmHg	**Divergente:** O valor da pressão sistólica e a diastólica se afastam.
11 – 13 anos	105/65 mmHg	
13 – 14 anos	110/70 mmHg	
15 anos ou mais	120/80 mmHg	

AFERIÇÃO DA TEMPERATURA

Resultados esperados:

➢ Obter o valor correspondente da Temperatura (TºC).
➢ Detectar anormalidades da Temperatura.
➢ Controlar o estado geral do paciente.
➢ Auxiliar no diagnóstico e tratamento.
➢ Instrumentalizar a equipe de saúde na intervenção específica.

Material:

- Bandeja;
- Termômetro;
- Algodão seco e úmido (álcool 70%);
- Luva de procedimento;
- Caneta;
- Formulário para anotações;
- No caso de aferição da temperatura retal adicionar os seguintes materiais (biombo; 1 lençol; máscara cirúrgica e xilocaína gel para luabrificação do termômetro).

Procedimento: *Aferição da Temperatura Oral*

- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Fazer a desinfecção do termômetro com algodão embebido em solução antisséptica;
- Ligar e zerar o termômetro;
- Colocar o termômetro sob a língua, ao lado do freio (sublingual) ou deslizá-lo lentamente ao longo da linha da gengiva, em direção à porção posterior da boca;
- Solicitar, quando possível, que o paciente permaneça com o termômetro no local com os lábios fechados, para o fechamento completo das arcadas dentárias;
- Deixar o termômetro na cavidade oral por 7 – 10 minutos;
- Retirar o termômetro da cavidade oral do paciente, segurando pelo pedúnculo e, não pelo bulbo;
- Proceder à leitura da temperatura;
- Zerar o termômetro e desligá-lo;
- Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
- Recolher material, deixar paciente em posição confortável;
- Lavar as mãos;
- Registrar o valor da temperatura oral no prontuário do paciente, especificando o local de aferição.

Procedimento: *Aferição da Temperatura Axilar*

- Reunir material;

- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Fazer a desinfecção do termômetro com algodão embebido em solução antisséptica;
- Ligar e zerar o termômetro;
- Observar se a axila do paciente está seca e caso necessário, secá-la antes de aferir a temperatura axilar;
- Posicionar o termômetro com o bulbo no sentido do paciente (meio da região axilar);
- Dobrar o cotovelo do paciente, colocando o antebraço sobre o tórax ou deixar o braço paralelo ao corpo e segurar o ombro;
- Deixar o termômetro por 5 minutos na região axilar do paciente;
- Retirar o termômetro da região axilar do paciente, segurando pelo pedúnculo e, não pelo bulbo;
- Proceder à leitura da temperatura;
- Zerar o termômetro e desligá-lo;
- Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
- Recolher material, deixar paciente em posição confortável;
- Lavar as mãos;
- Registrar o valor da temperatura axilar no prontuário do paciente, especificando o local de aferição.

Procedimento: *Aferição da Temperatura Retal*

- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Fazer a desinfecção do termômetro com algodão embebido em solução antisséptica;
- Calçar luvas;
- Promover a privacidade do paciente instalando biombos ao redor do leito, se necessário;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal lateral e protegê-lo com lençol;
- Ligar e zerar o termômetro;
- Lubrificar a ponta do termômetro com xilocaína gel;
- Fletir uma das pernas e separar as nádegas, de modo a visualizar o esfíncter anal;
- Introduzir o termômetro lentamente, a aproximadamente 4 cm;
- Retirar o termômetro após 2 minutos, segurando-o pelo pedúnculo;

- Proceder à leitura da temperatura;
- Zerar o termômetro e desligá-lo;
- Recolher material;
- Proceder a limpeza adequada do termômetro;
- Retirar as luvas;
- Deixar paciente em posição confortável;
- Lavar as mãos;
- Registrar o valor da temperatura axilar no prontuário do paciente, especificando o local de aferição.

Cuidados:

- Não realizar aferição de temperatura oral em crianças menores de 05 anos, a fim de evitar acidentes.
- Aguardar 15 minutos após a ingestão de alimentos para realizar a aferição da temperatura oral.
- Na dúvida sobre a temperatura aferida, repetir o procedimento.
- **Cuidados com o termômetro após aferição da temperatura retal:** Lavar o termômetro com água e sabão e imergi-lo em solução de hipoclorito de sódio a 1% durante 30 minutos e enxaguar em água corrente e seca-lo com algodão embebido em álcool a 70%.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar intercorrências e valores de alterados de temperatura ao enfermeiro da unidade.

Valores de referências da Temperatura e terminologias[10]:

Axilar	35,5 – 37,0 °C	**Hipertermia:** elevação da temperatura acima dos níveis normais (na maioria das vezes, influenciada por alterações externas – temperatura ambiente, atividade física, alterações emocionais, excesso de agasalho, entre outras).
Bucal	36,0 – 37,4 °C	**Hipotermia:** diminuição da temperatura abaixo dos níveis normais.
Retal	36,0 – 37,5°C	**Febre:** elevação da temperatura acima dos níveis normais (na maioria das vezes, influenciada por infecções; excesso de proteínas ou toxinas bacterianas), vem acompanhada de calafrios, tremores, sensação de extremo cansaço e exaustão por aumento do consumo energético e de oxigênio.

CONTROLES (4, 10, 11)

CONTROLE DE DIURESE

Finalidade: Quantificar diurese de maneira adequada e padronizada com a finalidade diagnóstica ou terapêutica (evolução clínica).

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Verificar e registrar volume, aspecto e odor da diurese.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Cálice / frasco graduado;
- Máscara cirúrgica;
- Comadre / papagaio (urinol).

Procedimento:

- Conferir a solicitação da realização do procedimento na prescrição médica ou de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e leva-lo para próximo do paciente;
- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;

ℑ **Paciente em diurese espontânea e consciente:**

- Orientar ao paciente para guardar na comadre / papagaio, toda a urina correspondente a cada período de observação;
- Coloque a diurese presente na comadre **/** papagaio em no frasco ou cálice graduado;
- Coloque o cálice / frasco graduado em superfície plana e meça o volume;

ℑ **Paciente com Sonda Vesical de Demora / Inconscientes:**

- Abra o clamp do tubo de drenagem e deixe drenar a urina no cálice / frasco graduado;
- Segure o tubo, até a drenagem total da urina, sem tocar o tubo no cálice / frasco graduado;
- Se a bolsa coletora da Sonda Vesical de Demora for graduada: no final de cada período de observação, verifique o volume, aspecto e odor da diurese, despreze toda a diurese da bolsa coletora;

- Caso a urina não seja para colheita de amostra, despreze no vaso sanitário da unidade do paciente;
- Recolha o material utilizado e encaminhe ao banheiro ou expurgo;
- Lave o cálice ou frasco graduado com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool 70%, (se descartável, desprezar o frasco em lixo apropriado, após dispensa do procedimento na prescrição do médico / enfermeiro);
- Retirar as luvas de procedimento e a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Proceder a anotações de enfermagem no prontuário do paciente: volume, aspecto e odor.

Cuidados:

- O controle de diurese deve ser iniciado pela manhã, após o esvaziamento prévio da bexiga pela manhã.
- Em pacientes conscientes, a equipe de enfermagem deve orientar os mesmos / familiares a utilizar comadre ou papagaio e solicitar a presença do profissional de enfermagem para medir o volume da urina.
- Quando o paciente estiver fazendo coleta de urina de 24 horas, deve-se anotar o volume e colocar no galão de água mineral vazio.
- Antes de desprezar a urina, verificar se não é preciso colher amostra ou encaminhar o volume total ao laboratório para exames.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de perda de urina deve-se comunicar ao médico / enfermeiro e reiniciar o processo.

- Comunicar ao enfermeiro / médico qualquer intercorrência, digna de nota.

CONTROLE DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

Finalidade: Quantificar as eliminações intestinais de maneira adequada e padronizada com a finalidade diagnóstica ou terapêutica (evolução clínica).

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado: Controle rigoroso das eliminações intestinais do paciente.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Comadre;
- Máscara cirúrgica;
- Bacia com água morna e compressa (para higienização do paciente).

Procedimento:

- Conferir a solicitação da realização do procedimento na prescrição médica ou de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e leva-lo para próximo do paciente;
- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Isolar o leito com biombos;
- Colocar a comadre na posição adequada para colheita das eliminações intestinais;
- Manter o paciente me posição confortável e que facilite a evacuação;
- Após a evacuação, realizar higiene do paciente;
- Oferecer bacia com água e sabão para lavagem das mãos;

- Caso não seja necessária a colheita de amostra das fezes para exames, despreze no vaso sanitário da unidade do paciente;
- Recolha o material utilizado e encaminhe ao banheiro ou expurgo;
- Retirar as luvas de procedimento e a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Proceder a anotações de enfermagem no prontuário do paciente: volume, aspecto e odor.

Cuidados:

- Respeitar a privacidade do paciente, expondo-o o mínimo possível.
- Em caso de uso de medicamentos / alimentação que aumentam a frequência ou altera a consistência das eliminações intestinais, fazer menção nas anotações de enfermagem.
- **Observar e anotar:** Frequência das evacuações, consistência (normal, endurecidas, pastosa, semipastosa, semilíquidas e liquidas) e odor.
- Ao paciente ambulante, orientar a não acionar a descarga até a conferência dos itens de controle.
- Orientar ao paciente quanto à higienização das mãos.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar ao enfermeiro / médico qualquer intercorrência, digna de nota.

CONTROLE HIDROELETROLÍTICO

Finalidade: Controlar todo o volume líquido recebido pelo paciente por via oral e parenteral e líquido eliminado através das vias urinárias, trato gastrintestinal, drenos, sondas, fistulas e etc., durante 24 horas.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado: Controle rigoroso da entrada e saída de líquidos do organismo.

Material:

- Cálice ou frasco graduado;
- Frasco coletor de urina;

- Comadre / papagaio;
- Luvas de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Copo graduado.

Procedimento:

- Conferir a solicitação da realização do procedimento na prescrição médica ou de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e leva-lo para próximo do paciente;
- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Oferecer ao paciente um copo graduado para mensuração dos líquidos ingeridos e um frasco coletor para os líquidos eliminados;
- Orientar o cliente e acompanhante quanto à necessidade de não desprezar a urina;
- Colocar os equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento e máscara cirúrgica);
- Transferir o débito urinário para o cálice graduado;
- Elevar o cálice até a altura dos olhos e verificar a quantidade em ml de urina;
- Desprezar a urina no vaso sanitário e dar a descarga;
- Lavar, os utensílios utilizados e guardá-los;
- Retirar as luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente;
- Somar o líquido que foi infundido e ingerido e subtrair do volume total de diurese e de outras perdas;
- Transferir os líquidos programados para o próximo impresso de controle hídrico;
- Registrar episódios de vômitos (quando estiver com sonda em sifonagem anotar o volume), diarreia e etc.

Cuidados:

- Pacientes colaborativos ou com acompanhantes devem ser orientados e estimulados quanto a sua participação neste processo.
- Pode-se oferecer papel, caneta, copo graduado e frasco coletor de urina, para que ele registre os horários e os líquidos ingeridos e eliminados, sob monitorização da enfermagem.
- A graduação do copo descartável pode ser realizada com fita crepe, identificando as medidas.
- No impresso do controle hídrico todo líquido deve ser registrados de acordo com o horário administrado ou eliminado.
- Hemoderivados e albumina devem ser registrados no impresso de controle hídrico, mas não serão somados aos líquidos infundidos.
- Os fluídos que não puderem ser medidos (vômitos, diarreia e outros) devem ser avaliados e registrados através de símbolos padronizados na unidade (Exemplo:+ pequena, ++ moderada, +++grande).
- O fechamento do controle hídrico pode ser parcial ao final de cada plantão de 12 horas ou de 6 horas, conforme rotina da unidade e gravidade dos pacientes. O calculo dos controles parciais fornece o balanço nas 24 horas.
- **Se o volume de ganhos líquidos for maior que os das perdas o balanço é considerado positivo e identificado com o sinal (+) precedendo o valor numérico obtido, caso contrário o balanço é negativo sendo identificado com o sinal (-)**.
- Após o fechamento do balanço, deve-se transferir os líquidos programados para o próximo impresso, registrando na coluna dos líquidos planejados.
- Em casos de pacientes em tratamento dialítico, a ultra filtragem deverá ser mensurada como perda no cálculo final.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de perda de mensuração de uma ou mais eliminações comunicar o enfermeiro e/ou médico e continue o processo.
- Enfermeiro: Em caso de incontinência urinária, passar sonda vesical ou colocar dispositivo de incontinência urinária masculina de acordo com avaliação e discussão com o médico assistente.
- Em caso de total impossibilidade de medir, por exemplo: transpiração excessiva ou diarreia profusa, pesar as roupas e anotar.
- Pacientes em uso de fralda (adulto ou criança) pesar a fralda antes e após utilização.

MENSURAÇÃO DE ALTURA

Finalidade: Realizar o controle de altura com finalidade diagnóstica e terapêutica.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Mensurar os valores exatos da altura do paciente.

Material:

- Balança antropométrica ou Estadiômetro ou Fita métrica;
- Caneta;
- Bloco de anotação ou prontuário do paciente.

Procedimento:

- Confirmar a indicação médica / enfermagem do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Avaliar as condições clínicas quanto à locomoção do paciente, caso utilize balança antropométrica ou estadiômetro;
- Reunir o material necessário e levar ao quarto – próximo ao paciente (caso ele não possa se locomover);
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Orientar o paciente para retirar os sapatos ou chinelos;
- Posicionar o paciente descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento, mate-lo em pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
- Manter a cabeça do paciente posicionada no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meato auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal);
- Orientar o paciente encostar os calcanhares, as panturrilhas, os glúteos, as escápulas e parte posterior da cabeça (região do occiptal) no estadiômetro ou parede. Quando não for possível encostar esses cinco pontos, devem-se posicionar no mínimo três deles;
- Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
- Retirar o paciente, quando tiver certeza de que o mesmo não se moveu;
- Realizar as anotações no impresso próprio;
- Realizar a leitura da estatura em centímetros, sem soltar a parte móvel do equipamento;
- Fazer desinfecção do aparelho ou da fita após o uso com solução alcoólica a 70%;
- Lavar as mãos;

- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Repetir o procedimento conforme prescrição médica e de enfermagem.
- Testar, tarar e travar a balança;
- Forrar o piso da balança com papel toalha;
- Auxiliar / Pedir ao paciente para retirar os sapatos e o excesso de roupas;
- Auxiliar o paciente a subir na balança com os pés descalços;
- Caso a balança seja digital: Fazer a leitura do peso do paciente no visor;
- Caso a balança seja manual: Destravar a balança e deslocar o massor do quilograma até o valor do peso estimado do paciente; deslocar o massor de grama, até que a régua graduada fique em posição horizontal;
- Travar a balança e registrar o peso;
- Auxiliar o paciente a descer da balança, por os calçado e a vestir-se, se necessário;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário do paciente o valor encontrado.

Cuidados:

- Se a aferição da altura for realizada na balança, posicionar o cliente no centro do pedestal da balança, de modo ereto e imóvel, e colocar-se de modo que possa movimentar os pesos da balança.
- Para mensuração da estatura será utilizado o estadiômetro portátil ou balança antropométrica para pacientes que possam permanecer em pé e para acamados e crianças que não ficam em pé a fita métrica.

Ação em caso de não conformidades:

- Na impossibilidade do paciente em permanecer em pé, utilizar fita métrica e comunicar o enfermeiro.
- Comunicar ao médico / enfermeiro qualquer intercorrência digna de nota.

MENSURAÇÃO DE PESO

Finalidade: Realizar o controle de peso com finalidade diagnóstica e terapêutica.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de enfermagem.

Resultado esperado: Mensurar os valores exatos da altura do paciente.

Material:

- Adulto e crianças maiores de 2 anos: Balança antropométrica e papel toalha.
- Recém-nascido (RN) ou crianças menores de 2 anos: Balança para bebê; Álcool 70%; Papel-toalha; Fralda quando (RN).

Procedimento: Paciente adulto

- Confirmar a indicação médica / enfermagem do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Encaminhar o cliente até a balança;
- Testar, tarar e travar a balança;
- Forrar o piso da balança com papel toalha;
- Auxiliar / Pedir ao paciente para retirar os sapatos e o excesso de roupas;
- Auxiliar o paciente a subir na balança com os pés descalços;
- Caso a balança seja digital: Fazer a leitura do peso do paciente no visor;
- Caso a balança seja manual: Destravar a balança e deslocar o massor do quilograma até o valor do peso estimado do paciente; deslocar o massor de grama, até que a régua graduada fique em posição horizontal;
- Travar a balança e registrar o peso;
- Auxiliar o paciente a descer da balança, por os calçado e a vestir-se, se necessário;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário do paciente o valor encontrado.

Procedimento: Crianças menores de 2 anos / Recém-nascidos

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Encaminhar o cliente até a balança;

- As crianças com peso abaixo de 16 kg devem ser pesada em balança com graduação mínima de 10 gramas, deitada ou sentada;
- O prato da balança deve ser previamente higienizado com álcool 70% e forrado com papel toalha;
- Colocar a criança no prato da balança;
- Proceder à leitura do peso no visor;
- Retirar a criança do prato;
- Lavar as mãos;
- Encaminhar a criança à unidade de origem;
- Registrar no prontuário do paciente o valor encontrado.

Cuidados:

- Posicionar o cliente no centro do pedestal da balança, de modo ereto e imóvel, e colocar-se de modo que possa movimentar os pesos da balança.
- Os recém-nascidos devem ser levados até a balança e em seguida retirados toda roupa, inclusive a fralda.
- Em situações em que não haja balança infantil disponível, é possível pesar a criança no colo de um adulto: primeiro verifica-se o peso do adulto e, após com a criança no colo. A diferença dos valores obtidos fornece o peso da criança.

Ação em caso de não conformidade:

- Comunicar ao médico / enfermeiro qualquer intercorrência digna de nota.

CUIDADOS HIGIÊNICOS COM O PACIENTE (4, 10, 11)

BANHO DE ASPERSÃO EM CADEIRA COM SUPERVISÃO

Finalidade: Promover higiene e conforto ao paciente.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Proporcionar higiene e conforto ao cliente.
- Evitar quedas do cliente durante o procedimento.
- Manter a integridade cutânea.

Material:

- Cadeira higiênica;
- Sabonete líquido;
- Shampoo / condicionador;
- Compressas não estéreis;
- Hamper;
- Toalha;
- Pijama ou camisola;
- Pente ou escova;
- Máscara cirúrgica;
- Par de luvas de procedimento;
- Avental não estéril;
- Fralda descartável S/N;
- Roupa de cama.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) do procedimento;
- Lavar as mãos;

- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Colocar avental descartável de manga longa;
- Calçar luvas de procedimento
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Colocar o paciente em cadeira higiênica e acompanhá-lo até o chuveiro;
- Verificar a temperatura da água (teste na região medial do antebraço);
- Retirar as roupas do paciente;
- Ensaboar o couro cabeludo, o rosto, corpo e por último a região íntima;
- Avaliar integridade da pelo do paciente;
- Enxaguar o corpo com auxílio de ducha ou chuveirinho;
- Auxiliar o paciente a enxugar-se com uma toalha;
- Auxiliar o paciente a vestir-se e pentear-se;
- Trocar a roupa de cama;
- Encaminhar o paciente ao leito e acomodá-lo, deixando-o confortável;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento; avental de manga longa e máscara cirúrgica;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar anotações de enfermagem.

Cuidados:

- Verificar a temperatura da água do chuveiro antes de iniciar o banho.
- Verificar a integridade da pelo do paciente.
- Não deixar o paciente sozinho durante o banho para evitar quedas.
- No caso de pacientes em isolamento, observar a necessidade de utilização de máscara N – 95 em substituição da máscara cirúrgica.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de perda acidental de drenos e cateteres durante a manipulação, comunicar imediatamente ao enfermeiro.

- Em caso de hipotermia finalizar o banho, aquecer o paciente imediatamente e avaliar continuamente a temperatura corpórea até normalização do evento.
- Em caso de lesão de pele e/ou queda, comunique ao enfermeiro / médico e faça notificação de eventos adversos na ficha do Núcleo de Segurança do Paciente.

BANHO NO LEITO (PACIENTE ACAMADO)

Finalidade: Promover higiene e conforto ao paciente.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Proporcionar higiene e conforto ao cliente acamado.
- Estimular a circulação.
- Manter a integridade cutânea.

Material:

- Bacia / jarra com água morna;
- Sabonete líquido;
- Shampoo / condicionador;
- Compressas não estéreis;
- Hamper;
- Toalha / lençol;
- Rouparia hospitalar;
- Pente / escova (pessoal do paciente);
- 01 par de luvas de procedimento;
- Avental não estéril;
- Máscara cirúrgica;
- Fralda descartável;
- Roupa de cama.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Fechar janelas e portas;
- Instalar o biombo, se necessário;
- Aproximar o hamper;
- Colocar avental de manga longa;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, abaixar as grades e desprender os lençóis da cama e retirar os travesseiros;
- Retirar as roupas do paciente e proteger a região do tronco com lençol ou toalha;
- Lavar; enxaguar e secar o rosto, pescoço e orelhas;
- Lavar; enxaguar e secar o braço e a mão, repetir o procedimento no outro membro;
- Lavar; enxaguar e secar o tórax e o abdômen com movimentos circulares;
- Cobrir a região do tórax com lençol limpo, abaixando o lençol em uso até a genital;
- Lavar; enxaguar e secar a perna, do tornozelo até a raiz da coxa, repetir o procedimento no outro membro;
- Colocar um dos pés do paciente na bacia;
- Lavar; enxaguar e secar o pé, principalmente nos interdígitos, repetir o procedimento no outro pé;
- Lateralizar o paciente;
- Lavar; enxaguar e secar, massageando as costas, nádegas e coxas do paciente;
- Encaixar a comadre e virar o paciente em decúbito dorsal (em cima da comadre) e fazer asseio perianal;
- Retirar a comadre e deixá-la ao lado do leito;
- Colocar o paciente em decúbito lateral, empurrar a roupa úmida para o meio do leito enxugando o colchão e fazer a desinfecção do colchão com solução alcoólica a 70%;
- Trocar as luvas de procedimento e proceder a arrumação do leito com o paciente em decúbito lateral;
- Solicitar a outro profissional com luvas, para colocar a roupa suja no hamper e, após trocar as luvas posiciona o paciente no leito;
- Utilizar travesseiros ou coxin para deixar o paciente mais confortável;
- Vestir o cliente ou auxiliá-lo**;**
- Desprezar o material utilizado em local próprio;

- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar avental descartável de manga longa e a máscara;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Manter o ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- No caso de pacientes em isolamento, observar a necessidade de utilização de máscara N – 95 em substituição da máscara cirúrgica.
- Verificar a temperatura da água para não provocar acidentes em pacientes.
- No caso de pacientes em isolamento, observar a necessidade de utilização de máscara N – 95 em substituição da máscara cirúrgica.
- Massagear saliências ósseas, no sentido do retorno venoso, para prevenção de úlceras de decúbito.
- Secar as áreas onde existam dobras: sob os seios, região da virilha, entre os dedos e nádegas.
- Manter o cliente sempre coberto.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de perda acidental de drenos e cateteres durante a manipulação, comunicar imediatamente ao enfermeiro.
- Em caso de hipotermia finalizar o banho, aquecer o paciente imediatamente e avaliar continuamente a temperatura corpórea até normalização do evento.
- Em caso de lesão de pele e/ou queda, comunique ao enfermeiro / médico e faça notificação de eventos adversos na ficha do Núcleo de Segurança do Paciente.

BANHO PRÉ-OPERATÓRIO

Finalidade: Promover higiene corporal do paciente, a fim de reduzir a flora bacteriana transitória antes do ato cirúrgico.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Proporcionar higiene e conforto ao cliente.

- Evitar a contaminação do ato cirúrgico.
- Prepara o paciente para o procedimento cirúrgico.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Clorexidina degermante (2%);
- Toalha ou compressa estéril;
- Camisola cirúrgica;
- Toca cirúrgica;
- Propés;
- Avental não estéril;
- Máscara cirúrgica;
- Pente ou escova;
- Hamper;
- Rouparia hospitalar (roupa de cama);
- Fralda descartável, se necessário.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Colocar avental descartável / pano reprocessado de manga longa;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar a temperatura da água (teste na região medial do antebraço);
- Verificar se o paciente não é alérgico ao produto que será utilizado (cloredina 2%) realizando teste com solução na região do antebraço e observar reações adversas por 30 minutos antes do banho;
- Enquanto aguarda o teste de sensibilidade à clorexidina, realizar o cuidado com as unhas que deverão estar higienizadas, aparadas e sem esmalte;
- Encaminhar paciente para banho de aspersão no banheiro;

- Orientar o paciente para que inicie o banho lavando o rosto, cabelos e depois o corpo, esfregando o corpo vigorosamente com o produto ofertado (clorexidina 2%);
- Orientar paciente a retirar a espuma com água corrente (ducha ou chuveirinho);
- Oferecer toalha limpa, seca e estéril (pode utilizar compressas estéreis para secar);
- Orientar paciente a se enxugar no sentido céfalopodálico;
- Oferecer camisola, gorro e propés;
- Solicitar ao paciente ou realizar higiene oral;
- Orientar o paciente a não utilizar hidratantes, óleos ou perfumes;
- Trocar a roupa de cama;
- Deixar o paciente confortável no leito e orientá-lo a permanecer na cama até ser chamado para o centro cirúrgico;
- Desprezar adequadamente o material utilizado;
- Organizar unidade;
- Retirar as luvas de procedimento; avental e máscara cirúrgica;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- No caso de pacientes em isolamento, observar a necessidade de utilização de máscara N – 95 em substituição da máscara cirúrgica.
- Verificar a temperatura da água para não provocar acidentes em pacientes.
- Secar as áreas onde existam dobras: sob os seios, região da virilha, entre os dedos e nádegas.
- Pedir ao paciente para não sair do leito após o banho.

Ação em caso de não conformidade:

- No caso de pacientes acamados, proceder banho no leito (conforme protocolo), com o uso de clorexidina degermante e proceder a secagem do paciente com compressa / toalha estéril.
- Em caso de perda acidental de drenos e cateteres durante o banho, comunicar imediatamente ao enfermeiro.
- Em caso de hipotermia finalizar o banho, aquecer o paciente imediatamente e avaliar continuamente a temperatura corpórea até normalização do evento.
- Em caso de lesão de pele e/ou queda, comunique ao enfermeiro / médico e faça notificação de eventos adversos na ficha do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de efeitos adversos por hipersensibilidade à clorexidina, comunique o enfermeiro e faça notificação de eventos adversos na ficha do Núcleo de Segurança do Paciente.

- Comunicar enfermeiro qualquer intercorrência dignas de nota.

HIGIENE DO COURO CABELUDO E CABELOS DE PACIENTES ACAMADOS

Finalidade: Promover higiene e conforto ao paciente.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Proporcionar higiene e conforto ao cliente.

Material:

- Carrinho ou superfície ou mesa auxiliar;
- Jarras com água morna;
- Bacia;
- Shampoo e creme para cabelo;
- Forro / lençol;
- Compressas não estéreis;
- Hamper;
- Luvas de procedimento;
- Avental não estéril;
- Máscara cirúrgica;
- Toalha;
- Bolas de algodão;
- Pente.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;

- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Manter a privacidade do paciente com biombo;
- Colocar avental descartável / reprocessado de manga longa;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar paciente em posição dorsal confortável;
- Proteger os ouvidos do paciente com bolas de algodão, visando evitar a entrada de água;
- Verificar a temperatura da água (teste na região medial do antebraço);
- Colocar forro na cama, no local onde irá realizar o procedimento;
- Colocar coxim sob os ombros;
- Posicionar a bacia sob a cabeça;
- Ensaboar o couro cabeludo, realizando movimentos de fricção para estimular a circulação;
- Enxaguar com água morna até a remoção dos resíduos de shampoo e enxugar delicadamente o couro cabeludo;
- Retirar a bacia e o forro;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Organizar a unidade;
- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Retirar avental de manga longa;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- No caso de pacientes em isolamento, observar a necessidade de utilização de máscara N – 95 em substituição da máscara cirúrgica.
- Verificar a temperatura da água para não provocar acidentes com os pacientes.

Ação em caso de não conformidades:

- Em casos de alteração no couro cabeludo como: lesões, presença de parasitas, hiperemias, úlceras por pressão, comunique o enfermeiro.

HIGIENE INTIMA FEMININA

Finalidade: Promover higiene e conforto ao paciente.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Manter genitália limpa livre de secreções.
- Promover integridade da pele.
- Evitar infecções.
- Promover conforto ao paciente.

Material:

- Bacia / jarra com água morna;
- Compressas não estéreis;
- Máscara descartável;
- Comadre;
- Hamper;
- Toalha / lençol (para secar o paciente);
- Rouparia hospitalar (para o paciente, se necessário);
- Papel toalha;
- Luvas de procedimento;
- Biombo;
- Hamper;
- Sabonete Líquido;
- Mesa auxiliar;
- Avental de manga longa, não estéril;
- Fralda descartável (se necessário);
- Roupa de cama.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição de enfermagem) do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Instalar o biombo, se necessário;
- Colocar avental de manga longa;
- Colocar a máscara descartável;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar as roupas e a fralda;
- Posicionar o paciente em posição ginecológica, cobrindo-o com lençol, expondo-o o mínimo possível;
- Colocar o forro e a comadre sob o paciente;
- Remover, com papel higiênico ou compressa úmida, material fecal;
- Separar os grandes lábios com a mão não - dominante, expondo o meato uretral e o orifício da vagina;
- Despejar pequena quantidade de água sobre a vulva;
- Com a compressa não estéril, ensaboar a região pubiana, vulva e períneo, de cima para baixo e enxaguar.
- Realizar higiene sentido perigenital para anal;
- Secar com a toalha;
- Retirar a comadre e o forro;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar avental descartável de manga longa;
- Manter o ambiente em ordem;
- Retirar o avental, as luvas de procedimento e a máscara;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- No caso de pacientes em isolamento, observar a necessidade de utilização de máscara N – 95 em substituição da máscara cirúrgica.
- Observar presença de hiperemia / drenagem de secreções e outros fluídos corpóreos.
- Não realizar higiene no sentido anal para perigenital.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de sinais de infecção ou lesões na região genital, comunicar o enfermeiro e / ou médico plantonista.

HIGIENE INTIMA MASCULINA

Finalidade: Promover higiene e conforto ao paciente.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Manter genitália limpa livre de secreções.
- Promover integridade da pele.
- Evitar infecções.
- Promover conforto ao paciente.

Material:

- Bacia / jarra com água morna;
- Compressas não estéreis;
- Máscara descartável;
- Comadre;
- Hamper;
- Toalha / lençol (para secar o paciente);
- Rouparia hospitalar (para o paciente, se necessário);
- Papel toalha;
- Luvas de procedimento;
- Biombo;
- Hamper;
- Sabonete Líquido;
- Mesa auxiliar;
- Avental de manga longa, não estéril;
- Fralda descartável (se necessário);

- Roupa de cama.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Instalar o biombo, se necessário;
- Colocar avental de manga longa;
- Colocar a máscara descartável;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar as roupas e a fralda;
- Posicionar o paciente em posição ginecológica, cobrindo-o com lençol, expondo-o o mínimo possível;
- Colocar o forro e a comadre sob o paciente;
- Remover, com papel higiênico ou compressa úmida, material fecal;
- Erguer o pênis do paciente e derramar uma pequena quantidade de água em região genital;
- Retirar o prepúcio;
- Ensaboar, com compressa não estéril úmida, a glande e o meato uretral, utilizando movimentos circulares, de dentro para fora, enxaguar;
- Ensaboar, com a compressa, o corpo do pênis de cima para baixo;
- Ensaboar, a bolsa escrotal e por último a região perianal, enxaguar;
- Secar com a toalha;
- Retornar o prepúcio à posição inicial;
- Retirar a comadre e o forro;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar avental descartável de manga longa;
- Manter o ambiente em ordem;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Retirar a máscara;
- Higienizar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- No caso de pacientes em isolamento, observar a necessidade de utilização de máscara N – 95 em substituição da máscara cirúrgica.
- Observar presença de hiperemia / drenagem de secreções e outros fluídos corpóreos.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de sinais de infecção ou lesões na região genital, comunicar o enfermeiro e / ou médico plantonista.

HIGIENE OCULAR

Finalidade: Promover higiene e conforto ao paciente.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Evitar acúmulo de secreções.
- Prevenir infecções.
- Higiene e conforto do paciente.

Material:

- Água estéril / soro fisiológico;
- Gazes não estéreis;
- Máscara cirúrgica;
- Luvas de procedimento.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) do procedimento;
- Lavar as mãos;

- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Umedecer gazes não estéreis com a mão em água ou soro fisiológico 0,9%;
- Separar as pálpebras com os dedos polegar e indicador da mão esquerda;
- Remover delicadamente a secreção ocular, partindo da parte interna para externa do olho;
- Repetir o procedimento até remover completamente a secreção;
- Recolher os resíduos e desprezá-los em local adequado;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar a máscara;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Cuidados:

- No caso de pacientes em isolamento, observar a necessidade de utilização de máscara N – 95 em substituição da máscara cirúrgica.
- Retirar todo o acúmulo de secreção.
- Utilizar água em temperatura ambiente.
- Observar a presença de lesões nos olhos do paciente.

Ação em caso de não conformidades:

- Em casos de alterações no globo ocular como: hiperemia, secreção ou prurido, comunique o médico/ enfermeiro.

HIGIENE ORAL COM ESCOVA E CREME DENTAL COM AUXÍLIO

Finalidade: Promover higiene e conforto ao paciente.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Manter cavidade oral limpa, livre de resíduos alimentares e halitoses.
- Promover conforto ao paciente.
- Motivar a formação de hábitos de higiene bucal e remoção de alimentos.
- Prevenir halitose, cáries dentárias e infecções.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Cuba rim;
- Escova de dente com cerdas moles;
- Abaixador de língua;
- Copo descartável;
- Máscara cirúrgica;
- Toalha de papel / rosto;
- Antisséptico bucal;
- Creme dental;
- Bandeja;
- Água destilada ou filtrada;
- Ácidos graxos essenciais (Dersani).

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;

- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Posicionar o paciente m posição de Fowler ou semi Fowler (30º a 45º), observar contraindicação e nesse caso, não sentar o paciente.
- Colocar máscara cirúrgica;
- Colocar óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Orientar o paciente a não morder;
- Colocar a toalha no tórax do paciente;
- Inspecionar a cavidade oral quanto à presença de órteses/próteses, procedendo suas remoções antes de iniciar a higienização bucal e quanto à presença de lesões, sagramentos, edema labial entre outros.
- Adaptar a cuba rim, próxima ao queixo do paciente.
- Colocar o creme dental na escova de dente ou umedecê-la com antisséptico bucal.
- Posicionar suavemente a cabeça da escova, na região de gengiva livre e o dente, de maneira que forme um ângulo de 45° com o longo eixo do paciente.
- Iniciar movimentos vibratórios brandos; pressione levemente a cerdas de encontro à gengiva, fazendo com que penetre no sulco gengival e abracem todo o contorno do dente.
- Iniciar movimentos de varredura no sentido da gengiva para o dente, de forma suave e repetida, por pelo menos 5 vezes, envolvendo 2 ou 3 dentes.
- 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
- Limpar a mucosa das bochechas e o palato
- Oferecer água para que o paciente enxague a boca por completo e cuspa na cuba rim.
- Hidratar os lábios com ácidos graxos essenciais, se necessário
- Deixar o paciente confortável no leito.
- Higienizar a escova dental em água corrente; secá-la e guardá-la em recipiente fechado.
- Desprezar o material utilizado em local próprio.
- Retirar luvas de procedimento
- Retirar óculos de proteção
- Retirar máscara descartável.
- Retirar avental descartável de mangas longas
- Higienizar as mãos
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

Cuidados:

- No caso de pacientes em isolamento, observar a necessidade de utilização de máscara N – 95 em substituição da máscara cirúrgica.
- Observar protocolo de mudança de decúbito, para posicionamento adequado do paciente.
- Observar nível de consciência antes de colocar líquidos na cavidade oral.
- Elevar o leito ao realizar este procedimento.
- As próteses dentárias devem ser higienizadas em água corrente e escovadas pelo menos duas vezes ao dia e devem ser recolocadas no paciente.
- Remover a dentadura à noite e embebê-la em água ou em um produto para dentadura (nunca coloque em água quente).
- Substituir a escova de dente no primeiro sinal de desgaste.

Ação em caso de não conformidades:

- Em casos de instabilidade clínica, suspenda o procedimento e comunique o enfermeiro.
- Em casos de sangramentos, lesões, dor ou inflamação na cavidade oral, comunique o enfermeiro.
- O enfermeiro deve solicitar auxílio ao cirurgião-dentista em toda situação adversa, tais como: patologias associadas, dentes com mobilidades, lesões de mucosa, sangramentos de origem bucal, presença de aparelhos fixos ou móveis e outras.

HIGIENE ORAL COM BOCHECHO DE CLOREXIDINA 0,12 % EM PACIENTE CONSCIENTE

Finalidade: Promover higiene e conforto ao paciente.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Manter cavidade oral limpa, livre de resíduos alimentares e halitoses.
- Reduzir colonização microbiana oral e prevenir as pneumonias.
- Proporcionar conforto e bem estar ao paciente.
- Combate de infecção já instalada.
- Efeito antiplaca significativo.

Material:

- Cuba rim;
- Solução aquosa de clorexidina 0,12%;
- Toalha;
- Bandeja;
- Copo descartável.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) / médica ou do buco-maxilo-facial do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e / ou acompanhante;
- Oferecer a solução de clorexidina 0,12% ao paciente;
- Encaminhar o paciente ao banheiro;
- Solicitar que o paciente bocheche no lavabo;
- Secar a boca com papel toalha;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotação no prontuário do paciente;
- Checar a prescrição médica / enfermagem;
- Repetir o procedimento se necessário.

Cuidados:

- Observar protocolo de mudança de decúbito, para posicionamento adequado do paciente.
- Observar nível de consciência antes de colocar líquidos na cavidade oral.
- Elevar o leito ao realizar este procedimento.
- As próteses dentárias devem ser higienizadas em água corrente e escovadas pelo menos duas vezes ao dia e devem ser recolocadas no paciente.

➢ Remover a dentadura à noite e embebê-la em água ou em um produto para dentadura (nunca coloque em água quente).

Ação em caso de inconformidades:

➢ Em casos de instabilidade clínica, suspenda o procedimento e comunique o enfermeiro e / ou médico plantonista.
➢ Em casos de alergia, sangramentos, lesões, dor ou inflamação na cavidade oral, comunique o enfermeiro.
➢ O enfermeiro deve solicitar auxílio ao cirurgião-dentista em toda situação adversa, tais como: patologias associadas, dentes com mobilidades, lesões de mucosa, sangramentos de origem bucal, presença de aparelhos fixos ou móveis e outras.
➢ Para os casos de pacientes não conseguem fazer o bochecho, realize a higienização com gazes embebidas com a solução de Clorexidina a 0,12%.

HIGIENE ORAL COM CLOREXIDINA 0,12 % EM PACIENTE INTUBADO

Finalidade: Promover higiene e conforto ao paciente.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

➢ Manter cavidade oral limpa.
➢ Promover conforto ao paciente.
➢ Reduzir a colonização da orofaringe e, consequentemente, diminuir o risco de infecção respiratória.
➢ Controlar o biofilme na cavidade bucal e Hidratar os tecidos intra e peribucal.

Material:

➢ Luvas de procedimento;
➢ Escova de dente;
➢ Raspador de língua;
➢ Gazes estéreis;
➢ Água destilada ou filtrada;
➢ Sistema de aspiração montado (sonda de aspiração nº 10, 12 ou 14);

- Solução aquosa de clorexidina 0,12%;
- Copo descartável;
- Avental de mangas longas;
- Abaixador de língua;
- Máscara descartável;
- Bandeja;
- Cuffômetro;
- Óculos de proteção;
- Ácidos Graxos essenciais (AGE / Dersani).

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) / médica ou do buco-maxilo-facial do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em posição de Fowler ou semi Fowler (30º a 45º), a menos que seja contra indicado;
- Colocar avental de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Colocar óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Manter pressão do cuff “balonete” entre 18 e 22 mmHg ou 25 e 30 cmH20, caso o paciente esteja entubado;
- Inspecionar a cavidade oral quanto à presença de órteses / prótese procedendo a suas remoções antes de iniciar a higienização bucal e quanto à presença de lesões, sangramentos, edema labial entre outros;
- Proceder à aspiração da cavidade bucal, repetindo sempre que necessário;
- Embeber a escova com solução aquosa de clorexidina a 0,12%;
- Posicionar suavemente a cabeça da escova, na região de gengiva livre e o dente, de maneira que forme um ângulo de 45° com o longo eixo do paciente;
- Iniciar movimentos vibratórios brandos, pressione levemente a cerdas de encontro a gengiva, fazendo com que penetre no sulco gengival e abracem todo o contorno do dente;
- Iniciar movimentos de varredura no sentido da gengiva para o dente, de forma suave e repetida, por pelo menos 5 vezes, envolvendo 2 ou 3 dentes;

- Prosseguir com os movimentos por todos os dentes pelo lado de fora (face vestibular) e pelo lado interno dos dentes (face lingual);
- Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes superiores e inferiores (com os movimentos de vai – e - vem), passando em seguida para a escovação suave da língua (se necessário e possível, segurar a língua com gaze seca), do palato e da parte interna das bochechas. Na presença de saburra lingual, a associação de raspadores de língua está indicada;
- Umidificar a escova dental com a solução de clorexidina a 0,12%, sempre que necessário.
- Aspirar a cavidade oral sempre que necessário;
- Realizar limpeza com gaze e solução de clorexidina a 0,12% nas extensões de tubo endotraquel e cateter gástricos / enterais;
- Hidratar os lábios com AGE;
- Assegurar a insuflação adequada do cuff (balonete);
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Higienizar a escova dental em água corrente e solução de clorexidina a 0,12%, secá-la e guardá-la em recipiente fechado;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar óculos de proteção;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental de mangas longas;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento a cada 12 horas conforme prescrição de enfermagem;
- Realizar higiene bucal com aromatizante bucal e água destilada nos intervalos da aplicação da solução de clorexidina a 0,12%, seguindo a técnica de escova supracitada e conforme prescrição de enfermagem.

Cuidados:

- Caso a escova apresente sinais de desgaste, despreze-a.
- Realizar a higiene do tubo com gaze umidificada na solução aquosa de clorexidina 0,12%.
- Em pacientes com sondas, realizar a higiene com gaze umidificada na solução aquosa de clorexidina 0,12%.

Ação em caso de não conformidade:

- Em casos de alergia, sangramentos, mobilidade dental, lesões, dor ou inflamação na cavidade oral, suspenda o procedimento e comunique a enfermeiro / médico.
- Em casos de broncoaspiração, interromper o procedimento, elevar da cabeceira da cama, conferir a pressão cuff, manter aspiração contínua em região oral e comunicar o enfermeiro / médico.
- No caso de instabilidade clínica comunicar ao enfermeiro;
- **Enfermeiro:** solicitar auxílio ao cirurgião-dentista em toda situação adversa, tais como: patologias associadas, dentes com mobilidades, lesões de mucosa, sangramentos de origem bucal, presença de aparelhos fixos ou móveis e outras.

MEDIDAS DE SEGURANÇA E CONFORTO[4, 10, 11, 14-16]

ARRUMAÇÃO DA CAMA

Finalidade: Proporcionar repouso, conforto e segurança ao paciente.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem e / ou Camareira.

Resultados esperados:

- Proporcionar conforto ao paciente e ambiente agradável.
- Tornar mais rápido e menos fatigante o trabalho de arrumação de cama.

Cama fechada: poderá ser feita após 2 horas da limpeza da unidade. A cama permanece fechada até que o novo paciente a ocupe.

Material:

- Hamper;
- Luvas de procedimento;
- 01 Lençol móvel ou comum dobrado ao meio (optativo);
- 01 Lençol protetor do colchão;
- 01 Lençol protetor do paciente;
- 01 Fronha;
- 01 cobertor /Colcha;
- 01 Impermeável (SN);
- 01 Travesseiro.

Procedimento:

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Colocar a cadeira aos pés da cama e sobre ela o travesseiro e fronha;

- Dispor as roupas de cama no espaldar da cadeira, observando –se a ordem: colcha / cobertor; lençol de cima; lençol móvel; impermeável e lençol de baixo;
- Desfazer a cama, se necessário;
- Colocar as roupas sujas no hamper;
- Limpar ambos os lados do colchão com álcool 70%;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Dispor o lençol de baixo, fazendo o canto da cabeceira, parte dos pés e lateral da cama;
- Estender o impermeável e o lençol móvel e prende-los juntos ao colchão;
- Estender o lençol de cima, debaixo do barrado rente ao colchão na cabeceira da cama;
- Colocar o lençol de cima, deixando o barrado rente ao colchão na cabeceira da cama;
- Colocar o cobertor a mais ou menos 40 cm abaixo da cabeceira;
- Estender a colcha rente ao colchão na cabeceira da cama, prendendo junto as 3 peças no canto dos pés da cama e deixando soltos os lados;
- Pôr a fronha no travesseiro, colocando-a de encontro à grade da cabeceira da cama;
- Endireitar a cadeira;
- Passar para o outro lado da cama, erguer as peças da roupa, dobrá-las lateralmente e completar a cama seguindo a sequência da disposição das roupas na cama;
- Recolher todo o material e deixar a unidade em ordem;
- Lavar as mãos;

Cama aberta: é aquela ocupada pelo paciente que pode locomover-se ou aguarda a chegada de um novo paciente admitido.

Procedimento:

- Retirar as peças e trocá-las, diariamente após o banho do paciente.
- Segue a mesa sequência da cama fechada, mas deixando o lençol de cima virado sobre o cobertor e a colcha na parte da cabeceira.
- O travesseiro deverá ser colocado sobre a cama;

Cama aberta com doente acamado: é aquela ocupada pelo paciente impossibilitado de locomover-se. Para garantir a segurança, ela deve ser realizada por duas pessoas: uma para segurar o paciente, e outra para arrumar a cama.

Procedimento:

- Desmanchar a cama, dispor o cobertor juntamente com as roupas de cama limpa no espaldar da cadeira. Deixar o paciente coberto apenas com o lençol de cima, exceto se sentir frio;
- Pedir a colaboração do paciente, orientando-o. Virá-lo para o lado oposto à cadeira com as roupas de cama;
- Dobrar as peças de cama de tal forma a deixar exposta a metade do colchão;
- Estender as roupas limpas, seguindo a mesma sequência da cama fechada com lençol traçado;
- Virar o paciente para o lado limpo e retirar o lençol de cima, enquanto o pessoa de apoio o cobre novamente, retirar a roupa de cama suja e colocá-las no hamper;
- Completar a arrumação da cama.

Cama de operado: deverá ser preparada após o paciente ser encaminhado para a cirurgia ou exames sob indução anestésica.

Procedimento:

- Trocar todas as roupas de cama e fazer uma limpeza com álcool 70% na parte superior da mesa de cabeceira, grades da cama, colchão e cadeira;
- Dispor as roupas limpas no espaldar da cadeira: colcha, cobertor, lençol de cima, lençol de cabeceira, lençol móvel (traçado), impermeável e lençol de baixo;
- Arrumar a cama seguindo a sequência: lençol de baixo, impermeável, lençol móvel, lençol de cabeceira com 2 pregas laterais.
- Colocar o lençol de cima e o cobertor e colcha dobrados na cabeceira ou dos pés;
- Deixar o travesseiro preso nas grades da cama ou sobre a cadeira;
- Colocar na mesa de cabeceira uma cuba-rim, gases, aparelho de PA e estetoscópio.
- Dependendo do tipo de cirurgia providenciar outros materiais necessários: extensão de sonda, cateter de O2, extensão de sondas e etc.
- Colocar ao lado da cama um suporte de soro.

Cuidados:

- Estar atento para o tipo de exigência no preparo da cama.
- Nunca dispor as roupas de cama sujas no chão.
- Após terminar de arrumar a cama, independente do tipo, deve-se: fazer a limpeza concorrente da mesa de cabeceira; grades da cama e cadeira com pano seco e álcool 70%.

- **Dependendo do grau de sujidade do mobiliário, pode-se fazer limpeza com água e sabão, saponáceos e outros produtos, finalizando a limpeza com álcool 70%;**

- Utilizar lençóis limpos, secos, sem pregas e sem rugas;
- Lençóis rasgados devem ser suspensos o seu uso e encaminhar para lavanderia e serviço de costura;
- Não deixar migalhas de pão, fios de cabelos e etc. nos lençóis a serem reusados (se for o caso);
- Limpar colchão, impermeável e travesseiros, diariamente antes de colocar as roupas limpas;
- Evitar o contado das roupas de cama do paciente com as suas roupas;
- O lençol móvel improvisado deverá ficar com as costuras das bainhas voltadas para os pés da cama;
- A abertura da fronha deverá situar-se do lado oposto à porta de entrada da enfermaria;
- Não é permitido o uso de roupas de cama pessoais do paciente no ambiente hospitalar.

Ação em caso de não conformidades:

- Observar o estado de conservação colchão, travesseiro e impermeável e se necessário solicitar reposição ao serviço de lavanderia/hotelaria e almoxarifado.
- Na falta de lençóis, solicitar reposição ao Serviço de limpeza / hotelaria.
- Rever o padrão e a técnica utilizada.
- Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência.

COLOCAÇÃO E RETIRADA DA COMADRE

Finalidade: Proporcionar aos pacientes acamados meios adequados para atender a necessidade básica de eliminação e, nos pacientes específicos facilitar o controle de diurese.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Padronização da técnica em execução.
- Facilitar o controle de diurese.
- Proporcionar aos pacientes acamados meios adequados para atender a necessidade básica de eliminação.
- Garantir a menor exposição possível do paciente quando este necessitar do uso da comadre.

Material:

- Comadre;
- Luvas de procedimento;
- Papel Higiênico;
- Papel toalha para cobrir a comadre;
- Bacia com água morna;
- Toalha;
- Sabonete;
- Biombos.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar biombo se necessário;
- Aquecer a comadre com água quente e cobri-la com toalha e papel higiênico;
- Solicitar ao cliente que flexione os joelhos e as pernas, com uma das mãos auxiliá-lo a levantar os quadris. Com a outra mão – Posicionar a comadre com a parte mais baixa e fechada sob as nádegas sem arrastá-la;
- Respeitar a individualidade do cliente durante suas eliminações, afastando-se do local para que fique a vontade, deixando-o coberto;
- Manter o papel higiênico ao alcance da mão do paciente.
- Fazer a higiene do cliente com água morna e sabonete após a evacuação e secá-lo após a micção, se o mesmo não tiver condições de fazê-lo;
- Para retirar a comadre, solicitar ao paciente que eleve os quadris, flexionando os joelhos. Retirar a comadre e cobri-la e coloca-lá sobre a cadeira;
- Oferecer a bacia com água morna, sabonete e toalha para a higiene das mãos.
- Levar a comadre para o banheiro e observar e, se necessário medir o conteúdo;
- Esvaziar a comadre e enxaguar no banheiro do paciente;
- Organizar a unidade do paciente e deixá-lo confortável no leito;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem, quanto o procedimento realizado, aspectos e quantidade das eliminações.

Cuidados:

- Se o paciente estiver impossibilitado, a comadre deve ser colocada e retirada com auxílio de outra pessoa (para elevar os quadris).
- Verificar as características do conteúdo da comadre despejá-lo no vaso do banheiro e levar a comadre ao expurgo.
- Trocar a comadre diariamente.
- Tratando-se de clientes subnutridos ou caquéticos, deve-se acolchoar bem a comadre para evitar lesões de pele.
- Trocar roupas de cama se necessário.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar ao enfermeiro, qualquer intercorrência durante o procedimento ou se for observado lesões na região genital ou nádegas e, se houver alterações no aspecto das eliminações.

COLOCAÇÃO E RETIRADA DO PAPAGAIO

Finalidade: Proporcionar aos pacientes acamados meios adequados para atender a necessidade básica de eliminação e, nos pacientes específicos facilitar o controle de diurese.

Equipe executante: Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Padronização da técnica em execução.
- Facilitar o controle de diurese.
- Proporcionar aos pacientes acamados meios adequados para atender a necessidade básica de eliminação.
- Garantir a menor exposição possível do paciente quando este necessitar do uso da comadre.

Material:

- Papagaio;
- Luvas de procedimento;
- Papel Higiênico;
- Papel toalha para cobrir a comadre;

- Bacia com água morna;
- Toalha;
- Sabonete;
- Biombos.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar biombo se necessário;
- Aquecer o papagaio com água quente;
- Colocar o papagaio entre os membros inferiores, e o pênis dentro do recipiente;
- Respeitar a individualidade do cliente durante suas eliminações, afastando-se do local para que fique a vontade, deixando-o coberto;
- Manter o papel higiênico ao alcance da mão do paciente.
- Fazer a higiene do cliente secando – o após a micção, se o mesmo não tiver condições de fazê-lo;
- Após o termino da diurese, retirar o papagaio tomando cuidado para não derramar o conteúdo no leito / no paciente;
- Oferecer a bacia com água morna, sabonete e toalha para a higiene das mãos.
- Levar o papagaio para o banheiro e observar e, se necessário medir o conteúdo;
- Esvaziar o papagaio e enxaguar no banheiro do paciente;
- Organizar a unidade do paciente e deixá-lo confortável no leito;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem, quanto o procedimento realizado, aspectos e quantidade da diurese.

Cuidados:

- Verificar as características do conteúdo do papagaio despejá-lo no vaso do banheiro e levar o papagaio ao expurgo.
- Trocar o papagaio diariamente.
- Trocar roupas de cama se necessário.
- Alguns pacientes não conseguem urinar deitados, se não houver contraindicação e o paciente estiver estável e capaz, ele poderá urinar em pé, conforme sua preferência.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar ao enfermeiro, qualquer intercorrência durante o procedimento ou se for observado lesões na região genital e, se houver alterações no aspecto da diurese.

INSTALAÇÃO DE DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA (URIPEN)

Finalidade: Colocar dispositivo urinário em pacientes masculinos com incontinência urinária ou com nível de consciência alterado.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Controlar o débito urinário e proteger a região perineal do contato com urina, em pacientes masculinos com incontinência urinária ou com nível de consciência alterado.

Material:

- Material para higiene íntima masculina (gaze; cuba redonda pequena, clorexidina degermante e SF0,9%);
- Aparelho de tricotomia (se necessário);
- Luvas de procedimentos;
- Dispositivo de incontinência urinária;
- Máscara cirúrgica;
- Frasco coletor para drenagem de urina com intermediário;
- Esparadrapo / cadarço;
- Biombo.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) / médica do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a instalação de biombos se necessário;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Solicitar o paciente que exponha a região íntima e / ou auxilie-o;
- Examinar o estado do pênis;
- Realizar higiene íntima masculina, conforme protocolo;
- Segurar o pênis com a mão não dominante, enquanto a mão dominante segura o dispositivo na ponta e delicadamente o desenrola sobre o mesmo (no sentido da glande para a raiz do pênis);
- Deixar um espaço de 2 a 5 cm à ponta da glande e a extremidade do dispositivo;
- Fixar com esparadrapo ou cadarço de forma circular, porém sem apertar muito o corpo do pênis, tomando cuidado para não garrotear o pênis;
- Adaptar o dispositivo no intermediário e no coletor de urina;
- Observar a drenagem de urina no coletor;
- Manter paciente confortável;
- Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado;
- Retirar luvas de procedimento;
- Manter o ambiente em ordem;
- Retirar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica / enfermagem o procedimento realizado;
- Proceder às anotações de enfermagem pertinentes (procedimento realizado, presença / ausência de drenagem de diurese, aspecto, quantidade e odor da urina).

Cuidados:

- No caso de pacientes em isolamento, observar a necessidade de utilização de máscara N – 95 em substituição da máscara cirúrgica.
- Avaliar a cada 06 horas sinais de garroteamento no pênis.
- Trocar o dispositivo diariamente; sempre após o banho.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de fixação muito apertada (garroteamento do pênis), deve-se retirar o dispositivo e comunicar ao enfermeiro / médico sobre o ocorrido.
- Em casos de percepção de edema, cianose ou lesões no pênis, antes ou após a instalação do dispositivo comunicar ao enfermeiro / médico sobre o ocorrido.
- Em caso de eventos adversos relacionados ao procedimento, realizar notificação na ficha do Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.

MUDANÇA DE DECÚBITO / REPOSICIONAMENTO NO LEITO

Finalidade: Trocar o corpo do cliente de posição para fins terapêuticos, exames diagnósticos e como medidas de segurança e conforto.

Executante: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Preservar a integridade da pele.
- Evitar isquemia tecidual.
- Prevenir lesão por pressão.
- Padronização da técnica.

Material:

- Travesseiros;
- Lençóis;
- Lençol intermediário;
- Coxins;
- Escala de mudança de decúbito / relógio de mudança de decúbito (dorsal, ventral, direito e esquerdo);
- Biombo;
- Luvas de procedimento.

Procedimento:

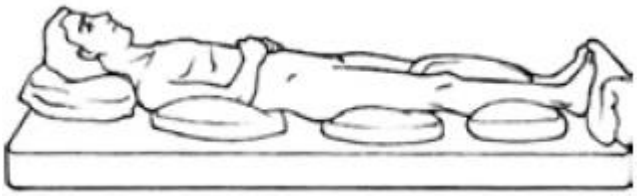
Para todas as posições:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) / médica do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento.

Decúbito dorsal:

- Apoiar a cabeça e a curvatura cervical sobre o travesseiro mantendo-a na mesma linha da coluna vertebral;
- Manter os braços em ligeira abdução sobre travesseiros;
- Fletir ligeiramente os joelhos colocando um travesseiro sobre os mesmos;
- Manter os pés afastados, em ângulo reto em relação às pernas, para evitar pé equino.

Ilustração:



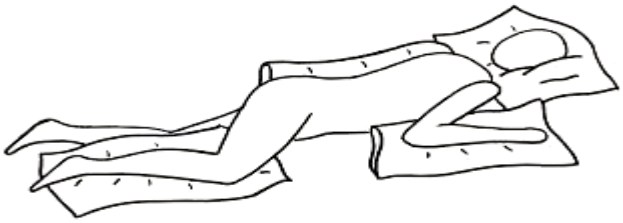
Cuidados:

- Atentar para lençóis dobrados sob os pontos em decúbito dorsal sob os pontos de pressão, assim como o tempo da mudança de decúbito, sendo necessária a mudança de 02 em 02 horas.
- Quando o paciente é capaz de se movimentar no leito de um lado para outro e mexer os diversos segmentos do corpo, não há necessidade de dispositivos de apoio.
- Pacientes incapazes de se movimentar no leito devem ter a cabeça, pescoço e parte superior do ombro acomodados em travesseiros em posição ligeiramente pronada; rolo para as mãos; membros inferiores apoiados lateralmente com rolos de lençóis; apoio sob os joelhos com rolinhos macios de pano; apoio plantar, mantendo os pés em flexão dorsal.
- Antes e após a cada mudança de decúbito, lavar as mãos.

Decúbito ventral:

- Apoiar o cliente pela cabeça e ombros e movimentá-lo até a beira do leito;
- Apoiar o cliente pela cintura e joelhos e movimentá-lo até a beira do leito;
- Apoiar com a palma da mão a região do ombro e coxo femoral do cliente e virá-lo para ficar em decúbito ventral.

Ilustração:



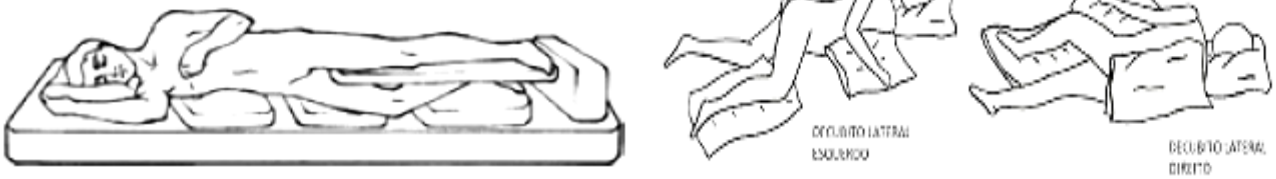
Cuidados:

- Atentar para lençóis dobrados sob os pontos em decúbito ventral sob os pontos de pressão, assim como o tempo da mudança de decúbito, sendo necessária a mudança de 02 em 02 horas.
- Antes e após a cada mudança de decúbito, lavar as mãos.

Decúbito lateral:

- Apoiar o cliente pela cabeça e ombros e movimentá-lo até a beira do leito;
- Apoiar o cliente pela cintura e joelhos e movimentá-lo até a beira do leito;
- Apoiar com a palma da mão a região do ombro coxo femoral do cliente e virá-lo lateralmente até o centro do leito.

Ilustração:



Cuidados:

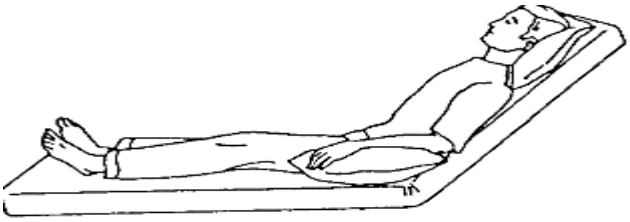
- Atentar para lençóis dobrados sob os pontos em decúbito lateral sob os pontos de pressão, assim como o tempo da mudança de decúbito, sendo necessária a mudança de 02 em 02 horas.
- Antes e após a cada mudança de decúbito, lavar as mãos.

Posição de Fowler:

Procedimento:

- Colocar o cliente em decúbito dorsal, elevando a cabeceira da cama, em um ângulo de 45º;
- Elevar os pés da cama, levemente;
- Colocar um travesseiro para o apoio da cabeça e ombros, outro na curvatura lombar e outro sobre os pés para diminuir a angulação das pernas êxtase venosos.

Ilustração:



Cuidados:

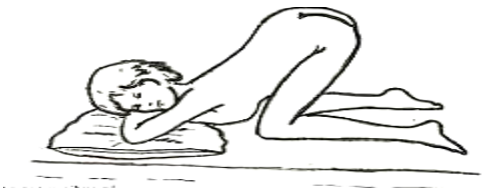
- Atentar para lençóis dobrados sob os pontos em decúbito lateral sob os pontos de pressão, assim como o tempo da mudança de decúbito, sendo necessária a mudança de 02 em 02 horas.
- Antes e após a cada mudança de decúbito, lavar as mãos.

Posição genitopeitoral:

Procedimento:

- Colocar o cliente ajoelhado com as pernas ligeiramente afastadas, com o peito na cama sobre um travesseiro;
- Apoiar a cabeça sobre os braços, tendo os cotovelos flexionados.

Ilustração:



Cuidados:

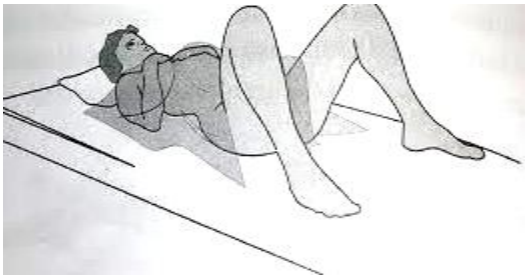
- Expor somente a área necessária para o exame ou tratamento, preservando a intimidade do cliente.
- Atentar para lençóis dobrados sob os pontos em decúbito lateral sob os pontos de pressão, assim como o tempo da mudança de decúbito, sendo necessária a mudança de 02 em 02 horas.
- Antes e após a cada mudança de decúbito, lavar as mãos.

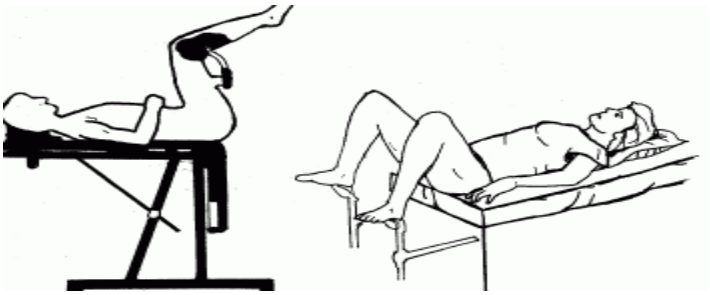
<u>Posição ginecológica:</u>

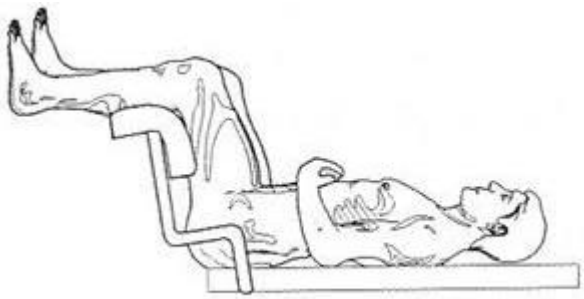
Procedimento:

- Colocar o cliente em decúbito dorsal;
- Colocar as pernas do cliente flexionadas;
- Colocar os pés do cliente sobre a cama ou no suporte próprio da maca ginecológica;
- Expor somente a área necessária para o procedimento, preservando a intimidade do paciente.

Ilustração:







Cuidados:

- Expor somente a área necessária para o exame ou tratamento, preservando a intimidade do cliente.
- Atentar para lençóis dobrados sob os pontos em decúbito lateral sob os pontos de pressão, assim como o tempo da mudança de decúbito, sendo necessária a mudança de 02 em 02 horas.
- Antes e após a cada mudança de decúbito, lavar as mãos.

<u>Posição de sims:</u>

Procedimento:

- Colocar o cliente em decúbito lateral esquerdo, mantendo a cabeça apoiada no travesseiro;
- O corpo deve estar ligeiramente inclinado para frente, com o braço esquerdo esticado para trás, de forma a permitir que parte do peso do corpo apoie sobre o peito.
- O braço direito deve ser posicionado de acordo com a vontade do paciente;
- Os membros inferiores devem estar flexionados, ficando à direita bem próximo ao abdome e a esquerda levemente flexionada.

Ilustração:





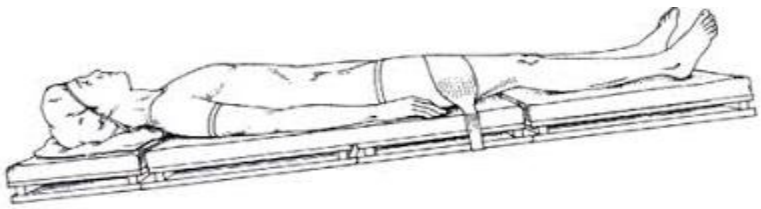
Cuidados:

- Expor somente a área necessária para o exame ou tratamento, preservando a intimidade do cliente.
- Atentar para lençóis dobrados sob os pontos em decúbito lateral sob os pontos de pressão, assim como o tempo da mudança de decúbito, sendo necessária a mudança de 02 em 02 horas.
- Antes e após a cada mudança de decúbito, lavar as mãos.

Posição trendelemburg:

- Colocar o cliente em decúbito dorsal, com a face voltada para cima;
- Elevar os pés da cama, abaixando a cabeceira da cama por cerca de 40 graus;
- Colocar travesseiros na altura dos ombros, para amparar o corpo.

Ilustração:



Cuidados:

- Atentar para lençóis dobrados sob os pontos em decúbito lateral sob os pontos de pressão, assim como o tempo da mudança de decúbito, sendo necessária a mudança de 02 em 02 horas.
- Avaliar integridade da pele;
- Observar sinais de intolerância ou desconforto relacionado ao decúbito;
- Observar a presença alterações hemodinâmicas relacionadas ao decúbito;
- Antes e após a cada mudança de decúbito, lavar as mãos.

Ação em casos de não conformidades:

- Em caso de possíveis alterações do cliente pela mudança do decúbito como: dispneia, cianose, agonia, retorne-o para a posição original e comunique ao enfermeiro e / ou médico plantonista.
- Comunicar enfermeiro se for percebido alteração da integridade da pele durante a mudança de decúbito.

RESTRIÇÃO MECÂNICA DO PACIENTE NO LEITO: MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES E TÓRAX

Finalidade: Proteger o paciente, com alterações de comportamento, contra lesões e traumas.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Proteção da integridade física do paciente em casos de desorientação do paciente.

Material:

- Luva de procedimento;
- Loção hidratante;
- Lençol;
- Ataduras de crepe de 20 cm;
- Camisola hospitalar;
- Algodão ortopédico;
- Fita crepe ou esparadrapo.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) / médica do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente (mesmo no caso de desorientação) e o acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Substituir a roupa do paciente por camisola hospitalar;
- Retirar adornos do paciente;
- Inspecionar o local a ser restrito, quanto à presença de lesões e edemas;
- Hidratar a pele do paciente, se necessário;
- Realizar a restrição no leito dos segmentos corporais na seguinte ordem: ombros / tórax, pulsos, tornozelos e joelhos.

- **Ombros / tórax**: lençol em diagonal pelas costas, axilas e ombros, cruzando-as na região cervical e amarrar no leito (parte da cabeceira);
- **Pulso e tornozelos**: proteger com algodão ortopédico, com a atadura de crepe fazer movimento circular e amarrar no leito (parte lateral);
- **Joelhos**: 02 lençóis - Passar uma ponta do 1º lençol sobre o joelho direito e sob o esquerdo, e a ponta do 2º lençol sobre o joelho esquerdo e sob o direito, e amarrar no leito (parte lateral);

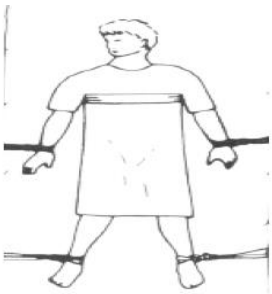
- Cobrir paciente com lençol;
- Esticar lençóis;
- Organizar a unidade;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Checar o procedimento com sua rúbrica na prescrição médica e de enfermagem;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Observar os locais da contenção quanto ao formigamento, extremidades pálidas, ausência de pulso e edema a cada 1 (uma) hora – conforme prescrição de enfermagem.
- Avaliar integridade da pele diariamente.
- Avaliar diariamente nível de consciência do paciente.
- Evitar o garroteamento do membro.
- Proteger a região do membro a ser restringido com compressas.
- Retirar a restrição uma vez ao dia e proceder à limpeza do local e massagem de conforto.

Ilustração:







Ação em casos de não conformidades:

- Em caso de edema, lesão e palidez, afrouxar a restrição e comunicar o enfermeiro / médico.
- Em casos de contenção prolongada o enfermeiro deverá avaliar criteriosamente e diariamente a necessidade da mesma.

TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DA CADEIRA DE RODAS OU DA POLTRONA PARA A CAMA

Finalidade: É auxiliar o cliente com a finalidade de transferi-lo da cadeira para a cama sem intercorrências.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado Esperado:

- Transferir o paciente da cadeira para a cama com segurança.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Cama;
- Escada.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) / médica do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente (mesmo no caso de desorientação) e o acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Conferir e se necessário, arrumar o leito;
- Aproximar a cadeira ou a poltrona do leito;
- Baixar as grades do leito, se necessário;
- Posicionar a escada auxiliar próximo do leito;

- O profissional que irá realizar a transferência deverá se posicionar de modo que fique ao lado do leito e de frente com o acento da poltrona ou a cadeira de rodas;
- O profissional deve se posicionar em frente do cliente, pedir que ele coloque as mãos sobre os ombros do profissional (se um braço estiver comprometido, só será apoiado o braço são). As mãos do profissional podem estar sobre os ombros do cliente, sobre as escápulas ou ainda segurando a calça/short do cliente;
- Orientar e auxiliar o paciente ficar em pé ao lado do leito e de frente com a escada;
- Orientar e auxiliar o paciente a subir na escada;
- Orientar e auxiliar o paciente para sentar-se no leito;
- Acomodar paciente no leito, conforme sua preferência ou conforme necessidade terapêutica;
- Permanecer por 03 - 05 minutos, próximo do paciente para observar mudanças no padrão de hemodinâmica;
- Cobrir paciente;
- Manter a enfermaria em ordem;
- Elevar as grades do leito;
- Encaminhar cadeira para o local apropriado;
- Realizar anotações de enfermagem pertinentes ao procedimento.

Cuidados:

- Não realizar o procedimento sozinho.
- Evitar quedas do paciente, durante o procedimento.
- Antes de iniciar a transferência do paciente, observe a presença de drenos, sondas e cateteres e providencie cuidados para evitar sua tração e / ou remoção acidental.
- Antes de iniciar o procedimento de transferência do paciente da cadeira de rodas, certifique-se de que as rodas estão travadas, após aproximar a cadeira do leito.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de quedas do paciente durante o procedimento, comunicar imediatamente ao médico e/ou enfermeiro e realizar notificação do Núcleo de Segurança do paciente.
- Em caso de desestabilização hemodinâmica do paciente durante o procedimento ou logo em seguida, comunicar ao médico e /ou enfermeiro, aferir todos os sinais vitais e monitorar o paciente por tempo a ser definido pelo médico / enfermeiro.
- Em caso de perdas acidentais de dispositivos (sondas, drenos e cateteres), comunicar imediatamente ao médico e/ou enfermeiro e realizar notificação do Núcleo de Segurança do paciente.

TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DA CAMA PARA MACA E VICE-VERSA

Finalidade: É auxiliar o cliente com o objetivo de transferi-lo da cama para a maca e vice-versa sem intercorrências.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado Esperado:

- Transferir o paciente da cama para a maca e vice-versa com segurança.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Maca;
- 02 Lençóis;
- Álcool 70%;
- Compressa não estéril.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) / médica do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Realizar a desinfecção da maca com álcool 70% e compressa limpa não estéril;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Cobrir a maca com um lençol limpo;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Dobrar em leque as roupas de cima, até os pés da cama;
- Soltar o lençol de baixo;
- Dispor a maca de forma paralela ao leito, mantendo-a encostada ao leito;
- Travar as rodas da maca;
- Checar presença de dispositivos no paciente e tomar os devidos cuidados relativos ao transporte e movimentação do paciente para evitar incidentes;

- Um profissional se posiciona na cabeça do paciente;
- Um profissional se posiciona nos pés;
- E um / ou dois profissionais se posicionam ao lado da maca e ao lado da cama;
- Segurar bem firme no lençol de baixo e / ou lençol móvel bem próximo do paciente;
- Em movimento simultâneo, deslocam o paciente da cama para maca;
- Elevar as grades da maca;
- Transportar o paciente conforme necessidade;
- Realizar anotações de enfermagem pertinentes;
    - O procedimento para transferência do paciente da maca para a cama segue as mesmas orientações.

Cuidados:

- Durante a movimentação ou transporte de pacientes, deve-se ter cuidado com soros, cateteres, drenos e aparelhos.
- Os pacientes inconscientes, confusos e agitados devem ser transportados com as grades elevadas e membros superiores restringidos, se necessário.
- Ter cuidado para que nenhum membro fique posicionado inadequadamente fora da maca.
- Em caso de encaminhamento para exames ou cirurgias, anotar na papeleta a hora da saída e o destino e, no retorno, a hora da chegada, procedimento realizado e intercorrências.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de quedas do paciente durante o procedimento, comunicar imediatamente ao médico e/ou enfermeiro e realizar notificação do Núcleo de Segurança do paciente.
- Em caso de desestabilização hemodinâmica do paciente durante o procedimento ou logo em seguida, comunicar ao médico e /ou enfermeiro, aferir todos os sinais vitais e monitorar o paciente por tempo a ser definido pelo médico / enfermeiro.
- Em caso de perdas acidentais de dispositivos (sondas, drenos e cateteres), comunicar imediatamente ao médico e/ou enfermeiro e realizar notificação do Núcleo de Segurança do paciente.

TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DA ENFERMARIA PARA O CENTRO CIRÚRGICO

Finalidade: Encaminhar o cliente para o centro cirúrgico com segurança.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados Esperados:

- Providenciar transporte do paciente para o Centro Cirúrgico com tranquilidade e segurança.
- Evitar transtornos no encaminhamento do paciente para procedimento cirúrgico.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Maca;
- 02 Lençóis;
- Álcool 70%;
- Compressa não estéril;
- Prontuário do paciente com todos os exames pré-operatórios;
- Material para aferição de sinais vitais;
- Roupa privativa do centro cirúrgico (caso o paciente ainda não esteja devidamente trocado).

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do transporte do paciente com a equipe de enfermagem do centro cirúrgico;
- Confirmar o nome do paciente no mapa cirúrgico;
- Lavar as mãos;
- Realizar a desinfecção da maca com álcool 70% e compressa limpa não estéril;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Cobrir a maca com um lençol limpo;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Aferir sinais vitais e anotar no prontuário;
- Confirmar jejum do paciente;
- Retirar adornos e próteses do paciente e entrega-lo ao acompanhante / serviço social (pacientes desacompanhados);
- Dobrar em leque as roupas de cima, até os pés da cama;
- Soltar o lençol de baixo;
- Dispor a maca de forma paralela ao leito, mantendo-a encostada ao leito;

- Travar as rodas da maca;
- Checar presença de dispositivos no paciente e tomar os devidos cuidados relativos ao transporte e movimentação do paciente para evitar incidentes;
- Um profissional se posiciona na cabeça do paciente;
- Um profissional se posiciona nos pés;
- E um / ou dois profissionais se posicionam ao lado da maca e ao lado da cama;
- Segurar bem firme no lençol de baixo e / ou lençol móvel bem próximo do paciente;
- Em movimento simultâneo, deslocam o paciente da cama para maca;
- Elevar as grades da maca;
- Transportar o paciente até o centro cirúrgico, acompanhado por um familiar ou responsável;
- Encaminhar junto com paciente ao centro cirúrgico, o prontuário com todos os exames pré-operatórios realizados;
- Lavar as mãos;
- Realizar o registro de enfermagem no prontuário do paciente;
- Orientar aos acompanhantes para aguardarem o retorno do paciente no quarto;
- Solicitar arrumação da cama para a camareira conforme protocolo;
- Entregar unidade em ordem;
- Aguardam chegada do paciente.

Cuidados:

- Confirmar término da cirurgia e entregar cama 20 minutos antes.
- Orientar aos acompanhantes para não sentar-se ou deitar-se na cama do paciente após a troca do lençol.
- Testar saídas de oxigênio para eventuais necessidades no pós-operatório.
- O paciente sem limitação de movimentos poderá passar sozinho para a maca, com auxilio da equipe de enfermagem para evitar quedas do paciente.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar enfermeiro se intercorrências ou irregularidades com materiais e equipamentos.

<u>TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE DA CAMA PARA CADEIRAS DE RODAS</u>

Finalidade: É o ato de auxiliar o cliente dependente ou semi-dependente a sentar-se em cadeira de rodas com a finalidade de transportá-lo.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Transferir o paciente em segurança.

Material:

- Cadeira de rodas;
- 02 lençóis;
- 01 cobertor, se necessário;
- Luvas de procedimento;
- Travesseiro, se necessário.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) / médica do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente (mesmo no caso de desorientação) e o acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Forrar a cadeira de rodas com lençol ou cobertor limpo;
- Aproximar a cadeira do leito;
- Baixar as grades do leito, se necessário;
- Posicionar paciente em ângulo de 45º;
- Aguardar 5 minutos para evitar hipotensão postural;
- Certificar-se de que o paciente está bem;
- Posicionar o paciente com os membros inferiores para fora da cama;
- Posicionar a escada auxiliar próximo do leito;
- Retirar equipamentos de monitorização se for o caso;
- O profissional deve se posicionar em frente do cliente, pedir que ele coloque as mãos sobre os ombros do profissional (se um braço estiver comprometido, só será apoiado o braço são). As mãos do profissional podem estar sobre os ombros do cliente, sobre as escápulas ou ainda segurando a calça/short do cliente;

- Orientar e auxiliar o paciente ficar em pé ao lado do leito e de frente com a cadeira de rodas;
- Aproximar cadeira por trás do paciente;
- Ajudar o paciente a sentar na cadeira;
- Acomodar paciente na cadeira, conforme sua preferência ou conforme necessidade terapêutica
- Permanecer por 03 - 05 minutos, próximo do paciente para observar mudanças no padrão de hemodinâmica;
- Cobrir paciente com lençol;
- Retirar luvas;
- Manter a enfermaria em ordem;
- Encaminhar o paciente ao destino conforme necessidade;
- Providenciar a arrumação do leito para aguardar o retorno do paciente;
- Realizar anotações de enfermagem pertinentes ao procedimento.

Cuidados:

- Não realizar o procedimento sozinho.
- Evitar quedas do paciente, durante o procedimento.
- Antes de iniciar a transferência do paciente, observe a presença de drenos, sondas e cateteres e providencie cuidados para evitar sua tração e / ou remoção acidental.
- Antes de iniciar o procedimento de transferência do paciente, certifique-se de que as rodas do leito estão travadas, e após aproximar a cadeira do leito, trave as rodas da cadeira também.

Cuidados com o cliente semidependente:

- Colocar o cliente semidependente em decúbito lateral fazendo-o sentar-se no leito segurando-o pela cintura.
- Aguardar alguns minutos observando suas reações e controlar o pulso se necessário.
- Vestir o roupão e chinelo no cliente e ao sentá-lo na cadeira colocar um travesseiro nas costas, se necessário, com os braços e pernas corretamente posicionados.

Cuidados com o cliente dependente:

- Colocar o cliente dependente em decúbito lateral dorsal na beira do leito e com o auxilio de outra pessoa proceder ao transporte da seguinte maneira: Uma pessoa posiciona-se atrás da cadeira e segura o cliente na região axilar, outra pessoa coloca-se a frente da poltrona, afastando as pernas e dobrando os joelhos para concentrar as forças nas pernas e braços e não na coluna e segura o cliente na região das coxas.

- Ambas num movimento único trazendo o cliente e colocar um travesseiro nas costas posicionando os braços os braços e perna corretamente.
- Estar atento à comodidade do cliente e reações que possam resultar da posição.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de quedas do paciente durante o procedimento, comunicar imediatamente ao médico e/ou enfermeiro e realizar notificação do Núcleo de Segurança do paciente.
- Em caso de desestabilização hemodinâmica do paciente durante o procedimento ou logo em seguida, comunicar ao médico e /ou enfermeiro, aferir todos os sinais vitais e monitorar o paciente por tempo a ser definido pelo médico / enfermeiro.
- Em caso de perdas acidentais de dispositivos (sondas, drenos e cateteres), comunicar imediatamente ao médico e/ou enfermeiro e realizar notificação do Núcleo de Segurança do paciente.

ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS (4, 10, 11)

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA POR VIA ORAL COM AUXÍLIO

Finalidade: Padronizar o fornecimento de alimentação adequada, de maneira segura para o paciente sob os cuidados da equipe de enfermagem.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas de maneira segura e padronizada.

Material:

- Dieta prescrita;
- Luvas de procedimento;
- Gorro descartável;
- Máscara cirúrgica;
- Bandeja;
- Talheres conforme necessidade da dieta;
- Solução alcoólica 70%;
- Papel toalha;
- Mesa de apoio.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) / médica / nutricionista do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Colocar o gorro;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Conferir a dieta prescrita com a fornecida pelo serviço de nutrição;

- Reunir o restante do material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Estimular sempre que possível o paciente a alimentar-se com a dieta oral fora do leito sentando em uma cadeira / poltrona;
- Posicionar o paciente em posição de Fowler de forma confortável antes de iniciar o procedimento, quando este estiver restrito ao leito;
- Fazer desinfecção da mesa de apoio para alimentação com gaze embebida em solução alcoólica 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir o lacre da embalagem dos talheres, colocando-os no suporte para alimentação;
- Oferecer a dieta com o auxílio de um talher adequado, em pequenas porções, se necessário utilize o garfo e faca para cortar os alimentos maiores;
- Orientar o paciente a mastigar de forma lenta todo o alimento;
- Manter o paciente em decúbito elevado do paciente por 40 minutos após alimentação;
- Realizar higiene oral;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar a máscara cirúrgica e o gorro;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Cuidados:

- No caso de pacientes em isolamento, observar a necessidade de utilização de máscara N – 95 em substituição da máscara cirúrgica.
- Observar sinais de engasgo, náuseas e vômitos.
- Observar e anotar a aceitação da dieta / recusa alimentar e as eventuais dificuldades de adesão à dieta oferecida.

Ação em caso de não conformidades:

- Em casos de engasgos, tosse, náuseas e vômitos, suspenda imediatamente a administração da dieta e comunique o enfermeiro / médico.
- Em caso de distúrbios ou intolerância alimentar, comunique o enfermeiro / médico.

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA VIA CATETER GÁSTRICO / ENTERAL

Finalidade: Padronizar o fornecimento de alimentação adequada, de maneira segura para o paciente sob os cuidados da equipe de enfermagem.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Implementar ações visando preparar e orientar o paciente e familiares quanto a administração da Terapia Nutricional por sondagem.
- Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas de maneira segura e padronizada.
- Estabelecer cuidados específicos com a via de administração escolhida.

Material:

- Luva de procedimento;
- Seringa de 20 ml;
- Equipo para dieta;
- Estetoscópio;
- Fraco da dieta fornecida pelo serviço de nutrição;
- Bandeja.

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) / médica do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Proceder os cuidados com a administração da dieta fornecida, conferindo: prontuário do paciente, rótulo do frasco, nome do paciente, via de administração, volume, horário da dieta com a prescrição médica;

- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente (mesmo no caso de desorientação) e ao acompanhante;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal 30 – 40 graus;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Conectar o equipo ao frasco da dieta, preenchendo toda a sua extensão;
- Confirmar o posicionamento do cateter gástrico / enteral;
- Conectar o equipo da dieta ao cateter gástrico / enteral;
- Controlar a infusão conforme prescrição médica / nutrição;
- Oferecer água pelo cateter gástrico / enteral após a infusão total da dieta, conforme prescrição médica / nutrição ou enfermagem;
- Retirar o equipo do cateter gástrico / enteral e protegê-lo com tampa;
- Manter o cateter gástrico / enteral fechado e devidamente fixado;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Organizar a unidade;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Antes de iniciar a dieta verificar o posicionamento da cateter gástrico / enteral.
- Cuidado para não tracionar o cateter gástrico / enteral durante a instalação da dieta.
- Trocar o equipo da dieta a cada 24 horas e / ou sempre que tiver danificado ou se houver contaminação do equipo durante a instalação da dieta.
- Monitorar o paciente durante todo o procedimento e suspender a dieta em caso de retorno do conteúdo gástrico, engasgo ou tosse.
- Sempre administrar água filtrada após a dieta (20 – 50 ml) pelo menos 3 vezes ao dia ou conforme recomendação da nutricionista / prescrição médica.
- Se a dieta estiver em sistema fechado (sonda enteral), utilizar a segunda via do cateter para administração de água filtrada concomitante a dieta (20-30 ml), pelo menos 3 vezes ao dia ou conforme recomendação da nutricionista / prescrição médica.

Ação em caso de não conformidades:

- Caso haja deslocamento de cateter, pare imediatamente a infusão e comunique o enfermeiro / médico.
- Caso ocorra aspiração da dieta, para imediatamente a administração e realize aspiração de vias aéreas, conforme técnica descrita nesse protocolo e comunique ao enfermeiro / médico.
- Se, ao verificar o posicionamento do cateter gástrico, houver aspiração de resíduo gástrico em um volume maior que 100 ml, não administrar a dieta e comunique ao enfermeiro / médico.
- Comunicar ao médico ou enfermeiro, sempre que houver qualquer intercorrência relacionada ao procedimento.

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA POR CATETER GÁSTRICO (GASTROSTOMIA)

Finalidade: Padronizar o fornecimento de alimentação adequada, de maneira segura para o paciente sob os cuidados da equipe de enfermagem.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Implementar ações visando preparar e orientar o paciente e familiares quanto a administração da Terapia Nutricional por gastrostomia.
- Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas de maneira segura e padronizada aos pacientes impossibilitados de receber dieta oral ou por sondagem gástrica / enteral, em decorrência de obstrução completa do esôfago ou problemas neurológicos, nutrição prolongada ou em pacientes debilitados.
- Estabelecer cuidados específicos com a via de administração escolhida.

Material:

- Luva de procedimento;
- Seringa de 20 ml;
- Equipo para dieta;
- Fraco da dieta fornecida pelo serviço de nutrição;
- Bandeja;
- Bomba de infusão (se necessário).

Procedimento:

- Confirmar a indicação de enfermagem (prescrição do enfermeiro) / médica do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Realizar rotina de cuidados com a administração da dieta fornecida, conferindo: prontuário do paciente, rótulo do frasco, nome do paciente, via de administração, volume, horário da dieta com a prescrição médica;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente (mesmo no caso de desorientação) e ao acompanhante;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal 30 – 40 graus;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Clampear a sonda de gastrostomia e conectar a seringa aos componentes da dieta;
- Injetar a dieta na sonda lentamente, com leve pressão do êmbolo, ou colocar a gavagem no equipo e controlar os parâmetros na bomba de infusão (conforme prescrição médica / enfermagem / nutrição);
- Desconectar a seringa, clampear a sonda e fechá-la.
- Após a infusão da dienta, lavar a sonda com 10 ml de água;
- Manter o paciente em posição de decúbito elevado por aproximadamente 30 minutos;
- Lavar as mãos;
- Deixar a unidade em ordem;
- Realizar anotações pertinentes no prontuário;
- Repetir o procedimento, conforme prescrito.

Cuidados:

- Antes de iniciar a dieta verificar o posicionamento da cateter gástrico e aspectos do estoma.
- Observar sinais de rachaduras ou vazamentos de dieta ao longo do cateter.
- Cuidado para não tracionar o cateter gástrico durante a instalação da dieta.
- Trocar o equipo da dieta a cada 24 horas e / ou sempre que tiver danificado ou se houver contaminação do equipo durante a instalação da dieta.
- Monitorar o paciente durante todo o procedimento e suspender a dieta em caso de qualquer intercorrência.
- Sempre administrar água filtrada após a dieta (20 – 50 ml) pelo menos 3 vezes ao dia ou conforme recomendação da nutricionista / prescrição médica.

Ação em caso de não conformidades:

- Caso haja deslocamento de cateter, pare imediatamente a infusão e comunique o enfermeiro / médico.
- Se, ao verificar o posicionamento do cateter gástrico, houver aspiração de resíduo gástrico em um volume maior que 100 ml, não administrar a dieta e comunique ao enfermeiro / médico.
- Comunicar ao médico ou enfermeiro, sempre que houver qualquer intercorrência relacionada ao procedimento.

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA VIA PARENTERAL

Finalidade: Padronizar o fornecimento de alimentação adequada, de maneira segura para o paciente sob os cuidados da equipe de enfermagem.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico em enfermagem (**com supervisão direta do enfermeiro**).

Resultados esperados:

- Implementar ações visando preparar e orientar o paciente e familiares quanto a administração da Terapia Nutricional por via parenteral.
- Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas de maneira segura e padronizada.
- Estabelecer cuidados específicos com a via de administração escolhida.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Sistema fechado de nutrição parenteral;
- Equipo fotossensível para infusão de dieta em bomba de infusão;
- Bomba de infusão;
- Extensão de tomada (se necessário).

Procedimento:

- Confirmar a indicação do procedimento na prescrição médica / nutricionista;
- Lavar as mãos;

- Verificar com a prescrição médica / nutricionista o tipo de dieta; volume de infusão; tempo de infusão e leito do paciente;
- Retirar na farmácia a dieta conforme prescrição médica / nutricionista;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente (mesmo no caso de desorientação) e o acompanhante;
- Lavar as mãos ou friccionar as mãos com álcool gel;
- Calçar luvas de procedimento;
- Misturar a dieta conforme prescrição médica / nutricionista, com técnica asséptica;
- Conectar o equipo de dieta fotossensível ao frasco / bolsa de Nutrição Parenteral e preencher toda sua extensão (retirar o ar do equipo);
- Instalar o equipo da dieta na bomba de infusão;
- Programar a bomba de infusão conforme prescrição médica / nutricionista;
- Fazer desinfecção dos conectores do acesso venoso com álcool 70%;
- Instalar o equipo da nutrição parenteral no conector do acesso venoso com técnica asséptica;
- Iniciar a infusão da dieta;
- Observar o paciente nos primeiros 10 minutos, atentando-se para possíveis reações de hipersensibilidade a dieta (reação alérgica);
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Orientar o paciente e / ou acompanhante para não manipular a bomba de infusão e solicitar ajuda da equipe de enfermagem sempre que houver necessidade de deslocamento do leito; vazamentos de dieta em qualquer ponto de conecção; desconforto e / ou mal – estar e sempre que houver disparo do alarme da bomba de infusão.
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar a bolsa / frasco de dieta com: data e horário do início da infusão; volume e tempo de programação da bomba de infusão e nome do profissional que instalou o sistema.
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a prescrição médica / nutricionista;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

Cuidados:

- A inserção do cateter central é atividade privativa do médico.

- A infusão da nutrição parenteral deve ser exclusivamente por cateter venoso exclusivo, não sendo permitida a infusão concomitante a dieta, de qualquer medicamento ou hemoderivados.
- O tempo máximo de infusão da dieta é de 24 horas, findado esse tempo caso a dieta não tenha sido completamente utilizada, desprezar as sobras e instalar nova dieta.
- O equipo de infusão deverá ser trocada a cada 24 horas (sempre que se iniciar uma nova bolsa / frasco).

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de alteração de parâmetros vitais não esperados durante e / ou após a administração da Nutrição Parenteral, suspender imediatamente a infusão e comunicar ao médico e / ou enfermeiro.

Observações especiais:

- A terapia de Nutrição Parenteral (TNT) pode ser administrada por via periférica ou central conforme a osmolaridade da solução.
  - **Periférica:** É indicada para soluções com osmolaridade menor que 700 mOsm/L.
  - **Central:** É indicada para soluções que tem osmolaridade maior que 700 mOsm/L. Utiliza-se via central de grosso calibre e alto fluxo sanguíneo, tais como: veias subclávia e jugulares. **É contraindicada a veia femoral pelo alto risco de trombose e infecção.**

- Compete ao enfermeiro, segundo **Resolução COFEN 0453/2014:**
  - Proceder a punção venosa periférica de cateter intravenoso de teflon ou poliuretano, ou cateter periférico central (PICC), desde que habilitado e/ou capacitado para o procedimento de acordo com a Resolução COFEN Nº 260/2001;
  - Participar com a equipe médica do procedimento de inserção de cateter venoso central;
  - Assegurar a manutenção e permeabilidade da via de administração da Nutrição Parenteral;
  - Receber a solução parenteral da farmácia e assegurar a sua conservação até a completa administração;
  - Proceder à inspeção visual da solução parenteral antes de sua infusão;
  - Avaliar e assegurar a instalação da solução parenteral observando as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição;

- Assegurar que qualquer outra droga, solução ou nutrientes prescritos, não sejam infundidos na mesma via de administração da solução parenteral;
- Prescrever os cuidados de enfermagem inerentes a Terapia de Nutrição Parenteral em nível hospitalar;
- Detectar, registrar e comunicar ao médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa;
- Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e a evolução do paciente, quanto aos dados antropométricos, peso, sinais vitais, balanço hídrico, glicemia, tolerância digestiva entre outros;

➢ Compete ao Técnico de Enfermagem, segundo **Resolução COFEN 0453/2014** [17]**:**

- Participar de treinamento, conforme programas estabelecidos, garantindo a capacitação e atualização referente às boas praticas da Terapia Nutricional Parenteral;
- Promover cuidados gerais ao paciente de acordo com a prescrição de enfermagem ou protocolo pré-estabelecido;
- Comunicar ao Enfermeiro qualquer intercorrência advinda da Terapia Nutricional Parenteral;
- Proceder o registro das ações efetuadas, no prontuário do paciente, de forma clara, precisa e pontual.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (4, 10, 11, 18, 19)

ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

Finalidade: Administrar insulina de forma padronizada e segura.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Manter controle metabólico dos carboidratos e nível glicêmico adequado.
- Evitar complicações agudas como hiperglicemia, cetoacidose e coma diabético.
- Evitar ou diminuir complicações crônicas em longo prazo.

Material:

- Algodão e álcool a 70% ou clorexidina alcoólica a 05% (tópico);
- Algodão seco;
- Seringas (30; 50 ou 100 unidades) com agulha 13X 4,5 ou 8,0 ou 12,7 ou para pacientes obesos 15 mm; Ou Canetas de insulina com agulha;
- Insulina (conforme prescrição – NPH, regular tipo Humalog);
- Bandeja;
- Luvas de procedimento.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação na prescrição médica do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente (mesmo no caso de desorientação) e ao acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Escolher a seringa e agulha apropridas ou caneta de insulina;

- Ler as informações contidas no rótulo, diferenciando o tipo de insulina, cor e aspecto do conteúdo, presença de grumos e validade;
- Homogeneizar a insulina NPH com movimentos circulares ou rodando o frasco delicadamente na palma da mão, com movimentos delicados;
- Desinfetar a borracha do frasco de insulina com algodão embebido em álcool a 70%;
- Tracionar o êmbolo até a graduação, que corresponde à dose de insulina prescrita;
- Retirar o protetor da agulha e injetar o ar no frasco;
- Sem retirar a agulha do frasco, posicioná-lo de ponta-cabeça e aspirar à dose prescrita;
- Se houver presença de bolhas de ar, eliminá-las com golpes dos dedos;
- Escolher o local de aplicação: face externa média do braço, abdome, linha do umbigo, afastando-se 2 ou 3 cm, quadrante superior – externo do glúteo, face ântero-lateral da coxa a partir da linha média externa;
- Realizar antissepsia da pele do local escolhido com álcool 70%;
- Fazer uma prega cutânea, segurando o tecido subcutâneo inserir a agulha, soltar a prega;
- Injetar a insulina lentamente, deixar a agulha na pele do paciente por 10 segundos antes de retira-la;
- Comprimir o local com algodão seco, por 10 segundos, sem fazer massagem ou esfregar a pele do paciente.

Cuidados:

- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- A insulina aberta, mesmo na geladeira tem validade de 30 dias.
- O armazenamento da insulina deve ser feito de 2 a 8 graus, na parte inferior da geladeira, em recipiente limpo e com a data de abertura anotada.
- Deixar o frasco longe do congelador, pois o gelo cristaliza a insulina.

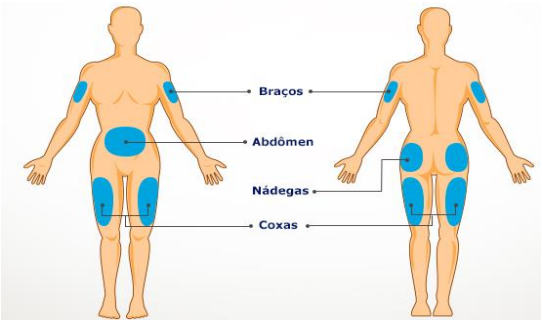


Ilustração de locais para aplicação de insulina.

- É importante conhecer o início e o pico de ação de todas as insulinas para poder observar qualquer reação do paciente e relacionar as glicemias obtidas, como demonstrado no quadro abaixo:

Ação	*Tipo de insulina*	*Início da ação*	*Pico*	*Duração*	*Via de administração*
Rápida (aspecto claro)	Regular ou cristalina	30 minutos	Após 2 horas	6 a 7 horas	IV ou SC
Ultrarrápida (aspecto claro)	Lispro® / Aspart®	5 a 15 minutos	0,5 a 2,5 horas	3 a 4 horas	IV ou SC
Intermediária (aspecto leitoso)	NPH ou Lenta	1 a 2 horas	8 a 12 horas 4 a 10 horas	20 a 24 horas	Somente SC
Ultralenta (aspecto leitoso)	Glargina® / Lantus®	2 a 8 horas	Não tem	30 horas	Somente SC

***Fonte: Viana, DL; Leão, ER; Figueiredo, NMA. Especializações em enfermagem. Atuação, intervenção e cuidados de enfermagem.**

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de hematomas, endurecimento e sinais de infecção no local de aplicação da medicação, comunicar ao médico e / ou enfermeiro.
- Caso ocorra qualquer intercorrência durante e após a administração da enoxaparina, comunicar imediatamente ao médico e / ou enfermeiro.

ADMINISTRAÇÃO DE ENOXAPARINA

Finalidade: Administrar enoxaparina de forma padronizada e segura.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Administrar enoxaparina de forma segura, com o menor risco possível ao paciente.
- Prevenir o aparecimento de Trombose Venosa Profunda e Tromboembolia Pulmonar nos pacientes internos, através da administração adequada da enoxaparina.

Material:

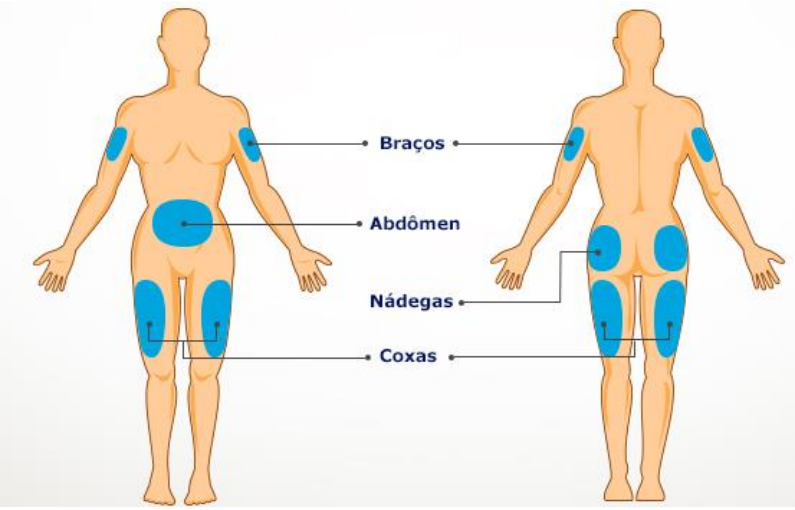
- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Enoxaparina (seringa pré-enchida com sistema de segurança);
- Algodão;
- Álcool 70%;

Procedimento:

- Confirmar a solicitação na prescrição médica do procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e leva-lo para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente (mesmo no caso de desorientação) e ao acompanhante;
- Higienizar as mãos friccionando-as com álcool gel ou álcool 70%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Limpar (não esfregar) com algodão e álcool 70% o local selecionado para injeção;
- Verifique se a seringa não está danificada e se o medicamento dentro está como uma solução límpida, sem partículas;
- Retirar a capa protetora da agulha;
- Ajustar a dose a ser injetada (se necessário);
- Fazer prega cutânea (entre os dedos polegar e indicador);
- Introduzir a agulha perpendicularmente na espessura de uma prega cutânea;
- Introduzir a medicação, mantendo a prega cutânea durante todo o período da injeção;
- Ativar o mecanismo de segurança da seringa pré-enchida (pressionando o êmbolo até o final); protegendo completamente a agulha utilizada, sem causar desconforto ao paciente;
- Não esfregue o local da injeção após o procedimento;
- Descarte a seringa em local apropriado (lixeira para perfuro-cortante).
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a prescrição médica / nutricionista;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

Cuidados:

- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- A injeção subcutânea aplicada corretamente (no tecido subcutâneo, abaixo da pele) é essencial para reduzir a dor e ferimento no local da injeção.
- Para evitar perda de medicamento, não pressione o êmbolo.
- Não expelir qualquer bolha de ar da seringa pré-enchida antes de administrar o medicamento, pois, está faz parte do dispositivo de segurança da seringa.
- Para evitar acidentes com a agulha após a injeção, as seringas pré-enchidas são providas de um dispositivo de segurança automático, devendo ser descartadas em local apropriado (lixeira para perfuro-cortante).
- O local recomendado para injeção é na gordura da parte inferior do abdômen, pelo menos 5 centímetros de distância da cicatriz umbilical para fora em ambos os lados.
- Os lados de aplicação deverão ser alternados a cada dose.
- A enoxaparina poderá ser administrada em via endovenosa em bolus apenas nos casos de tratamento de infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST, observando rigorosamente a dosagem prescrita.
- Em caso de terapia prolongada, poderá utilizar outros locais de aplicação, conforme ilustração abaixo:



Ação em caso de não conformidades:

- Se ao verificar a seringa a mesma, estiver danificada ou o medicamento não for límpido, descarte-a e utilize outra seringa.
- Em caso de hematomas, endurecimento e sinais de infecção no local de aplicação da medicação, comunicar ao médico e / ou enfermeiro.
- Caso ocorra qualquer intercorrência durante e após a administração da enoxaparina, comunicar imediatamente ao médico e / ou enfermeiro.

Observações importantes:

- Ao retirar a capa protetora da agulha, uma gota de medicamento pode aparecer na ponta da agulha. Caso isso ocorra, remova-a antes de injetar o medicamento através de batidas suaves no corpo da seringa com a agulha apontada para baixo. Não expelir a bolha de ar da seringa antes de administrar a injeção.
- Se for necessário ajustar a dose a ser administrada com a disponível na seringa deve-se: segurar a seringa apontando para baixo (para manter a bolha de ar na seringa) e expelindo o excesso do medicamento em um recipiente adequado. O excesso deve ser expelido sempre antes da administração da dose.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR SONDA NASOGÁSTRICA / OROGÁSTRICA / NASOENTERAL / GASTROSTOMIA

Finalidade: Utilizar a via digestiva para administração e absorção dos medicamentos em pacientes impossibilitados ou com dificuldades de deglutir.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Administração correta de medicação através da Sonda Nasogástrica / Nasoenteral / Gastrostomia.
- Promover a segurança do paciente durante a administração de medicamentos.
- Obter o efeito terapêutico desejado.

Material:

- Bandeja;
- Triturador de comprimido;

- Copo descartável;
- 02 Seringas de 20 ml;
- Estetoscópio (sonda nasogastrica / orogástrica / enteral);
- Medicamento prescrito;
- Copo com água filtrada;
- Cuba rim;
- Gaze;
- Fita crepe;
- Papel toalha.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme a prescrição médica;
- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo.
- Fazer etiqueta para identificação do medicamento que será preparado / administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, hora de administração e nome do profissional, fixando-a na seringa de 20 ml;
- Triturar o medicamento caso seja comprimido e diluir o medicamento em 05 ml de água destilada / filtrada;
- Aspirar ao medicamento diluído com uma seringa de 20 ml e identifica-lá;
- Levar a bandeja até o quarto e coloca-la na mesinha de cabeceira;
- Lavar as mãos;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Solicitar ao paciente que se sente ou instruí-lo a ficar na posição Fowler (30°);
- Conferir o posicionamento do cateter;
- Abrir a sonda e adaptar a seringa;
- Testar a permeabilidade da sonda;
- Injetar, lentamente, toda a medicação;
- Lavar o cateter com 10 a 20 ml de água destilada / filtrada após a medicação;

- Se houver outros medicamentos a serem administrados no mesmo horário repetir os seguintes procedimentos: Injetar, lentamente, toda a medicação e Lavar o cateter com 10 a 20 ml de água destilada / filtrada após a medicação;
- Deixar a sonda fechada (se não estiver recebendo dieta);
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Recolher o material utilizado e desprezar o que for descartável no lixo apropriado;
- Lavar as mãos;
- Checar a medicação administrada com sua rubrica na prescrição médica e proceder anotações de enfermagem que forem pertinentes, relacionadas ao procedimento.

Cuidados:

- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- Clampear a sonda ao manipulá-la para evitar entrada de ar e distensão abdominal.
- Fazer um circulo sobre o horário quando a medicação não for administrada e justificar na evolução ou anotação de enfermagem o motivo.
- Os comprimidos devem ser bem triturados e a sonda bem lavada após a administração da medicação para que não fique obstruída.
- As cápsulas serão abertas e o medicamento contido nelas dissolvidos.
- Se o paciente retirar a sonda por acidente, avisar ao enfermeiro e ao médico plantonista.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar qualquer alteração ou desconforto do paciente após administração de medicamentos ao Enfermeiro ou médico plantonista.
- Se o cliente apresentar vômitos ou reações adversas, comunicar ao enfermeiro da unidade / médico.
- Caso a sonda não esteja permeável, comunicar ao enfermeiro para passagem de nova sonda ou desobstrução (gastrostomia).
- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, médico ou farmacêutico previamente à execução da mesma.

- Na recusa do medicamento, "bolar" o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e / ou médico.
- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor e, não realizar a medicação até que a prescrição esteja adequada.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, "bolar" o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor.
- Na ausência do nome do medicamento, volume, dosagem, tempo de infusão e via de administração comunicar o enfermeiro ou ao médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, doses excessivas, via de administração inadequada, medicamentos incompatíveis, infusão venosa sem complemento de posologia e medicação inadequada para a condição clínica, comunicar o enfermeiro ou acionar o médico prescritor.
- Caso obstrução do cateter comunicar o enfermeiro.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA AURICULAR

Finalidade: Utilizar a via auricular para administração e absorção dos medicamentos conforme necessidade do paciente.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Administração correta de medicação através da via auricular.
- Promover a segurança do paciente durante a administração de medicamentos.
- Obter o efeito terapêutico desejado.

Material:

- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Corpo descartável;
- Bola de algodão;

- Fita crepe;
- Luvas de procedimento.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme a prescrição médica;
- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo.
- Fazer etiqueta para identificação do medicamento que será preparado / administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, hora de administração e nome do profissional, fixando-a na seringa com o medicamento preparado;
- Lavar as mãos;
- Levar o medicamento até o leito do paciente na bandeja;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Lateralizar a cabeça do paciente;
- Secar o pavilhão auricular com a bola de algodão, puxando o lóbulo da orelha, para cima e para trás, em adultos e para baixo e para trás, em crianças;
- Pingar a quantidade de gotas prescritas, sem tocar o conta-gostas no paciente;
- Ocluir o pavilhão externo com a bola de algodão;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Cuidados:

- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.

- Fazer um circulo sobre o horário quando a medicação não for administrada e justificar na evolução ou anotação de enfermagem o motivo.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar qualquer alteração ou desconforto do paciente após administração de medicamentos ao enfermeiro ou médico plantonista.
- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, médico ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Na recusa do medicamento, "bolar" o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e / ou médico.
- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor e, não realizar a medicação até que a prescrição esteja adequada.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, "bolar" o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, doses excessivas, via de administração inadequada, medicamentos incompatíveis, infusão venosa sem complemento de posologia e medicação inadequada para a condição clínica, comunicar o enfermeiro ou acionar o médico prescritor.
- Caso obstrução do cateter comunicar o enfermeiro.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA

Finalidade: Administrar de forma padronizada e segura medicamentos e imunobiológicos por via intradérmica.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Promover a segurança do paciente na administração de medicamentos.

Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Álcool 70%;
- Seringa de 1ml, tipo insulina ou vacina com o medicamento prescrito;
- Agulha pequena 13 X 4,5;
- Agulha 25 X 7;
- 02 bolas de algodão;
- Fita crepe (etiqueta de identificação da medicação);
- Luvas de procedimento.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme a prescrição médica;
- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo.
- Fazer etiqueta para identificação do medicamento que será preparado / administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, hora de administração e nome do profissional, fixando-a na seringa com a medicação preparada;
- Lavar as mãos;
- Preparar a medicação (fazer a desinfecção da ampola / frasco com algodão e solução alcoólica a 70 %);
- Aspirar à dose de medicação com agulha 13 X 4,5; conforme prescrição médica;
- Identificar a seringa com a etiqueta para identificação;
- Lavar as mãos;
- Levar o medicamento até o leito do paciente na bandeja;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Escolher e ou expor a área de aplicação;

- Realizar a antissepsia da pele com a bola de algodão embebida em álcool 70%, com movimentos circulares de fora para dentro;
- Aspirar à medicação com agulha 25x7;
- Firmar a pele com o dedo polegar e indicador da mão não dominante;
- Com a mão dominante, segurar a seringa e introduzir a agulha no ângulo de 15º e com o bisel voltado para cima (introduzir em médica 2 mm da agulha);
- Injetar o conteúdo da seringa observando a formação de uma rápida pápula;
- Retirar a agulha com movimento único e rápido;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Checar a medicação realizada com sua rubrica na prescrição médica (prontuário do paciente);
- Anotar o procedimento realizado no relatório de enfermagem e as intercorrências relacionadas à administração do medicamento, se houver;

Cuidados:

- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- A penetração da agulha não deve passar de 02 mm (somente o bisel).
- Não realizar qualquer tipo de compressas no local de administração da medicação.
- Realizar rodízio do local de aplicação da medicação no próximo horário (se for realizado mais de uma dose).
- Colocar algodão seco sobre o local de administração do medicamento, somente se houver sangramento ou extravasamento da droga.
- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro e faça a notificação na ficha de notificação de eventos implementada pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, médico prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Nos casos em que o paciente recusar a administração do medicamento, “bolar” o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e médico.

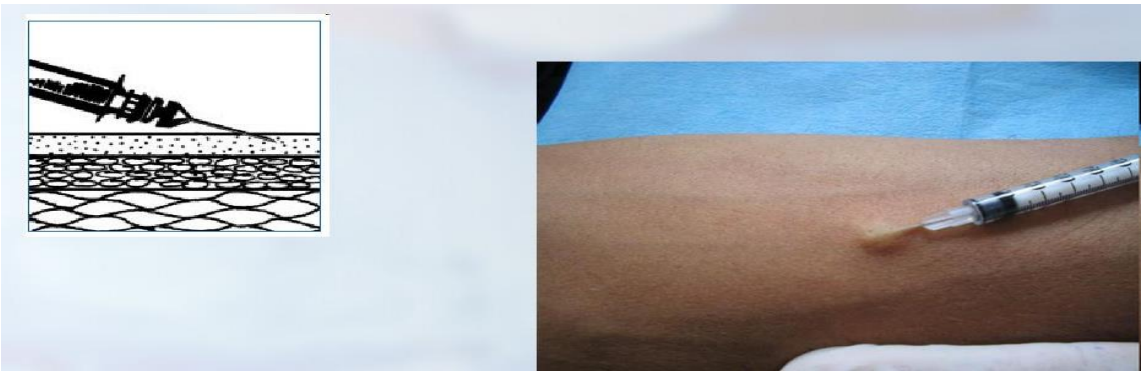
- **Enfermeiro:** realizar orientações ao paciente e familiar, quanto a necessidade da medicação prescrita, possível eventos na administração da medicação e prejuízos no tratamento clínico, caso mantenha a decisão de não tomar a medicação prescrita. Registre no prontuário e comunique o médico assistente.

- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou ao médico prescritor e aguardar que faça a correção da mesma, para realizar o procedimento.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, "bolar" o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar ao enfermeiro ou o médico prescritor.
- Na ausência do nome do medicamento, volume, dosagem, tempo de infusão e via de administração comunicar o enfermeiro ou ao médico prescritor aguardar que faça a correção da mesma, para realizar o procedimento.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar ao enfermeiro e ou farmacêutico, para devidas providências.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, doses excessivas, via de administração inadequada, medicamentos incompatíveis, infusão venosa sem complemento de posologia e medicação inadequada para a condição clínica, comunicar o enfermeiro ou ao médico prescritor aguardar que faça a correção da mesma, para realizar o procedimento.
- Em caso de retorno sanguíneo à aspiração, não injete o medicamento, retire a agulha e comprima o local. Troque todo o material (seringa, agulha e medicamento) e escolha novo local de aplicação.

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar enfermeira se observar reações locais ou sinais flogísticos.

Ilustração da técnica de aplicação de medicamentos por via intradémica:



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR

Finalidade: Administrar medicamentos uma solução líquida, composta de agentes farmacológicos e outros líquidos, introduzida através de uma agulha que penetra o músculo e qualquer tecido que o cubra.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Aplicação de medicação intramuscular de forma segura e eficaz ao paciente internado.
- Obter efeito farmacológico mais rápido que quando administrado por via oral ou subcutânea.
- Evitar efeitos colaterais no aparelho gástrico (náuseas, vômitos, gastrites e outros).
- Manter os níveis terapêuticos dos fármacos em pacientes internados.

Material:

- Bandeja;
- Medicação prescrita;
- Seringa de 03 - 05ml;
- Agulha para aspirar medicamento (40x12);
- Agulha para administração da medicação (25x8 ou 25x7);
- Algodão com álcool 70%;
- Fita crepe ou microporosa;
- Luva de procedimento.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme a prescrição médica;
- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo.

- Fazer etiqueta para identificação do medicamento que será preparado / administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, hora de administração e nome do profissional, fixando-a na seringa com a medicação preparada;
- Lavar as mãos;
- Aspirar a dose de medicamento conforme prescrição médica, com a agulha 40x12;
- Trocar a agulha 40x12 pela agulha 25x7 ou 25x8 conforme musculatura do paciente;
- Identificar a seringa com a etiqueta para identificação do medicamento;
- Lavas as mãos;
- Levar o medicamento até o leito do paciente na bandeja;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Escolher o local de aplicação;
- Realizar antissepsia da pele com a bola de algodão embebida em álcool 70%, com movimentos únicos de fora para dentro;
- Segurar a seringa com a mão dominante;
- Fixar o músculo com a mão não dominante;
- Introduzir a agulha no local programado, com segurança no ângulo de 90º;
- Soltar o músculo e aspirar para verificar algum vaso foi atingido;
- Injetar a solução medicamentosa;
- Retirar a agulha fazendo leve compressão com o algodão sobre o local;
- Fixar a fita microporosa ou crepe no local de aplicação da medicação, para evitar extravasamentos;
- Desprezar o material em local apropriado;
- Retirar luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação administrada com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos (se necessário);
- Repetir o procedimento conforme prescrição médica.

Cuidados:

- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- Em criança, utilizar o vasto lateral da coxa (1/3 médio), pela proximidade do nervo ciático na região dorso glútea;
- Respeitar os volumes de medicações/soluções preconizadas em cada músculo.
- Evitar áreas inflamadas, hipotróficas, paresias, plegias e outros, pois podem dificultar a absorção do medicamento.
- Atentar para possíveis complicações: aparecimento de nódulos locais, abscessos, necrose e lesão de nervo.
- Fazer um círculo sobre o horário da medicação prescrita, quando a mesma não for administrada e justificar na evolução ou anotação de enfermagem.

Ação em caso de não conformidades:

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, realizar notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente e comunique o enfermeiro / médico plantonista.
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro e / ou com o médico prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Na recusa do medicamento por parte do paciente, “bolar” o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e / ou médico.
- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o prescritor.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, “bolar” o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e / ou o médico prescritor.
- Na ausência do nome do medicamento, volume, dosagem, tempo de infusão e via de administração comunicar o enfermeiro e / ou o médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, doses excessivas, via de administração inadequada, medicamentos incompatíveis, sem complemento de posologia e medicação inadequada para a condição clínica, comunicar o enfermeiro e / ou o médico prescritor e não administrar a medicação até que a prescrição médica seja devidamente corrigida.
- Em caso de retorno sanguíneo à aspiração, não injete o medicamento, retire a agulha e comprima o local. Troque todo o material (seringa, agulha e medicamento) e escolha novo local, para a aplicação da medicação.
- Em caso de soluções densas, utilizar a agulha 30x8 para aplicação.
- Comunicar qualquer intercorrência durante o procedimento ao enfermeiro da unidade.

Observações importantes: Locais de realização de intramuscular

Dorso-glúteo:

Divida a nádega em quadrantes e injete no quadrante superior externo. Cerca de 5 a 7,5 cm abaixo da crista ilíaca. Insira a agulha em ângulo de 90 graus, sendo o volume máximo 5 ml.

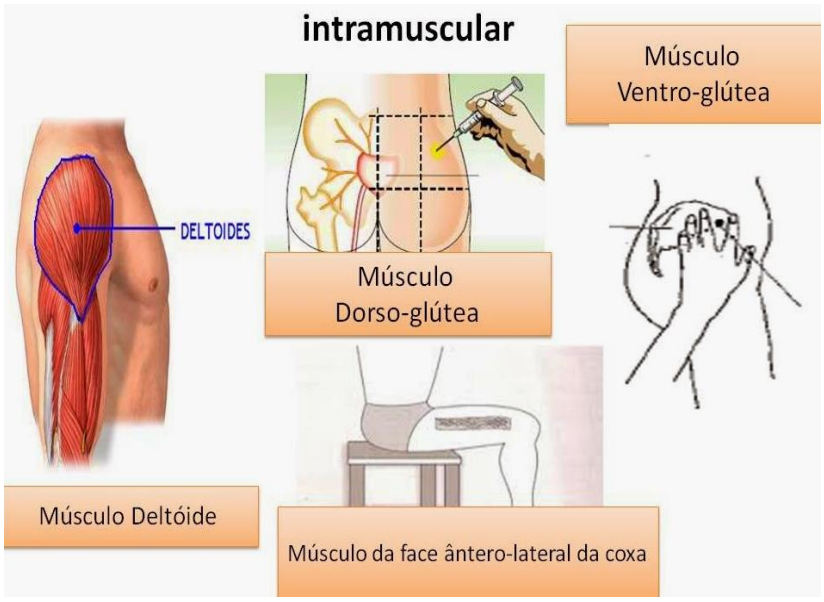
Vasto lateral:

Utilizar o músculo lateral do quadríceps, cinco dedos acima do joelho. Insira a agulha no terço médio do músculo paralelo à superfície sobre a qual o cliente está deitado, sendo o volume máximo 05 ml.

Deltóide:

Encontra a borda inferior do processo acromial e o ponto na face lateral do braço na altura da axila. Insira agulha 2,5 a 5 cm abaixo do processo acromial em um ângulo de 90º sendo o volume máximo de 03 ml.





ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAVENOSA / ENDOVENOSA

Finalidade: Promover a administração de medicamentos em solução líquida, composta de agentes farmacológicos e outros líquidos, introduzida através da via endovenosa.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Aplicação de medicação intravenosa / endovenosa de forma segura e eficaz ao paciente internado.
- Obter efeito farmacológico mais rápido que quando administrado por outras vias.
- Evitar efeitos colaterais no aparelho gástrico (náuseas, vômitos, gastrites e outros).
- Manter os níveis terapêuticos dos fármacos em pacientes internados.
- Execução da técnica correta sem complicações.

Material:

- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Seringa ou frasco com a medicação devidamente identificada;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Fita crepe;
- Agulha 40x12 e 25x7;
- Água destilada.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme a prescrição médica;
- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo.

- Fazer etiqueta para identificação do medicamento que será preparado / administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, hora de administração e nome do profissional, fixando-a na seringa com a medicação preparada;
- Lavar as mãos;
- Fazer desinfecção da ampola / frasco com algodão embebido em álcool 70%;
- Diluir o medicamento caso seja pó com água destilada;
- Aspirar à dose de medicamento conforme prescrição médica, com a agulha 40x12;
- Trocar a agulha 40x12 pela agulha 25x7 ou 25x8 conforme musculatura do paciente;
- Identificar a seringa com a etiqueta para identificação do medicamento;
- Lavas as mãos;
- Levar o medicamento até o leito do paciente na bandeja;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar se o paciente possui dispositivo venoso, na inexistência realizar punção venosa;
- Fazer antissepsia da dândula com técnica asséptica (no injetor do equipo) ou do conector do equipo ou polifix;
- Conectar a seringa à dândula com técnica asséptica;
- Testar a permeabilidade do acesso venoso, aspirando o acesso e verificando se há retorno venoso;
- Administrar lentamente a solução, atentando para queixas de ardência, dor e edema local;
- Desconectar a seringa ao término da medicação;
- Conectar uma tampa estéril na dândula (se for o caso);
- Recolher o material e desprezar em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Cuidados:

- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.

- Evitar punção venosa e administração de medicamentos em áreas inflamadas, hipotróficas, paresias, plegias e outras alterações que podem dificultar a absorção do medicamento.
- Nunca puncionar o membro com fístula arteriovenosa.
- Atentar para possíveis complicações: aparecimento de calor, rubor, abscessos, necrose e sinais de infiltração; seroma; hematoma e flebite.
- Fazer um círculo sobre o horário da medicação prescrita, quando a mesma não for administrada e justificar na evolução ou anotação de enfermagem.
- Caso venha a extravasar medicamento para fora do vaso venoso, retirar o acesso, e fazer nova punção em outro membro, refazer a medicação.

Ação em caso de não conformidades:

- Observar manifestações clínicas de reações pirogênicas ou bacterêmicas (calafrios, intensos, elevação, da temperatura, sudorese, pele fria, queda de pressão arterial, cianose de extremidades ou labial, com abrupta queda do estado geral do paciente), caso esteja presentes, parar imediatamente a infusão, trocar o acesso venoso e comunicar ao médico.
- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, realizar notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente e comunicar o enfermeiro / médico plantonista.
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro e / ou com o médico prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Na recusa do medicamento por parte do paciente, “bolar” o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e / ou médico.
- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o prescritor.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, “bolar” o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e / ou o médico prescritor.
- Na ausência do nome do medicamento, volume, dosagem, tempo de infusão e via de administração comunicar o enfermeiro e / ou o médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, doses excessivas, via de administração inadequada, medicamentos incompatíveis, sem complemento de posologia e medicação inadequada para a condição clínica, comunicar o enfermeiro e / ou o médico prescritor e não administrar a medicação até que a prescrição médica seja devidamente corrigida.

- Em caso de retorno sanguíneo à aspiração, não injete o medicamento, retire a agulha e comprima o local. Troque todo o material (seringa, agulha e medicamento) e escolha novo local, para a aplicação da medicação.
- Comunicar qualquer intercorrência durante ou imediatamente após a administração da medicação endovenosa ao enfermeiro e / ou médico plantonista.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA NASAL

Finalidade: Promover a administração de medicamentos de maneira segura e adequada por via tópica – nasal.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Aplicação de medicação por via nasal de forma segura e eficaz ao paciente internado.
- Manter os níveis terapêuticos dos fármacos em pacientes internados.
- Execução da técnica correta sem complicações.

Material:

- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Seringa 03 ml;
- Copo descartável;
- Papel toalha ou gazes;
- Fita crepe;
- Luvas de procedimento.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme a prescrição médica;
- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo.

- Fazer a etiqueta para identificação do medicamento que será preparado / administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, horas de administração e nome do profissional, fixando-a no recipiente com a medicação preparada;
- Lavar as mãos;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Limpar a narina do paciente com papel toalha ou gazes;
- Elevar a cabeceira da cama (se não houver contraindicação);
- Inclinar a cabeça do paciente para trás;
- Pingar a quantidade de gotas prescritas;
- Manter a cabeça do paciente inclinada por alguns minutos;
- Segurar a faze de encontro à narina;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher e desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavasr as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Cuidados:

- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- Fazer um círculo sobre o horário da medicação prescrita, quando a mesma não for administrada e justificar na evolução ou anotação de enfermagem.
- Caso venha a extravasar medicamento para fora da narina, readministre as gotas que extravasaram.

Ação em caso de não conformidades:

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.

- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, médico prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Na recusa do medicamento por parte do paciente e / ou acompanhante responsável, “bolar” o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e médico.
- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o médeico prescritor e aguardar as devidas correções para só então realizar a administração de medicamentos.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, “bolar” o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro e/ médico.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, comunicar o enfermeiro ou acionar o médico prescritor.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR

Finalidade: Promover a administração segura e com técnica adequada de medicamento por via ocular.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Promover a segurança do paciente na administração de medicamentos por via ocular.

Material:

- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Copo descartável;
- Conta gotas;
- Fita crepe;

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme a prescrição médica;

- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo.
- Fazer a etiqueta para identificação do medicamento que será preparado / administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, horas de administração e nome do profissional, fixando-a no recipiente com a medicação preparada;
- Lavar as mãos;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Solicitar o paciente que olhe para cima e para o lado;
- Afastar a pálpebra inferior com o dedo polegar, com auxílio da gaze;
- Em caso de medicamento líquido: Instilar o número de gotas prescritas, sem tocar a conjuntiva;
- Em caso de pomadas: aplicar uma fina camada em toda a extensão do fónix inferior, sem tocar a conjuntiva;
- Soltar a pálpebra, pedir para o paciente fechar os olhos e secar o excesso da medicação com gazes;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Cuidados:

- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- Fazer um círculo sobre o horário da medicação prescrita, quando a mesma não for administrada e justificar na evolução ou anotação de enfermagem.

Ação em caso de não conformidades:

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, médico prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Na recusa do medicamento por parte do paciente e / ou acompanhante responsável, "bolar" o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e médico.
- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o médeico prescritor e aguardar as devidas correções para só então realizar a administração de medicamentos.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, "bolar" o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro e/ médico.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, comunicar o enfermeiro ou acionar o médico prescritor.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA ORAL

Finalidade: Promover a administração segura e com técnica adequada de medicamento por via oral.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados Esperados:

- Manter o nível terapêutico de medicamento de absorção gastrintestinal.
- Evitar procedimentos invasivos nos pacientes com condições de deglutição e absorção por via gástrica, visando a uma melhor aceitação do tratamento e evitando o trauma do procedimento doloroso.

Material:

- Copo descartável (50 ml);
- Conta-gotas (se necessário);
- Papel toalha;
- Máscara cirúrgica;
- Medicamento prescrito;
- Seringa (se necessário);

- Triturador (se necessário);
- Copo com água ou suco (se não houver contraindicação);
- Fita crepe;
- Bandeja;

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme prescrição médica;
- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo;
- Fazer a etiqueta para identificação do medicamento que será preparado / administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, horas de administração e nome do profissional, fixando-a no recipiente (copo descartável – 50 ml) com a medicação preparada;
- Lavar as mãos;
- Colocar o medicamento no copo descartável sem tocá-los (usar seringa ou medidor para os líquidos);
- Levar o medicamento até o leito do paciente na bandeja;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Oferecer a medicação ao paciente (colocar o copo descartável com a medicação na mão ou na boca do paciente, oferecendo-lhe água em seguida);
- Certificar-se que o paciente inferiu a medicação;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento e a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos;

Cuidados:

- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- Fazer um círculo sobre o horário da medicação prescrita, quando a mesma não for administrada e justificar na evolução ou anotação de enfermagem.
- O cliente deve ser orientado sobre o efeito do medicamento, devendo preferencialmente estar sentado.
- Avaliar as condições de deglutição do cliente, caso necessário, triturar os comprimidos e diluir em pequena quantidade de água e administrar com o auxilio de uma seringa, tendo o cuidado de sentar o cliente.
- Nunca deixar o medicamento sobre a mesa de cabeceira.
- A administração de medicamento via oral está **Contraindicada nos seguintes casos:** Pacientes incapazes de deglutir ou inconscientes; Em caso de vômitos constantes com ou sem relação direta a administração de medicamentos.
- Quando o paciente estiver em jejum / dieta zero para realização de procedimento cirúrgico e ou exames, discutir com o médico se a medicação será adiada ou suspensa.
- Se o pacente estiver em isolamento utilizar a máscara N-95 em substituição a máscara cirúrgica, conforme indicação do tipo de isolamento.

Ação em caso de não conformidades:

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, médico prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Na recusa do medicamento por parte do paciente e / ou acompanhante responsável, “bolar” o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e médico.
- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o médeico prescritor e aguardar as devidas correções para só então realizar a administração de medicamentos.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, “bolar” o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro e/ médico.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, comunicar o enfermeiro ou acionar o médico prescritor.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBCUTÂNEA

Finalidade: Promover a administração segura e com técnica adequada de medicamento por via subcutânea.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados Esperados:

- Execução da técnica correta e sem complicações.
- Promover a segurança do paciente na administração de medicamentos por via subcutânea em pacientes sob os nossos cuidados.

Material:

- Bandeja:
- Medicação prescrita;
- Seringa especial de 0,5 a 1ml (seringa de insulina)
- Agulha pequena 13 x 4,5;
- Agulha 30 x 8;
- Álcool a 70%;
- Algodão;
- Fita crepe;
- Luvas de procedimento.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme prescrição médica;
- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo;
- Lavar as mãos;
- Fazer a desinfecção da ampola/franco com algodão e solução alcoólica 70%;

- Aspirar à dose de medicação com agulha 30 X 8;
- Trocar a agulha 30 X 8 por 13 X 4,5;
- Fazer a etiqueta para identificação do medicamento que será preparado / administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, horas de administração e nome do profissional, fixando-a na seringa com a medicação preparada;
- Lavar as mãos;
- Levar o medicamento até o leito do paciente na bandeja;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher o local de aplicação da medicação;
- Fazer a antissepsia da pele com algodão embebido em álcool 70%, com movimentos circulares de fora para dentro;
- Colocar uma bola de algodão seco entre os dedos mínimo e anular da mão não dominante;
- Fazer uma prega na pele com o polegar e indicador da mão não dominante;
- Distender a pele ou fazer uma prega no tecido subcutâneo;
- Introduzir a agulha num ângulo de 90º em relação à pele;
- Soltar a prega, realizar aspiração para verificar se não atingiu nenhum vaso;
- Injetar lentamente a medicação, observando as reações do paciente;
- Retirar a agulha com um movimento único, rápido e firme;
- Comprimir o local da aplicação da medicação com algodão (não massagear);
- Recolher o material, deixando o quarto em ordem e o cliente confortável;
- Descartar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar luvas de procedimento;
- Deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos;
- Repetir o procedimento conforme prescrição médica.

Cuidados:

- A utilização da via subcutânea para administração de medicamentos está indicada nas seguintes situações: Hipoglicemiantes (insulina); Vacinas; Anticoagulantes; Adrenalina e outros hormônios.

- Os locais mais indicados para aplicação: face externa e superior do braço, no abdome (região Peri - umbilical), face anterior e lateral das coxas e região infraescapular (vide ilustração no POP – administração de insulina e / ou administração de enoxaparina).
- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- Fazer um círculo sobre o horário da medicação prescrita, quando a mesma não for administrada e justificar na evolução ou anotação de enfermagem.

Ação em caso de não conformidades:

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, médico prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Na recusa do medicamento por parte do paciente e / ou acompanhante responsável, “bolar” o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e médico.
- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor e aguardar as devidas correções para só então realizar a administração de medicamentos.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, “bolar” o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro e/ médico.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, comunicar o enfermeiro ou acionar o médico prescritor.
- Em caso de retorno sanguíneo à aspiração, não injete o medicamento, retire a agulha e comprima o local. Troque o material e escolha novo local de aplicação.
- No aparecimento de qualquer intercorrência antes ou após a administração de medicamentos por via subcutânea, comunicar o enfermeiro e / ou médico da unidade.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA SUBLINGUAL

Finalidade: Promover a administração segura e com técnica adequada de medicamento por via sublingual.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Obtenção imediata do efeito do medicamento absorvido pela mucosa bucal, evitando sua inativação pelo suco gástrico.

Material:

- Medicação prescrição;
- Copo descartável;
- Luvas de procedimento;
- Conta gotas;
- Fita crepe;
- Bandeja;

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme prescrição médica;
- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo;
- Fazer a etiqueta para identificação do medicamento que será preparado / administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, horas de administração e nome do profissional, fixando-a no copo descartável em que será colocado a medicação;
- Lavar as mãos;
- Colocar o medicamento no copo descartável sem tocá-lo com as mãos;
- Levar a bandeja com a medicação para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Solicitar que o paciente abra a boca e repouse a língua no palato;
- Colocar o medicamento sob a língua do paciente;
- Solicitar que o paciente permaneça com o medicamento sob a língua até a sua completa absorção;

- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Cuidados:

- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- Fazer um círculo sobre o horário da medicação prescrita, quando a mesma não for administrada e justificar na evolução ou anotação de enfermagem.

Ação em caso de não conformidades:

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, médico prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Na recusa do medicamento por parte do paciente e / ou acompanhante responsável, “bolar” o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e médico.
- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor e aguardar as devidas correções para só então realizar a administração de medicamentos.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, “bolar” o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro e/ médico.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, comunicar o enfermeiro ou acionar o médico prescritor.
- No aparecimento de qualquer intercorrência antes ou após a administração de medicamentos por via sublingual, comunicar o enfermeiro e / ou médico da unidade.

- O comprimido deve ser colocado inteiro, embaixo da língua do paciente e, o cliente deve ser orientado a não mastigá-lo para que a absorção da medicação seja feita lentamente.
- Caso o paciente possua medicação Via Oral, prescrita para ser administrada em horário concomitante ao medicamento sublingual, o mesmo, deve deixar para administrar o medicamento na via Sublingual por último.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA VAGINAL

Finalidade: Promover a administração segura e com técnica adequada de medicamento por via vaginal.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Promover a segurança do paciente na administração de medicamento via vaginal.
- Execução da técnica adequada de administração de medicamento via vaginal.

Material:

- Medicação prescrição;
- Aplicador vaginal;
- Máscara cirúrgica;
- Fita crepe;
- Biombo;
- Bandeja;
- Luva de procedimento.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme prescrição médica;
- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo;

- Fazer a etiqueta para identificação do medicamento que será administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, hora de administração e nome do profissional, fixando-a no recipiente contendo a medicação que será administrada;
- Lavar as mãos;
- Levar a bandeja com a medicação para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Promover sua privacidade com a colocação de biombos ao redor do leito;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar o paciente em posição ginecológica;
- Realizar higiene íntima (se necessário), conforme protocolo;
- Abrir os grandes lábios com a mão não dominante, utilizando o dedo indicador e polegar para visualizar o orifício vaginal;
- Introduzir o aplicador no canal vaginal delicadamente;
- Introduzir o medicamento na vagina;
- Retirar o aplicador ao término da medicação;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Orientar a paciente a permanecer deitada por pelo menos 1 hora;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Cuidados:

- Se for possível, administrar as medicações por essa via, próximo ao horário em que a paciente prefira dormir, para permitir melhor ação medicamentosa pelo contado do canal vaginal com a medicação.
- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da administração de medicamento via vaginal, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto a paciente a ser medicada.
- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.

- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- Fazer um círculo sobre o horário da medicação prescrita, quando a mesma não for administrada e justificar na evolução ou anotação de enfermagem.
- Caso o paciente esteja em situação de isolamento, utilizar a máscara N-95 em substituição a máscara cirúrgica conforme indicação do tipo de isolamento.

Ação em caso de não conformidades:

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, médico prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Na recusa do medicamento por parte do paciente e / ou acompanhante responsável, "bolar" o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e médico.
- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor e aguardar as devidas correções para só então realizar a administração de medicamentos.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, "bolar" o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro e/ médico.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, comunicar o enfermeiro ou acionar o médico prescritor.
- No aparecimento de qualquer intercorrência antes ou após a administração de medicamentos por via sublingual, comunicar o enfermeiro e / ou médico da unidade.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA RETAL

Finalidade: Promover a administração segura e com técnica adequada de medicamento por via retal.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Promover a segurança do paciente na administração de medicamento via retal;
- Execução da técnica adequada de administração de medicamento via retal.

Material:

- Medicação prescrição;
- Aplicador retal (se for o caso);
- Fita crepe;
- Máscara cirúrgica;
- Biombo;
- Bandeja;
- Xilocaína gel;
- Papel higiênico;
- Comadre;
- Luva de procedimento.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Separar a medicação conforme prescrição médica;
- Implementar a prática dos onze certos da terapia medicamentosa, antes de iniciar o procedimento, a saber: 1. Paciente certo; 2. Medicamento certo; 3. Dose certa; 4. Aspecto da medicação certa; 5. Validade do medicamento certa; 6. Via de administração certa; 8. Compatibilidade medicamentosa certa; 9. Orientação certa; 10. Direito de recusa de medicação; 11. Registro certo;
- Fazer a etiqueta para identificação do medicamento que será administrado com os seguintes dados: nome do paciente, do medicamento, dose, leito, via de administração, hora de administração e nome do profissional, fixando-a no recipiente contendo a medicação que será administrada;
- Lavar as mãos;
- Levar a bandeja com a medicação para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente na placa de identificação, prontuário e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Promover sua privacidade com a colocação de biombos ao redor do leito;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Colocar o paciente em posição de Sims;
- Realizar higiene íntima (se necessário), conforme protocolo;

- Afastar a prega interglútea com o auxílio do papel higiênico;
- Introduzir o medicamento além do esfíncter anal, com auxílio do aplicador retal lubrificado com xilocaína;
- Retirar o aplicador ao término da medicação;
- Solicitar ao paciente que retenha a medicação por 30 minutos ou o máximo que conseguir;
- Deixar a comadre higienizada e papel higiênico ao alcance do paciente e/ou acompanhante;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a medicação com sua rubrica na prescrição médica;
- Anotar no relatório de enfermagem as intercorrências relacionadas à administração dos medicamentos.

Cuidados:

- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da administração de medicamento via retal, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente a ser medicado.
- Durante o preparo e administração de medicação, seguir rigorosamente as normas instituídas no protocolo de administração segura de medicamentos, implementado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.
- Utilizar a regra dos 11 certos sempre que for administrar qualquer medicamento no paciente.
- Fazer um círculo sobre o horário da medicação prescrita, quando a mesma não for administrada e justificar na evolução ou anotação de enfermagem.
- Caso o paciente esteja em situação de isolamento, utilizar a máscara N-95 em substituição a máscara cirúrgica conforme indicação do tipo de isolamento.

Ação em caso de não conformidades:

- Todos os incidentes na administração de medicamentos e/ou reações adversas, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em casos de dúvidas na administração dos medicamentos estas devem ser esclarecidas com o enfermeiro, médico prescritor ou farmacêutico previamente à execução da mesma.
- Na recusa do medicamento por parte do paciente e / ou acompanhante responsável, “bolar” o item na prescrição médica**,** registrar na anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro e médico.

- Quando encontrar prescrição médica sem a identificação completa do paciente, ilegível, sem data, assinatura e carimbo do médico, rasurada e/ou vencida, comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor e aguardar as devidas correções para só então realizar a administração de medicamentos.
- Na ausência do medicamento prescrito no estoque da farmácia, “bolar” o item na prescrição médica, realizar anotação de enfermagem e comunicar o enfermeiro ou o médico prescritor.
- Em caso de medicamento fora do prazo de validade, não administrá-lo e comunicar o enfermeiro e/ médico.
- Em caso de duplicidade do item prescrito, comunicar o enfermeiro ou acionar o médico prescritor.
- No aparecimento de qualquer intercorrência antes ou após a administração de medicamentos por via sublingual, comunicar o enfermeiro e / ou médico da unidade.

CURATIVOS (10, 11, 20-24)

CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL

Finalidade: Promover a assepsia e proteção do local de inserção do cateter central e a prevenção de infecções.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Acompanhar a evolução do local de inserção do cateter.
- Evitar a tração acidental do cateter.
- Evitar dobras e torção do cateter.
- Proteger o local de contaminação.

Material:

- Luva de procedimento;
- Coleridina alcooloca;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Gazes estéreis;
- Luvas estéreis de tamanho apropriado para o profissional que irá executar o curativo;
- Tesoura sem ponta;
- Agulha 40 x 12;
- Fita adesiva (microporosa / esparadrapo);
- Máscara descartável;
- Pacote estéril de curativo (pinça, espátula e gaze);
- Saco de lixo;
- Bandeja e mesa auxiliar.

Procedimento:

- Conferir a solicitação de curativo na prescrição médica / enfermeiro;
- Lavar as mãos;

- Reunir o material;
- Lavar as mãos e levar o material para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente – tripla checagem (paciente; placa e pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente com biombos;
- Colocar a máscara descartável;
- Abrir e organizar o material a ser utilizado com técnica asséptica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Retirar o curativo anterior;
- Retirar e descartar as luvas de procedimento;
- Calçar a luva estéril;
- Realizar a limpeza do local de inserção do cateter com Soro Fisiológico 0;9% e em seguida com clorexidina alcóolica;
- Esperar o antisséptico secar;
- Colocar gaze deixando o cateter centralizado;
- Ocluir o local com gaze e fita adesiva (esparadrapo ou fita microporosa);
- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Retirar os equipamentos de proteção individual;
- Deixar o paciente confortável e a enfermaria organizada;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente: Procedimento realizado, as condições do local de inserção do cateter e as intercorrências;
- Comunicar ao enfermeiro / médico se houver intercorrências durante o procedimento ou sinais de infecção.

Cuidados:

- A frequência mínima de curativo no acesso venoso central é de 1 x ao dia; entretanto, o curativo deve ser trocado, sempre que estiver solto; úmido e sujo.
- Nunca utilizar pomadas e cremes, mesmo que tenham ação de antibiótico.
- Orientar e/ ou supervisionar a oclusão / proteção do curativo do cateter durante o banho (evitar molhar);
- Antes de manipular o cateter, realizar limpeza das conexões com álcool 70%.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- Caso o paciente esteja em situação de isolamento, utilizar a máscara N-95 em substituição a máscara cirúrgica conforme indicação do tipo de isolamento.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de qualquer incidente relacionado ao curativo realizado no acesso venoso central, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

CURATIVO DE CISTOSTOMIA

Finalidade: Promover a limpeza e proteção ao redor da citostomia (abertura cirúrgica de uma comunicação da bexiga com o exterior).

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Evitar infecções locais.
- Observar presença de exudatos e condição da pele ao redor do estoma.

Material:

- Pacote com gaze;
- Luva estéril;
- Adesivo microporoso;
- Bolsa coletora de sistema fechado (conforme necessidade de troca);
- Substância antisséptica padronizada pelo hospital;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Saco de lixo;
- Máscara cirúrgica;
- Luva de procedimento.

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Conferir a solicitação de curativo na prescrição médica / enfermeiro;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos e levar o material para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente – tripla checagem (paciente; placa e pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente com biombos;
- Colocar a máscara descartável;
- Abrir e organizar o material a ser utilizado com técnica asséptica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo anterior;
- Retirar e descartar as luvas de procedimento;
- Calçar a luva estéril;
- Realizar a limpeza ao redor da sonda com gaze embebida em soro fisiológico;
- Realizar limpeza na inserção da sonda com clorexidina degermante;
- Enxaguar com Soro Fisiológico 0,9%;
- Aplicar clorexidina aquosa e esperar secar;
- Dobrar uma gaze na diagonal, protegendo o orifício, junto à inserção da sonda;
- Fixar com adesivo microporoso e fazer uma alça de segurança;
- Esvaziar a bolsa coletora conforme necessidade;
- Medir o volume da urina;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Descalçar as luvas e descartá-las no lixo;
- Deixar o ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Registrar o cuidado prestado; aspecto da ferida; materiais utilizados no curativo e volume da urina desprezado.

Cuidados:

- O curativo no local de inserção da cistostomia deve ser realizado pelo menos 1 vez ao dia e repetido, sempre que a cobertura estiver úmida, solta ou suja.
- Atentar-se para que a bolsa coletora de urina não permaneça muito cheia, para evitar tração da sonda.
- Checar o procedimento realizado na prescrição médica e /ou de enfermagem.

- Sempre que houver recusa do paciente em realizar o procedimento, relatar no prontuário.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- Caso o paciente esteja em situação de isolamento, utilizar a máscara N-95 em substituição a máscara cirúrgica conforme indicação do tipo de isolamento.

Ação em caso de não conformidades:

- Todos os incidentes relacionados ao curativo realizado no estoma da cistostomia devem ser comunicados imediatamente ao enfermeiro e / ou médico e notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente, por meio do preenchimento do formulário próprio de notificação.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

CURATIVO DE DRENO DE TÓRAX

Finalidade: Promover a limpeza e proteção ao redor da incisão da drenagem torácica e cuidados adequados com o sistema fechado de drenagem torácica.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- **Em relação ao curativo:** evitar infecções; observar o posicionamento da inserção do dreno de tórax (fixação com pontos cirúrgicos; eventual tração e dobradura); prevenir trações e dobraduras acidentais.
- **Em relação ao sistema:** evitar infecções e quantificar a drenagem.

Material:

- Bandeja;
- 01 Par de luvas de procedimento;
- 02 Pares de luvas estéreis;
- 01 Pacote de gaze estéril;

- Solução fisiológica a 0,9%;
- Solução antisséptica (clorexidina alcoólica);
- Fita adesiva (micropore ou esparadrapo);
- Máscara cirúrgica;
- Água destilada estéril – 1.000ml;
- Caneta;
- Compressa falsa;
- Biombo;
- Saco branco de lixo.

Procedimento:

- Conferir a solicitação de curativo na prescrição médica / enfermeiro;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos e levar o material para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente – tripla checagem (paciente; placa e pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente com biombos;
- Expor o material estéril com técnica asséptica;
- Calçar as luvas de procedimentos e colocar a máscara;

Curativo no local da incisão:

- Desprender o curativo anterior com o auxílio de gazes umedecidas com SF 0,9% e desprezar no saco branco;
- Calçar luva estéril (usar técnica asséptica para manuseio do material);
- Proceder à limpeza com jatos de SF 0,9% na inserção do dreno (Remover sujidades com ajuda de gaze em movimentos circulares);
- Secar com gaze;
- Aplicar clorexidina alcoólica no local da inserção do dreno com auxílio de gaze;
- Utilizar gaze estéril dobrada circulando o dreno;
- Ocluir com adesivo hipoalergênico.

Proceder à troca do selo d'água:

- Pinçar a conexão do coletor;
- Verificar a quantidade de líquido drenado (selo d'água 500 ml);
- Desconectar o frasco coletor;
- Desprezar a secreção do frasco;
- Enxaguar o frasco com 500 ml de água destilada;
- Preencher o frasco com 500 ml de água destilada;
- Conectar o frasco coletor;
- Despinçar o dreno e extensão do frasco;
- Deixar o cliente confortável;
- Recolher o material utilizado.

Pós-procedimento:

- Identificar o frasco coletor do sistema fechado de drenagem torácia com esparadrapo com as seguintes informações: data e horário da troca; quantidade de água destilada colocada como selo d'água e nome do profissional que realizou o procedimento;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações pertinentes no prontuário do paciente e checar com sua rubrica a prescrição médica / enfermagem do curativo.

Anotações de enfermagem:

- Data e hora do curativo;
- Aspectos do local da inserção do dreno;
- Quantidade de material desprezado = líquido do frasco – selo d'água;
- Aspecto da secreção desprezada;
- Oscilação de líquido na extensão do dreno (positiva / negativa);
- Padrão respiratório do paciente.

Cuidados:

- O curativo no local de inserção do dreno de tórax deve ser realizado pelo menos 1 vez ao dia e repetido, sempre que a cobertura estiver úmida, solta ou suja.
- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento do curativo e na ausência de biombos para promoção da privacidade do paciente, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente o qual será realizado o curativo.
- Sempre que for manipular o dreno, lavar as mãos, secar e aplicar álcool gel 70% e clampear o dreno, para que não haja entrada de ar, e lembrar de soltar o clamp ao término da manipulação.
- Manter o selo d'água com 500 mL de água destilada (pode-se usar SF 0,9% na falta de frascos de água destilada de 500 ml / 1000 ml).
- O selo d'água deve ser trocado a cada 24 horas (às 18 horas) conforme rotina institucional ou sempre que necessário (frasco cheio) ou com maior frequência se prescrito pelo médico.
- Posicionar o fraco coletor na escadinha do paciente (evitar deixá-lo em contato direto com o piso).
- Na falta de escadinhas para posicionar o frasco coletor da drenagem torácica, pode-se utilizar amarradura na grade da cama com atadura, porém certifique-se que o paciente tem condições de ser orientado e de elaborar entendimento sobre os cuidados para não tracionar o dreno.
- Nuca elevá-lo acima do tórax sem que esteja clampeado (fechado).
- Manter a pinça do dreno sempre abaixo do nível da cintura ou do leito do paciente.
- Verificar a oscilação na coluna líquida: deve subir na inspiração, e descer na expiração.
- Atentar para a presença de vazamentos e/ou risco de desconexão.
- Manter a cabeceira do leito relativamente elevada, para facilitar a drenagem (se não houver contraindicação médica).
- Atentar para a presença de bolhas no frasco de drenagem, que podem ser indicativo de fístula aérea.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Cuidados no Transporte:

- Cuidado na passagem entre macas, pois o dreno pode ficar preso e/ou ser arrancado;
- Atenção para que a extremidade do sistema de drenagem não fique fora d'água;
- Não ocluir o dreno durante o transporte.

Critérios para retirada do Dreno de Tórax:

- Drenagem inferior a 100 ml/24 horas (adulto) e 50 ml / 24 horas (crianças);

- Líquido seroso;
- Ausência de bolhas de ar;
- Melhora do padrão respiratório e da expansibilidade pulmonar.
- Após a retirada do dreno, deve ser utilizado curativo oclusivo total, com orientação ao paciente para manutenção do mesmo por ao menos 24 horas para evitar a entrada inadvertida de ar na cavidade pleural.
- **Curativo – após 24 horas da retirada**: Soro Fisiológico; Clorexidina alcoólica; oclusão com gaze e micropore / esparadrapo.

Atenção! A retirada do dreno de tórax é um procedimento que deve ser realizado pelo Médico.

Ação em caso de não conformidades:

- Todos os incidentes relacionados ao curativo realizado na incisão do dreno torácico com a manipulação do sistema fechado de drenagem devem ser comunicados imediatamente o enfermeiro e / ou médico e notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente, por meio do preenchimento do formulário próprio de notificação.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

Ilustrações relativas ao curativo de drenagem torácica:



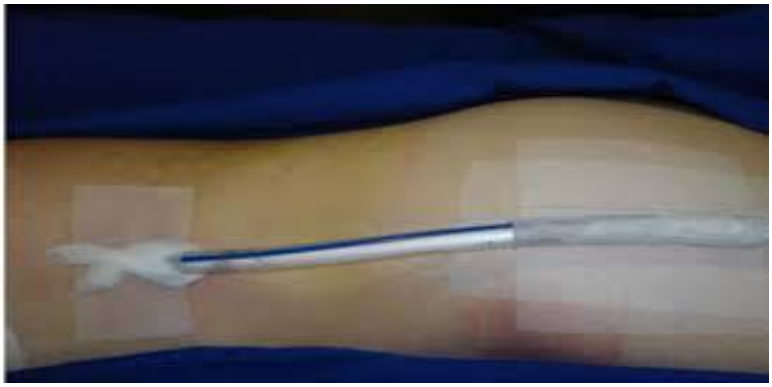




Ilustração dos componentes do fransco coletor de drenagem torácica

Data: 19/09/2019
18:00 horas - Selo d'água: 500 ml.
Karynne Cabral.

Ilustração de identificação do frasco coletor de drenagem torácica

CURATIVO DE DRENO PERNROSE

Finalidade: Promover a realização segura e com técnica adequada de curativos cirúrgicos com dreno penrose.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Evitar infecções.
- Observar o posicionamento da inserção do dreno de penrose.
- Prevenir a retirada acidental do dreno.

Material:

- Bandeja;
- 01 Par de luvas de procedimento;
- 01 Par de luvas estéril;
- 01 Pacote de gaze estéril;
- Solução fisiológica a 0,9%;
- Clorexidina Aquosa;
- Fita adesiva (micropore ou esparadrapo);
- Máscara;
- Biombo;

- Saco branco.
- Luva de procedimento.

Procedimento:

- Conferir a solicitação de curativo na prescrição médica / enfermeiro;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos e levar o material para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente – tripla checagem (paciente; placa e pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente com biombos;
- Posicionar o paciente adequadamente, preservando sua privacidade;
- Friccionar as mãos com álcool a 70%;
- Dispor o pacote de curativo sobre a mesa auxiliar e abri-lo com técnica asséptica;
- Calçar luvas de procedimento e retirar o curativo existente, com auxílio de gaze umedecida com SF 0.9%;
- Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica;
- Elevar a pinça de curativo sem contaminar a face interna do pacote;
- Proceder à limpeza do local da inserção do dreno com SF 0,9%;
- Secar o local e aplicar clorexidina aquosa ao redor do dreno;
- Esperar secar;
- Cobrir a área com gaze e fixar com micropore e/ou esparadrapo, tendo o cuidado de manter as bordas simétricas;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material e desprezar em local apropriado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Identificar o curativo (data, hora e nome do profissional que o realizou);
- Checar e registrar o procedimento no prontuário anotando o aspecto e características da ferida e do líquido drenado.

Cuidados:

- O curativo no local de inserção do dreno penrose deve ser realizado pelo menos 1 vez ao dia e repetido, sempre que a cobertura estiver úmida, solta ou suja.
- Em caso de optar por fazer o curativo sem pinça, ou seja, com luvas estéreis, utilizar a mão não dominante para manuseio de material não estéril e a mão dominante para contato direto com a ferida.

- Tracionar o dreno de 1 – 2 cm ou conforme indicação médica (diariamente – curativo).
- Pode cortar a ponta do dreno caso fique muito grande (neste caso deve ser anotado o tamanho do corte no prontuário do paciente).
- Proteger o ferimento com chumaços de gaze estéril.
- Em caso de drenagem em grande quantidade pode-se utilizar bolsa de colostomia ou coletor de urina infantil para ocluir o local.
- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da administração de medicamento via retal, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente a ser medicado.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao curativo realizado no local de inserção do dreno penrose comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

CURATIVO DE DRENO PORTOVAC / SUCÇÃO / ASPIRAÇÃO

Finalidade: Promover a realização segura e com técnica adequada de curativos cirúrgicos com dreno portovac / sucção.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Evitar infecções.
- Observar o posicionamento da inserção do dreno de portovac / sucção / aspiração.
- Prevenir a retirada acidental do dreno.

Material:

- Bandeja;
- 01 Par de luvas de procedimento;
- 02 Pares de luvas estéreis;
- 01 Pacote de gaze estéril;
- Solução fisiológica a 0,9%;
- Clorexidina Aquosa;
- Fita adesiva (micropore ou esparadrapo);
- Máscara;
- Biombo;
- Compressa tipo faixa;
- Saco branco.

Procedimento:

Curativo da inserção do dreno:

- Conferir a solicitação de curativo na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos e levar o material para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente – tripla checagem (paciente; placa e pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente com biombos;
- Posicionar o paciente adequadamente, preservando sua privacidade;
- Dispor o pacote de curativo sobre a mesa auxiliar e abri-lo com técnica asséptica;
- Calçar luvas de procedimento e retirar o curativo existente, com auxílio de gaze umedecida com SF 0.9%;
- Calçar as luvas estéreis com técnica asséptica;
- Com auxílio da cobertura, elevar a pinça com dente sem contaminar a face interna do pacote;
- Utilizar a mão não dominante para manuseio de material não estéril e a mão dominante para contato direto com a ferida;
- Proceder à limpeza do local da inserção do dreno com SF 0,9%;
- Secar o local e aplicar clorexidina alcóolica ao redor do dreno;
- Esperar secar;
- Cobrir a área com gaze;

- Passar atadura / ocluir com micropore / esparadrapo;
- Deixar o paciente confortável;
- Recolher o material e desprezar em local apropriado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Identificar o curativo (data, hora e nome do profissional que o realizou);
- Checar e registrar o procedimento no prontuário anotando o aspecto e características da ferida e a cobertura utilizada.

Esvaziamento do dreno:

- Conferir a solicitação do esvaziamento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Conferir o nome do paciente – tripla checagem (paciente; placa e pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Feche a pinça que existe na extensão do dreno;
- Abra a tampa da “sanfona”;
- Deixe a “sanfona” se abrir e observe a quantidade de líquido drenado;
- Despreze o líquido drenado em um copo descartável ou qualquer outro recipiente;
- Aperte bem a “sanfona”;
- Apoie em uma superfície rígida mantendo a sanfona comprimida e feche a tampa;
- Abra a pinça da extensão;
- Recolher o material utilizado e desprezar em local apropriado;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- **Realizar anotação no prontuário do paciente:** data e horário, quantidade de líquido drenado e aspecto do liquido;
- Repita o procedimento conforme necessidade / prescrição médica ou de enfermagem.

Cuidados:

- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da realização do curativo, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente em que será realizado o curativo.
- Em caso de optar por fazer o curativo sem pinça, ou seja, com luvas estéreis, utilizar a mão não dominante para manuseio de material não estéril e a mão dominante para contato direto com a ferida.
- O curativo no local da inserção do dreno deverá ser realizado a cada 24 horas ou sempre que estiver solto, úmido ou sujo.
- O esvaziamento do dreno deverá ser na frequência de 3 vezes ao dia no primeiro dia de instalação do dreno e após, a cada 24 horas ou sempre que estiver cheio.
- **Nunca lavar o interior da sanfona para evitar contaminação.**
- Não deixar o frasco coletor cheio de drenagem para evitar tração acidental do dreno.
- Aperte o “balãozinho” da extensão pelo menos 3 vezes ao dia, para evitar o entupimento do dreno por coágulos.
- Sempre que for manipular o sistema utilizar técnica asséptica.
- Orientar o paciente a tomar cuidado para não puxar o dreno quando estiver tomando banho, trocando de roupa, sentado ou se movimentando, e peça-o que solicite ajuda da equipe de enfermagem, caso se sinta inseguro na realização dessas tarefas.
- Oriente ao paciente a utilizar roupas largas e se necessário forneça roupas institucionais (camisola hospitalar).
- Fique atento para que a extensão de dreno não fique dobrada, pois isto impede a saída do líquido.
- Procure observar a quantidade e cor do líquido que se acumula na “sanfona” sempre no mesmo horário para poder comprar com o dia anterior.
- Mantenha a “sanfona” sempre abaixo do nível de inserção do dreno para facilitar a saída do líquido.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao curativo realizado na inserção do dreno ou aos cuidados com o sistema de drenagem, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

CURATIVO DE ESOFAGOSTOMIA

Finalidade: Promover a realização segura e com técnica adequada de limpeza e proteção da esofagostomia e da região periestomal.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Evitar infecções e lesões no estoma e na região periestomal.
- Observar complicações do estoma e da pele ao redor e as características das secreções.
- Observar complicações (necrose, retração e infecção).

Material:

- 02 pares de Luvas de procedimento;
- Dois pacotes de gaze;
- Pacote de curativo (pinça, gaze e espátula) / luva estéril;
- Compressa estéril;
- Adesivo microporoso (micropore);
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina degermante 4%;
- Clorexidina aquosa 0,2%;
- Máscara cirúrgica;
- Saco branco.

Procedimento:

- Confirmar a indicação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente – tripla checagem (paciente; placa e pulseira);

- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente com biombos;
- Posicionar o paciente adequadamente, preservando sua privacidade e expondo apenas o local do curativo;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo anterior e desprezar no saco branco, junto com a primeira luva de procedimento utilizada;
- Calçar novamente a luva de procedimento;
- Realizar limpeza do estoma com Soro Fisiológico 0,9% e Clorexidina dergermante 4%;
- Enxaguar a Clerexidina degermante com Soro Fisiológico abundantemente;
- Secar com gaze;
- Aplicar Clorexina aquosa 0,2% ao redor da sonda e no estoma e esperar secar;
- Ocluir o curativo com gaze e micropore;
- Recolher o material utilizado e desprezar em local apropriado;
- Retirar as luvas;
- Retirar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Proceder à checagem do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Proceder à anotação de enfermagem do procedimento realizado, aspecto e ou características da ferida.

Cuidados:

- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da realização do curativo, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente em que o curativo será realizado.
- Caso opte por utilizar luva estéril em substituição ao pacote de curativo, utilizar a mão não dominante para manusear o material ou área não estéril e a mão dominante para contato com a ferida.
- Caso ocorra irritação cutânea (maceração, hiperemia) causada pela secreção salivar, pode-se proteger a pele circundante com uso de creme de barreira ou película protetora.
- Após a cicatrização e em casa o paciente poderá lavar o local da inserção da sonda com água e sabão neutro, secar e cobrir com uma compressa em forma de colarinho.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao curativo realizado na esofagostomia, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

CURATIVO DE FERIDA CIRÚRGICA COMPLICADA

Finalidade: Promover a realização adequada de procedimento terapêutico de forma segura e com técnica adequada de limpeza e proteção da área lesionada.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Promover meios adequados para a cicatrização da ferida.
- Avaliar a ferida.
- Proporcionar conforto físico e psicológico ao paciente.
- Promover a limpeza adequada da ferida.
- Prevenir a contaminação exógena.
- Absorver secreções.
- Minimizar o acúmulo de fluídos por compressão.
- Direcionar o tratamento adequado.

Material:

- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Compressas estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha estéril 40 x 12;

- Pacote estéril de curativo;
- Máscara e avental;
- Fita adesiva microporosa (micropore) ou fita crepe ou esparadrapo;
- Cobertura da ferida (pomada / medicamento) conforme prescrição médica / enfermagem.

Procedimento:

- Confirmar a indicação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente – tripla checagem (paciente; placa e pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente com biombos;
- Colocar avental e máscara cirúrgica;
- Posicionar o paciente adequadamente, preservando sua privacidade e expondo apenas o local do curativo;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo anterior e desprezar no saco branco, junto com a primeira luva de procedimento utilizada;
- Observar a presença de exsudato, edema, hematoma, eritema e necrose tecidual e odor;
- Calçar novamente a luva de procedimento (se for utilizar pacote estéril) ou luva estéril se optar por realizar o curativo sem o pacote estéril de curativo;
- Proceder à limpeza do leito da ferida com jatos de Soro Fisiológico com o uso da agulha 40 x 12;
- Se necessário realizar remoção mecânica dos tecidos necrosados com Soro Fisiológico, gaze e bisturi (procedimento privativo do enfermeiro);
- Proceder à limpeza da região adjacente à ferida com gaze umedecida com Soro Fisiológico;
- Proteger a ferida com a cobertura prescrita;
- Proceder à cobertura secundária com gaze ou compressa estéril e fixá-la com fita crepe / micropore/ esparadrapo;
- Recolher o material utilizado e desprezá-lo em local apropriado;
- Retirar o avental e a máscara cirúrgica;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;

- Deixar o paciente confortável;
- Proceder à checagem do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Anotar no prontuário do paciente o procedimento realizado, a cobertura utilizada e aspecto e características da ferida.

Cuidados:

- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da realização do curativo, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente em que o curativo será realizado.
- Caso opte por utilizar luva estéril em substituição ao pacote de curativo, utilizar a mão não dominante para manusear o material ou área não estéril e a mão dominante para contato com a ferida.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao curativo, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

CURATIVO DE FERIDA CIRÚRGICA SIMPLES LIMPA E SECA

Finalidade: Promover a realização adequada de limpeza e proteção da área lesionada.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Promover a limpeza da lesão.
- Diminuir ao mínimo aceitável o risco de infecções relacionadas à assistência de enfermagem no curativo.
- Promover meios adequados e favoráveis ao processo de cicatrização.

Material:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Clorexidina degermante 4%;
- Kit material para curativo estéril (pinça; gaze e espátula) / luva estéril;
- Adesivo microporoso (micropore);
- Máscara descartável;
- Saco branco;
- Avental descartável;
- Álcool 70%;
- Tesoura.

Procedimento:

- Confirmar a indicação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente – tripla checagem (paciente; placa e pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente com biombos;
- Posicionar o paciente adequadamente, preservando sua privacidade e expondo apenas o local do curativo;
- Realizar fricção das mãos com preparação com álcool 70%;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica, sobre a bandeja;
- Abrir as gazes estéreis com técnica asséptica sobre o campo estéril do pacote de curativo;
- Colocar a máscara descartável;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo anterior e desprezar no saco branco, junto com a primeira luva de procedimento utilizada;
- Realizar fricção das mãos com preparação com álcool 70%;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;

- Calçar luvas de procedimento;
- Fazer chumaço de gaze com auxílio da pinça Kelly, sem contaminar o campo estéril;
- Umedecer a gaze com Soro Fisiológico a 0,9%;
- Proceder à limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada, do centro para as bordas;
- Lavar a ferida com Clorexidina degermante 4% e enxaguar abundantemente com Soro Fisiológico;
- Secar a ferida;
- Dobrar as gazes finas e colocá-las em cima da incisão cirúrgica;
- Cobrir as gazes com a fita microporosa ou esparadrapo;
- Identificar o curativo com **DATA; HORÁRIO e NOME DO PROFISSIONAL**, que realizou o curativo;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar as luvas; máscara e avental;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente o procedimento realizado, cobertura utilizada e características da ferida;
- Repetir o procedimento conforme prescrição médica / de enfermagem.

Cuidados:

- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da realização do curativo, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente em que o curativo será realizado.
- Caso opte por utilizar luva estéril em substituição ao pacote de curativo, utilizar a mão não dominante para manusear o material ou área não estéril e a mão dominante para contato com a ferida.
- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de incidentes relacionados ao curativo, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.

- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

CURATIVO DE FLEBOTOMIA

Finalidade: Realizar assepsia e proteção do local da ferida cirúrgica e do local de inserção do cateter.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Proporcionar proteção do local da ferida cirúrgica e da inserção do cateter;
- Evitar tração acidental do cateter;
- Acompanhar a evolução do local da ferida cirúrgica, como cicatrização, presença de secreção e / ou hiperemia;
- Evitar dobras e torção do cateter.

Material:

- Solução fisiológica 0,9%;
- Clorexidina degermante 4%;
- Clorexidina aquosa 0,2%;
- Álcool 70%;
- Óleo de amêndoas ou vaselina ou AGE (se necessário);
- Gaze estéril;
- Kit estéril para curativo (pinça; gaze e espátula) ou luva estéril;
- Luvas de procedimento;
- Tesoura;
- Fita adesiva microporosa (micropore) ou esparadrapo;
- Máscara cirúrgica;
- Espátula;
- Caneta;
- Régua plástica de 20 cm.

Procedimento:

- Confirmar a indicação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material para próximo do paciente;
- Conferir o nome do paciente – tripla checagem (paciente; placa e pulseira);
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Promover a privacidade do paciente com biombos;
- Posicionar o paciente adequadamente, preservando sua privacidade e expondo apenas o local do curativo;
- Realizar fricção das mãos com preparação com álcool 70%;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica, sobre a bandeja;
- Abrir as gazes estéreis com técnica asséptica sobre o campo estéril do pacote de curativo;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo anterior e desprezar no saco branco;
- Observar as características da ferida;
- Com a espátula marcar a as medidas da porção externa do cateter incluindo o canhão e marcar com a caneta;
- Descalçar as luvas de procedimento e desprezar no saco branco;
- Realizar fricção das mãos com preparação com álcool 70%;
- Calçar luvas estéreis (mesmo que for utilizar kit de curativo);
- Com a mão dominante (com luva estéril), realizar expressão manual no túnel percutâneo com gaze seca;
- Proceder à limpeza do local de inserção do cateter com Soro Fisiológico 0,9% e Clorexidina degermante 4%, enxaguando abundantemente com soro fisiológico;
- Secar com gaze estéril;
- Aplicar Clorexidina aquosa 0,2% e esperar secar;
- Proceder à desinfecção da extensão do cateter, no sentido da inserção do cateter para a extremidade, com Clorexidina aquosa;
- Repetir o procedimento quantas vezes forem necessário, sempre trocando a gaze;
- Esperar a clorexidina secar completamente;
- Colocar gaze dobrada sobre o cateter, deixando exposta somente a porção distal do cateter;
- Descalçar as luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação com álcool 70%;

- Cortar a fita adesiva com a tesoura, previamente limpa com álcool a 70%, em tamanho e quantidade suficiente para fixar a gaze no sentido perpendicular ao cateter;
- Fixar o curativo com a fita adesiva;
- Colocar o nome, data e hora do procedimento sobre curativo;
- Posicionar o paciente confortavelmente no leito;
- Manter a unidade em ordem;
- Desprezar o material em local apropriado;
- Retirar as luvas;
- Com a fita métrica ou com a régua, medir a marcação da espátula;
- Retirar a máscara descartável;
- Lavar as mãos;
- Checar o procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente sobre o procedimento realizado, a mensuração do cateter, aspectos do local de inserção do cateter, intercorrências e medidas tomadas (se for o caso) e cobertura / material utilizado no procedimento.

Cuidados:

- O curativo na inserção do cateter de flebotomia, deverá ser realizado uma vez a cada 24 horas, ou sempre que estiver sujo, úmido ou solto.
- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da realização do curativo, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente em que o curativo será realizado.
- Caso opte por utilizar luva estéril em substituição ao pacote de curativo, utilizar a mão não dominante para manusear o material ou área não estéril e a mão dominante para contato com a ferida.
- Observar rigorosamente os sinais de tração e se o ponto de fixação do cateter, está solto ou frouxo, e solicitar o médico sua fixação, se for necessário.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao curativo, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.

- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

CURATIVO DE GASTROSTOMIA

Finalidade: Realizar limpeza ao redor da gastrostomia e curativo de proteção de forma padronizada e segura para o paciente.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Evitar infecções locais e deslocamento de sonda por tração acidental.
- Observar presença de secreções e condições da pele ao redor do estoma.

Material:

- Dois pacotes de gaze;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Adesivo microporoso;
- Antisséptico (clorexidina aquosa 0,2% e clorexidina degermante 4%);
- Soro fisiológico 0,9%;
- Saco branco de lixo;
- Máscara cirúrgica;
- Água destilada.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a instalação de biombos se necessário;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo anterior;
- Descalçar luvas de procedimento e descarta-las no saco branco (lixo), junto com o curativo retirado;
- Calçar luvas estéreis / de procedimentos se for utilizar kit de curativo com pinça;
- Limpar ao redor do orifício com gaze umedecida com soro fisiológico 0,9% e clorexina degermante 4%, enxaguando bem com soro fisiológico 0,9%;
- Secar bem o orifício;
- Aplicar clorexidina aquosa 0,2% no local da inserção da sonda e esperar secar;
- Dobrar uma gaze na diagonal e cobrir o *botton* de fixação da sonda;
- Fixar a gaze com adesivo microporoso;
- Desprezar o material urilizado em local apropriado;
- Descalçar as luvas e descarta-las no lixo;
- Retirar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica / de enfermagem o procedimento realizado;
- Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente sobre o procedimento realizado, aspectos do local de inserção do cateter, intercorrências e medidas tomadas (se for o caso) e cobertura / material utilizado no procedimento.

Cuidados:

- O curativo na inserção do cateter de gastrostomia, deverá ser realizado uma vez a cada 24 horas, ou sempre que estiver sujo, úmido ou solto.
- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da realização do curativo, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente em que o curativo será realizado.
- Caso opte por utilizar luva estéril em substituição ao pacote de curativo, utilizar a mão não dominante para manusear o material ou área não estéril e a mão dominante para contato com a ferida.
- Não colocar gazes entre o *botton* e a pele do paciente.
- Se a sonda externa estiver com sujidade, limpar com água destilada, nunca passar soluções a base de álcool.

- Se o paciente receber alta hospitalar com o uso do dispositivo no domicílio, orientar o paciente e acompanhate, sobre os cuidados com o dispositivo (realizar limpeza diária com movimentos de rotação do dispositivo e lavar a sonda antes e após cada refeição).
- Após 48 horas se não houver sangramento e / ou secreção, pode deixar sem curativo oclusivo.
- Após cicatrização (5 a 7 dias), realizar limpeza com água e sabonete.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao curativo, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

CURATIVO DE ILEOSTOMIA / COLOSTOMIA

Finalidade: Realizar limpeza e proteção da colostomia ou ileostomia e da região adjacente.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Prevenir lesões de pele e infecções.
- Promover melhora da lesão, na existência desta.
- Observar aspecto do estoma e da região periestomal.

Material:

- Três pacotes de gaze estéril;
- 02 pares de luvas de procedimento;
- Bolsa drenável com resina sintética;
- *Clamp* para fechar a bolsa;

- Medidor de estoma;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Tesoura sem ponta para recortar o orifício da bolsa (se necessário);
- Clorexidina degermante 4%;
- Soro Fisiológico 0,9% ou Água destilada.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a instalação de biombos se necessário;
- Colocar máscara cirúrgica e óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar a bolsa coletora com auxílio de gaze e soro fisiológico 0,9% ou água destilada.
- Limpar ao redor do estoma com água destilada ou soro fisiológico e clorexidina degermante 4%, enxaguando bem a clorexidina com água destilada ou soro fisiológico 0,9%;
- Medir diametro do estoma com medidor próprio;
- Recortar o adesivo de acordo com a medida do estoma (se necessário); deixando uma área de segurança de 1 mm;
- Retirar o papel protetor do adesivo da bolsa coletora;
- Aderir a bolsa no abdome e pressionar toda a extensão do adesivo para melhor aderência;
- Colocar o *clamp* / presilha para fechar a bolsa;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Descalçar as luvas de procedimento e descartá-las no lixo;
- Colocar o paciente em posição confortável no leito;
- Manter o ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica / de enfermagem o procedimento realizado;
- Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente as condições do estoma e da pele ao redor, aspecto das fezes, tratamento / procedimento efetuado, material utilizado para limpeza e o tipo de bolsa coletora utilizada.

Esvaziamento da bolsa coletora

- Lavar as mãos;
- Reunir material (luvas de procedimento; soro fisiológico 0,9% / água destilada e comadre / bacia; saco branco) e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a instalação de biombos se necessário;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente de maneira a facilitar o acesso ao estoma;
- Forrar o leito com saco branco e posicionar a comadre ou bacia sobre o saco branco;
- Abrir o *clamp* da porção inferior da bolsa;
- Esvaziar o conteúdo da bolsa desprezando as fezes na comadre ou bacia;
- Lavar a bolsa com soro fisiológico 0,9% ou água destilada através de sua porção inferior;
- Recolocar o *clamp*;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Descalçar as luvas de procedimento e descartá-las no lixo;
- Retirar máscara cirúrgica e óculos de proteção;
- Lavar as mãos;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente (procedimento realizado, aspectos das fezes e do estoma);
- Repetir o procedimento conforme necessidade.

Cuidados:

- O curativo no estoma deverá ser realizado uma vez a cada 24 horas, ou sempre que estiver sujo, úmido ou solto.
- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da realização do curativo, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente em que o curativo será realizado.
- A bolsa de colostomia deverá ser evaziada quando o conteúdo atingir 1/3 de sua capacidade.
- Observar as condições da pele adjacente ao estoma e não fricicionar a pele lesada.
- Em caso de estoma irregular preparar o molde do adesivo sob medida para que todo o estoma seja colocado no interior da bolsa coletora.

- Se disponível aplicar creme de barreira ao redor do estoma.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao curativo, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE GRANULAÇÃO

Finalidade: Realizar assepsia e proteção do local da lesão.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Realizar o curativo com a técnica asséptica.
- Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

Material:

- Bandeja;
- 02 Pares de luvas de procedimento;
- 02 Agulhas 40x12;
- Kit para curativo estéril (pinça, gaze e espátula) ou luvas e gazes estéreis;
- Antisséptico (Clorexidina degermante 4%);
- Fita adesiva microporosa ou esparadrapo;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Máscara descartável;
- Saco branco de lixo;

- Cobertura do curativo conforme indicado na prescrição médica / de enfermagem;
- Álcool 70%.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a instalação de biombos se necessário;
- Friccionar as mão com álcool a 70%;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de modo a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior com auxílio de Soro Fisiológico 0,9% e gaze;
- Desprezar o curativo retirado no saco branco e retirar as luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com álcool a 70%;
- Abrir o kit de curativo ou o campo da luva estéril com técnica asséptica;
- Abrir todo o material estéril sobre o campo estéril do kit do curativo ou da luva estéril;
- Abrir as agulhas 40 x 12 em técnica asséptica e perfurar o suspiro do fransco do Soro Fisiológico;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de Soro Fisiológico 0,9%;
- Lavar a ferida com gaze e Clorexidina degermante 4%, enxaguando abuntantemente com Soro Fisiolólico;
- Realizar a limpeza da ferida de dentro pra fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces gaze, em técnica asséptica;
- Repetir a limpeza da ferida, quantas vezes forem necessárias;
- Secar a ferida com gaze e as bordas;
- Aplicar a cobertura indicada na prescrição médica / de enfermagem;
- Cobrir a ferida com gaze e fita microporosa / esparadrapo, previamente cortado com a tesoura;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME DO PROFISSIONAL que realizou o curativo;
- Retirar a máscara descartável;

- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar o procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quanto ao aspecto / características da lesão, procedimento realizado e material utilizado.
- Repetir o procedimento, conforme necessário.

Cuidados:

- O curativo deverá ser realizado pelo menos uma vez a cada 24 horas (ou conforme prescrição médica / de enfermagem), ou sempre que estiver sujo; úmido ou solto.
- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da realização do curativo, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente em que o curativo será realizado.
- Caso opte por utilizar luva estéril em substituição ao pacote de curativo, utilizar a mão não dominante para manusear o material ou área não estéril e a mão dominante para contato com a ferida.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de incidentes relacionados ao curativo, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.
- No caso de sujidades, sangramentos e / ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da ferida, remova o curativo e comunique o enfermeiro.

CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DESVITALIZADO

Finalidade: Realizar assepsia e proteção do local da lesão.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Realizar o curativo com a técnica asséptica.
- Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

Material:

- Bandeja;
- 02 Pares de luvas de procedimento;
- 02 Agulhas 40x12;
- Kit para curativo estéril (pinça, gaze e espátula) ou luvas e gazes estéreis;
- Antisséptico (Clorexidina degermante 4%);
- Fita adesiva microporosa ou esparadrapo;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Máscara descartável;
- Saco branco de lixo;
- Cobertura do curativo conforme indicado na prescrição médica / de enfermagem;
- Álcool 70%.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a instalação de biombos se necessário;
- Friccionar as mãos com álcool a 70%;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de modo a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior com auxílio de Soro Fisiológico 0,9% e gaze;
- Desprezar o curativo retirado no saco branco e retirar as luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com álcool a 70%;

- Abrir o kit de curativo ou o campo da luva estéril com técnica asséptica;
- Abrir todo o material estéril sobre o campo estéril do kit do curativo ou da luva estéril;
- Abrir as agulhas 40 x 12 em técnica asséptica e perfurar o suspiro do fransco do Soro Fisiológico;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de Soro Fisiológico 0,9%;
- Lavar a ferida com gaze e Clorexidina degermante 4%, enxaguando abuntantemente com Soro Fisiolólico;
- Realizar a limpeza da ferida de dentro pra fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces gaze, em técnica asséptica;
- Repetir a limpeza da ferida, quantas vezes forem necessárias;
- Secar a ferida com gaze e as bordas;
- Aplicar a cobertura indicada na prescrição médica / de enfermagem;
- Cobrir a ferida com gaze e fita microporosa / esparadrapo, previamente cortado com a tesoura;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME DO PROFISSIONAL que realizou o curativo;
- Retirar a máscara descartável;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar o procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quanto ao aspecto / características da lesão, procedimento realizado e material utilizado.
- Repetir o procedimento, conforme necessário.

Cuidados:

- O curativo deverá ser realizado pelo menos uma vez a cada 24 horas (ou conforme prescrição médica / de enfermagem), ou sempre que estiver sujo, úmido ou solto.
- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da realização do curativo, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente em que o curativo será realizado.
- Caso opte por utilizar luva estéril em substituição ao pacote de curativo, utilizar a mão não dominante para manusear o material ou área não estéril e a mão dominante para contato com a ferida.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de incidentes relacionados ao curativo, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.
- No caso de sujidades, sangramentos e / ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da ferida, remova o curativo e comunique o enfermeiro.

CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO INFECTADO

Finalidade: Realizar assepsia e proteção do local da lesão.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Realizar o curativo com a técnica asséptica.
- Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

Material:

- Bandeja;
- 02 Pares de luvas de procedimento;
- 02 Agulhas 40x12;
- Kit para curativo estéril (pinça, gaze e espátula) ou luvas e gazes estéreis;
- Antisséptico (Clorexidina degermante 4%);
- Fita adesiva microporosa ou esparadrapo;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Máscara descartável;
- Saco branco de lixo;
- Lâmina de bisturi;
- Cobertura do curativo conforme indicado na prescrição médica / de enfermagem;

- Álcool 70%.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a instalação de biombos se necessário;
- Friccionar as mãos com álcool a 70%;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de modo a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior com auxílio de Soro Fisiológico 0,9% e gaze;
- Desprezar o curativo retirado no saco branco e retirar as luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com álcool a 70%;
- Abrir o kit de curativo ou o campo da luva estéril com técnica asséptica;
- Abrir todo o material estéril sobre o campo estéril do kit do curativo ou da luva estéril;
- Abrir as agulhas 40 x 12 em técnica asséptica e perfurar o suspiro do fransco do Soro Fisiológico;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de Soro Fisiológico 0,9%;
- Lavar a ferida com gaze e Clorexidina degermante 4%, enxaguando abuntantemente com Soro Fisiolólico;
- Realizar a limpeza da ferida de dentro pra fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces gaze, em técnica asséptica;
- Repetir a limpeza da ferida, quantas vezes forem necessárias;
- Secar a ferida e as bordas com gaze;
- Observar a lesão quanto ao tipo, quantidade de exudato, de esfacelo ou se está com necrose seca (em caso de necrose seca, solicitar avaliação do enfermeiro);
- Aplicar a cobertura indicada na prescrição médica / de enfermagem;
- Cobrir a ferida com gaze e fita microporosa / esparadrapo, previamente cortado com a tesoura;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME DO PROFISSIONAL que realizou o curativo;

- Retirar a máscara descartável;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar o procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quanto ao aspecto / características da lesão, procedimento realizado e material utilizado.
- Repetir o procedimento, conforme necessário.

Cuidados:

- O curativo deverá ser realizado pelo menos uma vez a cada 24 horas (ou conforme prescrição médica / de enfermagem), ou sempre que estiver sujo, úmido ou solto.
- **Enfermeiro:** em caso de presença de tecido necrosado, avaliar a necessidade de debridamento mecânico e à realizar o quanto antes. Caso a camada de tecido necrosado for profunda, solicitar avaliação do médico plantonista, para debridamento cirúrgico.
- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da realização do curativo, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente em que o curativo será realizado.
- Caso opte por utilizar luva estéril em substituição ao pacote de curativo, utilizar a mão não dominante para manusear o material ou área não estéril e a mão dominante para contato com a ferida.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de incidentes relacionados ao curativo, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

CURATIVO DE TRAQUEOSTOMIA

Finalidade: Prevenir infecção do estoma e danos à pele.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Evitar infecção cruzada.
- Manter cânula de traqueostomia limpa e seca.

Material:

- Luva de procedimento (02 pares);
- Kit material para curativo estéril;
- Soro Fisiológico 0,9% 125 ml;
- Álcool 70%;
- Compressa não estéril;
- Óculos de proteção;
- 02 pacotes de gazes;
- Saco plástico;
- Fita micropore;
- Máscara descartável;
- Avental de mangas longas;
- Cadarço de fixação.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica ou de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a instalação de biombos se necessário;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável – posição de Fowler;

- Proteger o tórax do paciente com compressas ou papel toalha;
- Realizar aspiração traqueal;
- Remover o curativo anterior;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Calçar luvas de procedimento;
- Limpar a região do estoma com S.F. 0,9% de dentro para fora.
- Secar a área com gaze estéril;
- Firmar a cânula com uma das mãos e, com a outra, cortar e retirar o cadarço de fixação;
- Realizar a limpeza da região peri cânula com gazes embebidas em S.F. 0,9%.
- Colocar uma gaze dobrada de cada lado da traqueostomia sob a cânula externa ou curativo específico;
- Colocar o cadarço limpo de modo que permita a passagem de um dedo entre o pescoço e a fixação;
- Retirar a compressa do tórax do paciente;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Manter o ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente (procedimento realizado, aspectos do estoma e intercorrências);
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

Cuidados:

- O curativo deverá ser realizado pelo menos uma vez a cada 24 horas (ou conforme prescrição médica / de enfermagem), ou sempre que estiver sujo; úmido ou solto.
- Em caso de excesso de acompanhantes / visitantes no quarto no momento da realização do curativo, solicitar que aguardem o procedimento no corredor (fora do quarto), para promover melhor conforto ao paciente em que o curativo será realizado.

- Caso opte por utilizar luva estéril em substituição ao pacote de curativo, utilizar a mão não dominante para manusear o material ou área não estéril e a mão dominante para contato com a ferida.
- Avaliar integridade da pele adjacente ao estoma da traqueostomia.
- Em caso de pacientes em uso de traqueostomia plástica, verificar pressão do cuff.
- Nunca corte as compressas de gaze para fazer o curativo, pois os pequenos fios que se soltam podem entrar na traqueia e pulmões, causando tosse e irritações.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação de não conformidades:

- Comunicar médico e/ou enfermeiro se alterações hemodinâmicas durante o procedimento dignas de nota.
- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro e / ou médico.
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.
- Em caso de incidentes relacionados ao curativo, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

RETIRADA DE PONTOS

Finalidade: Remover fios cirúrgicos com técnica asséptica, com retirada total ou alternada dos pontos.

Equipe executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Realizar a limpeza da incisão cirúrgica.
- Remover as suturas da pele de uma ferida cicatrizada sem lesionar o tecido recém-formado.

Material:

- Bandeja;
- Mesa auxuliar ou superfície fixa;
- Pacote ou kit de curativo (01 pinça Kelly reta ou pinça anatômica de dissecção; 01 tesoura cirúrgica Spencer ou ìris – romba e curva);
- Gaze estéril;
- Agulha 40 x 12;
- Cobertura adesiva do tipo esparadrapo semipermeável, se necessário;
- Luvas de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Saco plástico ou forro impermeável;
- Lixeira para resíduo infectante;
- Antisséptico (clorexidina aquosa 0,2% e clorexidina degermante 4%);
- Biombo, se necessário.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a instalação de biombos se necessário;
- Posicionar o paciente adequadamente, expondo somente a área necessária para a retirada dos pontos cirúrgicos;
- Fricicionar as mãos com álcool a 70%;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica e os demais materiais na mesa auxiliar;
- Colocar a máscara cirúrgica e calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo anterior (se houver), com cuidado e desprezar no saco branco;
- Trocar as luvas de procedimento;
- Observar a ferida cirúrgica, identificando a presença de afastamento, secreção, inflamação, sinais de infecção e pontos inclusos;
- Irrigar a ferida com Soro Fisiológico, com jatos (formados a partir da tampa siliconada do frasco de soro, acoplada em agulha 40x12);
- Realizar limpeza do local da ferida com Clorexidina degermante 4%, com auxilio de gaze estéril e enxaguar abuntantemente com Soro Fisiológico 0,9%;

- Secar a ferida com gaze estéril com auxilio da pinça ou com a luva estéril;
- Separar uma gaze e deixa-la próxima a ferida cirúrgica, tendo como finalidade a colocação dos fios retirados;
- Com auxilio da pinça cirúrgica prender o nó da primeira sutura, a fim de expor a pequena porção do fio de sutura que estava abaixo do nível da pele;
- Cortar o fio com bisturi ou tesoura de ponta romba, abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele e puxá-lo (o fio deverá ser cortado de um lado só do ponto);
- Retirar o fio com a ajuda da pinça;
- Colocar os fios retirados sob a gaze separada para essa finalidade;
- Após a remoção dos pontos da incisão cirúrgica, deve-se realizar uma nova limpeza da ferida de forma delicada com gaze estéril e Soro Fisiológico a 0,9%;
- Secar a ferida com gaze seca e estéril;
- Aplicar Clorexidina aquosa 0,2% e esperar secar;
- Ocluir a ferida com fina camada de gaze seca estéril e fita adesiva (micropore ou esparadrapo);
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar o procedimento realizado na prescrição médica / de enfermagem;
- Realizar anotações pertinentes no prontuário do paciente (procedimento realizado, aspecto da incisão cirúrgica; material utilizado e orientações realizadas ao paciente).

Cuidados:

- É contraindicado a remoção dos pontos com menos de 7 dias da sutura cirúrgica, podendo esse procedimento ser realizado entre o 7º e 12º após a sutura. Entretanto, não é conveniente fixar prazos exatos, uma vez que o processo de cicatrização obedece a fatores individualizados, tais como: nutrição, obesidade, oxigenação, diabetes, infecção, uso de corticosteróides, quimioterápicos e irradiação, sendo **responsabilidade do Enfermeiro / médico avaliar as condições da ferida e indicar a retirada dos pontos cirúrgicos**.
- Na ocasião da retirada de ponto, **o enfermeiro deve avaliar** a ferida cirúrgica de forma individualizada, principalmente nos seguintes aspectos: tipo de procedimento cirúrgico (extensão e localização), ferida cirúrgica (ausência de inflamação, secreção e infecção); e condições gerais do paciente.
- Nas situações em que a ferida cirúrgica apresentar-se com sinais de: infecção, hemorragia, deiscência e evisceração entre outros, **o enfermeiro deve sempre** registrar no prontuário do paciente a respectiva avaliação e

informar ao cirurgião / médico plantonista para que o mesmo decida como proceder, se inviabiliza ou opta pela retirada de pontos de forma alternada (nos casos da sutura com pontos interrompidos).

- Após a retirada dos pontos com retirada parcial alternada, cujo objetivo é facilitar a drenagem do exsudato e prevenir complicações, oculir o curativo com compressa falsa estéril ou gaze, esparadrapo / micropore.
- Em caso de necessidade de realizar o registro fotográfico da ferida ou do paciente, solicitar por escrito a sua autorização e de seu acompanhante no caso de adultos. No caso de crianças solicitar autorização dos pais ou responsáveis legais.
- Na ausência de kit para retirada de pontos pode-se utilizar luva estéril; lâmina de bisturi e agulha 40 x 12.
- Com relação aos tipos e tamanhos de lâminas cirúrgicas evita-se a utilização de lâmina muito pequena em pacientes adultos. Recomendam-se as lâminas de números: 22; 23 ou 24.
- Caso opte por utilizar luva estéril, durante a limpeza da ferida (antes da retirada de pontos), calçar luvas estéreis e com a mão dominante fazer trouxinhas com gaze estéril e limpar a ferida, com a outra mão (não dominante) manosear os frascos das soluções utilizadas não estéreis.
- Caso o paciente esteja em algum tipo de precaução específica, utilizar equipamentos de proteção individual conforme determinação / recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidades:

- Se durante o procedimento ocorrer a complicação de deiscência da ferida cirúrgica, devese parar a remoção dos pontos, proteger a área com curativo compressivo embebido em Soro Fisiológico 0,9%, fazer um curativo compressivo e contatar imediatamente o médico e ou enfermeiro.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento de retirada de pontos, comunique o enfermeiro e / ou médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Enfermeiro:** Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

Ilustração do procedimento de retirada de pontos:



PROCEDIMENTOS PRIVATIVOS DO ENFERMEIRO - NÍVEL SUPERIOR (4, 10, 11, 17, 25-28)

CUIDADOS COM O LOCAL DA PUNÇÃO DO CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA TOTALMENTE IMPLANTÁVEL (PORT-A-CATH)

Finalidade: Manter o cuidado adequado com o local da punção do cateter de longa permanência para permitir seu uso prolongado desse acesso venoso.

Executante: Enfermeiro.

Resultado esperado:

- Minimizar o potencial para complicações infecciosas e aumentar a preservação para o uso prolongado da via venosa.

Material:

- 01 Par de luva de procedimento;
- 01 Par de luva estéril;
- Gaze estéril;
- Clorexidina alcoólica 2%;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Álcool 70%;
- Máscara cirúrgica;
- Bandeja;
- Fita microporosa;
- Saco branco.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente de maneira confortável em decúbito dorsal;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Expor cuidadosamente a área puncionada e deslocar cuidadosamente o curativo anterior, desprezando-o junto com as luvas de procedimento, em saco branco;
- Friccionar novamente as mãos com álcool 70%;
- Abri o pacoete de curativo com técnica asséptica e o material a ser utilizado, dispondo-o no campo estéril do pacote de curativo;
- Calçar as luvas estéreis;
- Limpar a área ao redor da agulha com gaze embebida em Soro Fisiológico 0,9% com movimentos circulares;
- Fazer antissepsia ao redir da agulha com gazes e Clorexidina alcoolica 2%, com movimentos circulares, partindo do centro para a periferia por várias vezes alternando o lado da gaze;
- Esperar secar;
- Calçar a agulha com gazes dobrada, fixando-a com fita hipoalergenica;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar as luvas estéreis;
- Identificar o curativo com DATA; HORÁRIO e NOME do profissional que executou o curativo;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar o procedimento realizado na prescrição médica / de enfermagem;
- Realizar as anotações pertinentes no prontuário do paciente (procedimento realizado, material utilizado e aspecto do local de punção).

Cuidados:

- 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 7 dias.
- Manter a Ponta do Cateter com curativo, a gaze que protege as vias fechadas do cateter deve permanecer sempre seca devendo ser trocada se umedecer.

- O curativo convencional deve ser trocado a cada 24 horas ou sempre que estiver solto, úmido ou sujo ou sempre que necessário.
- O curativo com filme transparente pode permanecer até 7 dias a não ser que esteja solto, úmido ou sujo.
- Ao manipular as conexões do cateter, deve-se fazer desinfecção com álcool 70% e gaze estéril.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.
- Comunique o médico assistente em caso de observação de sinais flogisticos no local da inserção da agulha;
- Avalie a pele que circunda o cateter totalmente implantável e a agulha não cortante para detecção de eritema, inflamação, sensibilidade ou exsudato ou ruptura da pele. **Se o local do cateter já estiver eritematoso não é permitido punção.**
- Observar se há formação de hematoma local e administrar analgésico conforme queixas do paciente e seguindo prescrição médica, 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.

PUNÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE FLUÍDOS POR *CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA TOTALMENTE IMPLANTÁVEL (PORT-A-CATH)*

Finalidade: Acessar o cateter de longa permanência através de punção, utilizando agulha de Hubber (de tamanho adequado ao paciente), por meio de técnica asséptica e posterior proteção do local, promovendo, dessa forma sua manutenção.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Puncionar corretamente a câmara do cateter.
- Prevenir a contaminação exógena do cateter.

- Proporcionar proteção do local de inserção de agulha de Hubber.
- Acompanhar a evolução do local de inserção da agulha de Hubber, observando se há presença de secreção e / hiperemia.
- Prescrever e evoluir o tratamento do cateter.
- Manter integridade da pele ao redor da agulha.

Material:

- 02 Pares de luvas estéreis;
- 01 Seringa de 10 ml;
- 01 Seringa de 20 ml;
- Soro Fisiológico a 0,9%;
- 01 Agulha 40 x 12;
- 01 Máscara cirúrgica;
- Clorexidina alcoolica 2%;
- Álcool 70%;
- 01 pacote de gaze estéril;
- Medicação prescrita;
- Fita microporosa (micropore);
- 02 Dispositivos de acesso estéreis sem agulha;
- 01 agulha não cortante de ângulo reto e tamanho adequado com a extensão anexa do cateter;
- Bandeja;
- Kit de curativo estéril;
- Campo fenestrado.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente de maneira confortável em decúbito dorsal com a cabeceira em ângulo de 30° (se não houver contraindicação relacionada ao quadro clínico do paciente);

- Expor o cateter totalmente implantável;
- Remover o anestésico tópico (se houver sido utilizado);
- Localizar o septo de silicone do reservatório do cateter totalmente implantável dentro de seu perímetro;
- Fricicionar as mãos com álcool a 70%;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica e os demais materiais na mesa auxiliar;
- Colocar sobre o campo estéril as seringas, a agulha para aspiração, o dispositivo de punção e gazes esterilizadas;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calcar as luvas estéreis;
- Com auxilio do técnico em enfermagem, aspirar 20 ml de Soro Fisiológico 0,9% na seringa de 20 ml e 3 ml de Soro Fisiológico 0,9% na seringa de 10 ml. Conecte a seringa de 10 ml ao extensor da agulha não cortante e prepare o extensor e a agulha não cortante preenchendo sua extensão com 1 ml de soro. Feche a pinça do extensor e reserve a agulha não cortante, com seringa fixada no campo estéril;
- Fazer a antissepsia sobre o septo do cateter e a área circundante com gazes e Clorexidina alcoolica 2%, com movimentos circulares, no sentido do centro para fora e deixa secar expontâneamente;
- Repita o procedimento de assepsia do septo do cateter por pelo menos mais 2 vezes;
- Estabilizar, com a mão dominante, o reservatório do cateter entre o polegar e o indicador sobre a pele sobrejacente;
- Segurar a agulha não cortante com a mão dominante, usando o dedo indicador para apoiar a agulha ou a agulha tipo asa de borboleta;
- Inserir a agulha não cortante diretamente perpendicular ao septo do cateter totalmente implantável; aplique continuamente pressão constante até que sinta a agulha tocar a base de trás do reservatório;
- Aspirar o sangue;
- Infundir os 20 ml de Soro Fisiológico 0,9% e feche quando concluído;
- Retirar a seringa e coloque o conector / tampa estéril sem agulha no cateter preparado;
- Infundir a solução ligando-a extensão da agulha não cortante;
- Abrir a pinça e inicie a infusão dis líquidos prescritos;
- Colocar gaze sob as asas do dispositivo para impedir o movimento de balanço da agulha no interior do cateter;
- Fazer o curativo com gaze estéril e micropore sobre o cateter totalmente implantável, a agulha não cortante e a porção superior da extensão;
- Fixar a extensão da agulha com fita microporosa adesiva à pele do paciente;
- Heparinizar o cateter ao término das infusões;
- Fechar a pinça de extensão quando o sistema estiver heparinizado;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas;
- Retirar a máscara cirúrgica;

- Deixar o paciente confortável no leito;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Evitar tração acidental da agula de Hubber (aspirar a extensão da agulha, observando se há refluxo de sangue e se, houver, ela se encontra locada).
- Avaliar o curativo diariamente para identificação precoce de sinais flogisticos e outras complicações.
- Trocar a agulha de Hubber a cada 7 dias.
- Heparinizar o cateter com solução de heparina na concentração de 100 UI/ml – O volume total da câmara varia de 3 a 5 ml – essa concentração é válida por até 30 dias.
- Manter a pinça do cateter fechada quando estiver heparinizada.
- Após o termino de cada ciclo de medicação, antes e após ainfusão de hemocomponentes e uma vez por dia, em casos de infusão contínua, infundir sob pressão 10 ml de solução de Soro Fisiológico a 0,9% para evitar obstrução do cateter.
- Limpar a conexão com álcool a 70%, todas as vezes que for manipular a via do cateter.
- Antes do banho, proteger o curativo (a agulha de Hubber) com material impermeável.
- Orientar o paciente e ao acompanhante a não submergir o curativo (agulha de Hubber) e as conexões na água durante o banho.
- A vida útil do cateter pode chegar até a 2.000 (duas mil) punções.

Ação em caso de não conformidades:

- Em casos de obstrução do cateter comunique ao médico plantonista.
- Na presença de edema, hematoma e sinais de infecção próximos ao local de inserção do cateter, comunique ao médico plantonista.
- Em casos de sinais flogisticos não puncionar o cateter e solicitar avaliação do médico plantonista.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

COLHEITA DE SANGUE ARTERIAL

Finalidade: Realizar punção de uma artéria para obtenção de sangue para analise dos gases sanguíneos.

Executante: Enfermeiro.

Resultado esperado:

- Realizar punção e coleta de sangue arterial de forma adequada e padronizada, oferecendo o menor risco possível de complicações ao paciente.

Material:

- Solicitação do exame ou hemotransusão;
- Seringa em volume de acordo com a quantidade / finalidade da colheita de sangue arterial;
- Agulha 25 x 7;
- Óculos de proteão;
- Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- Bandeja;
- Álcool 70%;
- Bolas secas de algodão;
- Frasco de heparina (se o sengue arterial for para gasometria arterial);
- Tubos coletores de sangue (se for o caso);
- Fita crepe e caneta.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Fazer, com fita crepe, a identificação da seringa com nome do paciente, leito, número de prontuário, data e hora da coleta;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente de maneira confortável em decúbito dorsal;
- Colocar os óculos de proteção e a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher o local a ser puncionado;
- Realizar teste de Allen para determinar o local de colheita de sangue arterial (se o local escolhido for a artéria radil; ultar ou braqueal e se a colheita for para fins de gasometria);
- Heparinizar a agulha (somemte se a colheita arterial for para fins de gasometria com 0,1 ml de heparina);
- Fazer antissepsia do local a ser puncionado com algodão embebido em álcool 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- Palpar a artéria, colocando a ponta dos dedos indicador e médio sobre a mesma, definindo sua localização;
- Puncionar a artéria introduzindo a agulha lentamente, com o bisel voltado para cima;
- 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);
- Coletar a quantidade de sangue necessária;
- Retirar a agulha;
- Realizar firme compressão da artéria puncionada por 5 minutos, com auxilio de algodão seco;
- Retirar luvas de procedimento;
- Reirar óculos de proteção e a máscara cirúrgica;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações pertinentes ao procedimento no prontuário do paciente;

Cuidados:

- Caso a amostra de sangue for para fins de gasometria arterial, encaminhar o sangue coletado ao gasômtro (localizado na Unitade de Terapia Intensiva – UTI) e realizar o exame.
- Caso a amostra seja para fins de solicitação de hemocomponentes, seguir o estabelecido no protoloco de transfusão sanguínea para acondicionamento e encaminhamento da amostra ao hemocentro.
- Caso a amostra seja para exames laboratoriais realizados no Hospital, encaminhar a amostra ao laboratório.

- **<u>Dar preferência para a artéria na seguinte ordem e posição da agulha</u>:**

- 1. Arteria Radial por ser de fácil acesso, palpável e não estar associada a complicações graves – Angulo da agulha 30º a 45º.
- 2. Arteria Braquial – Ângulo da agulha 30º a 45º.
- 3. Artéria Femural – Ângulo da agulha 90º.
- 4. Artéria Pediosa – Ângulo da agulha 30º a 45º.

➢ **Teste de Allen**

- Comprimir simultaneamente as duas artérias (radial e ulnar) pedindo ao paciente que feche e abra várias vezes a mão; esta ficará esquemiada e pálida.
- Em seguida com a mão do paciente aberta, retira-se os dedos da artéria ulnar.
- A coloração rósea deve voltar, indicando boa circulação colateral.
- Quando a coloração retornar dentro de 5 a 7 segundos, a circulação cubital é adequada.
- Se demorar mais de 15 segundos para o retorno, o enchimento cubital é inadequado e esta artéria não deve ser puncionada (nesse caso, escolha outra artéria).

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.
- Em casos de sangramentos e hematomas, realize curativo compressivo e, após, compressa morna no local.
- Se o paciente apresentar algum sintoma de resposta vagal, atende-o prontamente e comunique o médico plantonista.

LAVAGEM GÁSTRICA

Finalidade: Realizar de maneira padronizada o procedimento de instalação de sonda gástrica e lavagem gástrica.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Lavar o estômago com solução fisiológica gelada em casos de hemorragia gástrica (estancar a hemorragia gástrica ou esofágica).
- Retirar conteúdo gástrico excessivo ou nocivo (intoxicação medicamentosa ou alimentar, retenção de alimentos não digeridos, venenos, entre outros).

Material:

- Luvas de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Gorro;
- Avental de manga longa;
- Gazes estéreis;
- Fita microporosa adesiva / esparadrapo;
- Balde ou cuba rim;
- Bandeja;
- Frasco coletor graduado (se for necessário, mensurar o conteúdo drenado);
- Seringa de 20 ml;
- Estetoscópio;
- Papel toalha;
- Soro fisiológico 0,9% (conforme prescrição médica);
- Xilocaína gel;
- Álcool 70%;
- Cateter gástrico (número de acordo com a indicação);
- Biombo (se necessário);
- Extensão de látex;
- Equipo de soro macrogotas.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;

- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em posisão Fowler 45°;
- Promover a privacidade do paciente com a colocação de biombos (se necessário);
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Colocar os óculos de proteção, gorro, avental de mangas longas e a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Conectar o o frasco de Soro Fisiológico 0,9% ao equipo;
- Realizar cateterismo / sondagem gástrica conforme descrito no “Protocolo Operacional Padão do HMU”;
- Testar o posicionamento da sonda gástrica, conforme descrito no “Protocolo Operacional Padão do HMU”;
- Proceder com a fixação do cateter;
- Instalar 250 ml de Soro Fisiológico 0,9%, em pinça aberta (do equipo) no cateter gástrico;
- Avaliar a tolerância do paciente (não deverá apresentar vômitos, se ocorrer diminua o volume de infusão);
- Desconectar o equipo de soro e abrir o cateter gástrico na cuba rim ou balde, até que retorne todo o conteúdo infundido;
- Repetir o ciclo de influxo-refluxo até que os líquidos retornados estejam claros e sem resíduos;
- Retirar o cateter e desprezar em local adequado;
- Recolher o material utilizado e desprezar em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Retirar máscara, óculos de proteção e avental de mangas longas;
- Lavar as mãos;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar na prescrição médica o procedimento realizado;
- Realizar anotações de enfermagem quanto ao procedimento realizado, quantidade de líquido utilizada para a lavagem gástrica, as características dos líquidos drenados e as intercorrências e condutas tomadas, se for o caso.

Cuidados:

- Pinçar a sonda sempre que for manuseá-la, evitando a entrada de ar no estômago e alças intestinais.
- **Em crianças o Soro Fisiológico utilizado para lavagem gástrica deverá ser infundido diretamente na sonda gástrica com auxilio de seringa de 20 ml. Sendo infundido 20 ml de Soro Fisiológico 0,9%, em seguida com**

a mesma seringa realizar aspiração do conteúdo infundido. Repetindo esse procedimento até a drenagem de líquido claro.

Ação em caso de não conformidades:

- Em casos de bradiarritimia, vômitos e aspirações (dispnéia, cianose e palidez), suspenda procedimento, realize monitorização e comunique o médico assistente.
- Em caso de retirada não satisfatória de conteúdo gástrico excessivo ou nocivo ou não estancamento de hemorragia: comunicar o médico assistente.
- Em caso de pacientes que tenham feito cirurgia bariátrica, infundir no máximo 100 ml de Soro Fisiológico 0,9% a cada ciclo.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

PUNÇÃO INTRAÓSSEA (IO)

Finalidade: Realizar punção do osso, com equipamento específico para, infusão de medicamentos e soluções na medula óssea.

Executante: Enfermeiro com habilitação para punção intraóssea.

Resultados esperados:

- Infusão de fluídos e drogas em situações de emergência.
- Hidratação rápida.
- Obtenção de via de administração de medicamento de forma rápida, durante as situações de emergência.

Material:

- Luvas estéreis;
- Máscara;
- Agulhas com mandril (agulha de punção de medula óssea ou específica para infusão intraóssea);

- Clorexidina alcoolica 2%;
- Lidocaína a 2% sem vasoconstritor (recomendado para pacientes conscientes para anestesia local);
- Duas seringas de 10 ml, uma delas com Soro Fisiológico 0,9%;
- Gazes estéreis;
- Fita microporosa adesiva para fixação dos membros;
- Tala de fixação;
- Frasco de Soro Fisiológico com equipo.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;
- Apoior o paciente em superfície rígida, exteriorizando o local escolhido para punção;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas estéreis;
- Realizar assepsia do local de punção com Clorexidina alcoolica 2%;
- Se o paciente estiver consciente, realizar botão anestésico com Lidocaída 2% sem vasoconstritor;
- Identificar novamente o local a ser puncionado pela palpação;
- Realizar estabilização manual do osso a ser puncionado;
- Disparar o dispositivo de inserção do cateter agulhado intraósseo;
- Observar: perda da resistência após punção; se a agulha se mantém no local sem nenhuma sustentação; se existe a possibilidade de aspirar medula óssea; possibilidade de infusão rápida de líquidos;
- Injetar vagarosamente 10 ml de Soro Fisiológico 0,9% através da agulha intraóssea;
- Se a infusão for bem-sucessida e não ocorrer sinais de infiltração, desconectar a seringa e conectar equipo ou seringa para infusão desejada;
- Fixar a agulha com fita adesiva microporosa;
- Fixar o membro puncionado com tala e fita adesiva;
- Recolher o material utilizado e desprezar em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Retirar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;

- Deixar o paciente confortável no leito;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar na prescrição médica o procedimento realizado;
- Realizar anotações de enfermagem quanto ao procedimento realizado, material utilizado, as intercorrências e condutas tomadas, se for o caso.

Cuidados:

- **<u>A punção intraóssea tem as seguintes contraindicações absolutas</u>:**

  - Trauma ósseo no local ou proximo ao local de acesso, ou punção IO prévia no mesmo membro, pois, o rompimento do osso no local ou proximal ao local de punção causa extravasamento de infusões e potencialmente o desenvolvimento de síndrome compartimental.
  - Infecção sobre o ponto de inserção, pois, há risco de semear a infecção para dentro do osso e causar osteomielite.

- **<u>A punção intraóssea tem as seguintes contraindicações relativas:</u>**

  - Prótese no membro (artroplastia de joelho, haste tibial, placa úmeral), ou esternotomia prévia, pois, o rompimento da matriz óssea pode interferir de modo imprevisível com a punção ou as taxas de fluxo do acesso, e a inserção em metais implantados pode causar danos à prótese ou à agulha de punção IO.
  - Dificuldade na identificação de pontos anatômicos, pois, nestes pacientes, dispositivos IO devem ser implantados com extrema cautela, uma vez que pode ser causado dano a estruturas subjacentes.

- O procedimento é rápido (pode ser obtido em 30 a 60 segundos), além de ser distante do local de reanimação cardiopulmonar.
- O local de inserção da agulha intraóssea geralmente é na tíbia anterior, tendo como locais alternativos o fêmur distal, maléolo medial e espinha ilíaca anterior.
- É uma via segura para administração de fármacos, líquidos e hemocomponentes utilizados em situações de emergência. Além disso, permite obter amostras venosas, testes de química, gases sanguíneos, provas cruzadas e tipagem sanguínea.
- Após a infusão das medicações, faz-se necessária a realização de um *push* de 10 ml de Soro Fisiológico 0,9% para facilitar sua distribuição à circulação central.

- Para facilitar a infusão, recomenda-se utilizar a administração sob pressão, usando bombas de infusão ou pressão manual para vencer a resistência das veias.
- A punção óssea deve ser evitada em locais onde haja fraturas, processos infecciosos de pele e tecidos subcutâneos e em áreas de queimaduras infectadas.
- Verificar se há sinais de resistência dos tecidos moles da panturrilha (ou dos tecidos ao redor da punção óssea) ou endurecimento dos tecidos, o que indica extravasamento.
- Como precaução, não se deve cobrir excessivamente o local de punção, para que se consiga observá-lo caso ocorram infiltrações.
- As principais complicações relacionadas ao procedimento citadas na literatura médica são: infiltração subperiostal – complicação mais frequente e de resolução espontânea; osteomielite; abscesso subcutâneo; síndrome compartimental, por extravasamento de fluídos para o tecido subcutâneo; lesão epifisária, fratura da tíbia e embolismo gorduroso pulmonar.
- É necessário realizar controle do membro onde se encontra a punção, inspecionando o local de inserção da agulha, verificando o pulso distal e efetuando papalção do músculo.

Ação em caso de não conformidades:

- Caso não se obenha sucesso no procedimento, deve-se retirar a agulha e repetir o procedimento em outro osso.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

PUNÇÃO JUGULAR

Finalidade: Realizar punção venosa em jugular externa com segurança e com técnica adequada.

Executante: Enfermeiro.

Resultado esperado:

- Instalação do cateter em veia jugular externa para manutenção de uma via de acesso venoso para infusão contínua de soluções.

Material:

- Bandeja;
- Bolas de algodão;
- Esparadrapo ou fita adesiva microporosa;
- Seringa de 10 ml;
- Alcool 70%;
- Cateter Intravenoso de média duração de calibre adequado para o paciente (Abocath / Jelco);
- Luva de procedimento;
- Polifix de 2 vias;
- Garrote (se necessário);
- Soro Fisiológico e equipo.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal (0º ou até 15º) e com hiperextensão lateral da cabeça (expondo o lado a ser puncionado);
- Localizar o vaso a ser puncionado por meio de visualização e palpação do mesmo;
- Fazer a antissepsia do local utilizando o algodão com álcool 70%;
- Tracionar a pele para baixo, com o polegar abaixo do local a ser puncionado no sentido distal para proximal;
- Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, num ângulo de aproximadamente 10° e, mantenha esse ângulo ou um ângulo menor, à medida que o cateter é introduzido;
- Direcionar o cateter na veia com o auxílio do mandril e, após introdução do cateter, remova o mandril;
- Observar o refluxo sanguíneo no canhão do cateter intravenoso de média duração;
- Aspirar com a seringa de 10 ml, caso não tenha retorna venoso no cateter;
- Conectar o cateter ao polifix;
- Permeabilizar com a solução de manutenção do cateter ou salinização;
- Fixar o dispositivo com esparadrapo ou fita adesiva hipoalérgica;

- Recolher o material utilizado e desprezar em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Anotar DATA, HORÁRIO e NOME do profissional enfermeiro que realizou a punção no curativo;
- Orientar o paciente e / ou acompanhante sobre os cuidados para a manutenção do cateter;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações pertinentes no prontuário do paciente.

Cuidados:

- O acesso jugular não deve ser a punção de primeira escolha na rotina da unidade hospitalar, entretanto, é indicada como via de acesso preferencial aos pacientes graves com dificuldade de acesso periférico e durante as manobras de ressuscitação cardiopulmonar.
- Trocar o acesso jugular a cada 72 horas ou sempre que o local da punção apresentar sinais flogisticos.
- Assim que possível estabelecer outra via de acesso venoso no paciente e retirar o acesso jugular.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique ao médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.
- Em casos de eritema, calor local e/ou infiltrações retirar o dispositivo, retire o cateter venoso imediatamente e comunique o enfermeiro / médico plantonista.
- Em caso de punção acidental da artéria carótida, faça compressão vigorosa por 10 minutos (no mínimo) e comunique ao médico.

SONDAGEM NASOENTERAL OU OROENTERAL

Finalidade: Realizar a cateterização nasoenteral do paciente de maneira segura e eficaz.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Proporcionar um método de alimentação e hidratação, que exija um mínimo de esforço do paciente, em situações específicas em que não consiga ou que esteja contraindicada a alimentação por via oral.
- Padronização da execução técnica.

Material:

- Sonda / cateter nasoentérico tipo Doobhoff (sonda de borracha mais maleável e fina e que possui fio guia no seu interior, para facilitar sua introdução) em numeração adequada ao paciente;
- Papel toalha;
- Xilocaína gel;
- Um pacote de gaze;
- Uma seringa de 20 ml;
- Estetoscópio;
- Um par de luvas de procedimento;
- Fita microporosa adesiva (micropore);
- Esparadrapo;
- Bandeja;
- Álcool 70%;
- Bolas de algodão;
- Mesa auxiliar.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em posisão Fowler 45° (em caso de contraindicação médica, manter o paciente em decúbito dorsal);
- Promover a privacidade do paciente com a colocação de biombos (se necessário);
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;

- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir o material que será utilizado e dispor sobre a bandeja na mesa auxiliar;
- Realizar limpeza do local de fixação da sonda com álcool 70% e algodão (lateral da face; nariz e região frontal);
- Realizar medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida à dois dedos abaixo da cicatriz umbilical, mantendo técnica limpa;
- Marcar a medida para introdução da sonda com esparadrapo, previamente cortado;
- Reservar porção de xilocaína gel sobre gaze ou no dorso da mão enluvada;
- Lubrificar a ponta distal da sonda com xilocaína gel;
- Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax (se não houver contraindicação médica);
- Segurar o cateter com a extremidade apontada para baixo, curvá-lo se necessário e com cuidado, inseri-lo na narina do paciente (se a sonda for nasoenteral);
- Segurar o cateter com a extremidade apontada para baixo, curvá-lo se necessário e com cuidado, inseri-lo na boca do paciente (se a sonda for oroenteral);
- Introduzir o cateter para baixo na direção do ouvido mais próximo da narina escolhida (ou em direção a garganta – se o cateter for oroenteral) para introdução do cateter;
- Empurrar o cateter lentamente até sentir uma resistência (que indica que o cateter chegou na região nasofarinfe);
- Pedir para o paciente que vá deglutindo o cateter (se consciente);
- Introduzir o cateter lentamente ate a marcação realizada com o esparadrapo;
- Testar o posicionamento do cateter;
- Retirar o fio guia do cateter;
- Proceder a fixação do cateter com micropore e esparadrapo;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar a sonda com DATA, HORÁRIO e NOME do profissional que realizou o procedimento;
- Orientar o paciente e acompanhante que terão que aguardar o período de migração da sonda para liberação da dieta que é de 2 horas;
- Solicitar ao serviço de radiologia a realização de raio-x toraco-abdominal para avaliação do posicionamento da sonda após as 2 horas de passagem (**o pedido do exame de RX poderá ser solicitado e assinado pelo enfermeiro, conforme legislação vigente**);
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Testes para verificar posicionamento da sonda: Antes de retirar o fio guia

- Verificar se a sonda está no estomago pelo posicionamento do estetoscópio abaixo do apêndice xifóide, introduzindo 20 ml de ar pela sonda com a seringa, que provocará um ruído.
- Acoplar a seringa na extremidade da sonda e realizar aspiração, observar o retorno de conteúdo gástrico.
- Em caso dos dois testes serem negativos, retirar a sonda e reiniciar o procedimento.

Testes para verificar posicionamento da sonda: Após retirar o fio guia

- Avaliar o Raio X solicitado após 2 horas de realização do procedimento. A sonda enteral é radiopaca, justamente para esta finalidade.

Ilustração do posicionamento adequado da sonda enteral:



Ilustração da fixação da sonda:





Cuidados:

- Indicações de tamanhos para sonda enteral (Calibre / French): Nº 6 Fr para neonatos à 18 meses; Nº 6 a 8 Fr de 18 meses à 6 anos; Nº 6, 8 a 12 Fr de 6 anos à adulto);
- Após a fixação da sonda essa deve migrar-se para a região enteral;
- Se observar resistência na introdução do cateter, retirá-lo e reintroduzir delicadamente.
- Se observar cianose ou dispneia no paciente, durante o procedimento, retirar imediatamente o cateter.
- Se ao realizar os testes de localização do cateter, não refluir conteúdo gástrico e se os ruídos estiverem ausentes, retirar o cateter e reiniciar o procedimento respeitando as etapas acima.
- Não administrar nada (medicamentos, dieta, água e etc.) via sonda enteral no paciente antes da confirmação do posicionamento da sonda pelo Raio X. Não forçar o mandril durante a retirada.
- NUNCA reintroduzir o fio guia, quando a sonda estiver no paciente.
- Não tracionar a asa do nariz ao fixar a sonda nem os lábios (caso a sonda seja oroenteral).
- ***A fixação da sonda deverá ser trocada pelo menos uma vez ao dia, logo após o banho do paciente e sempre que estiver suja e / ou úmida.***
- Realizar verificação do posicionamento por ausculta ou drenagem de conteúdo gástrico antes de administrar qualquer conteúdo via cateter enteral.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.

- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

SONDAGEM NASOGÁSTRICA OU OROGÁSTRICA

Finalidade: Realizar a cateterização nasogástrica do paciente de maneira segura e eficaz.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Possibilitar uma via para alimentação e de administração de medicamento a pacientes impossibilitados de deglutir;
- Aliviar a distensão abdominal (se for aberta).
- Administrar medicamentos.
- Examinar o conteúdo gástrico.
- Fazer lavagem gástrica.
- Preparar para cirurgias.

Materiais:

- Sonda gástrica (com numeração ideal);
- Papel toalha;
- Xilocaína gel;
- Um pacote de gaze;
- Uma seringa de 20 ml;
- Estetoscópio;
- Um par de luvas de procedimento;
- Fita microporosa adesiva (micropore);
- Esparadrapo;
- Bandeja;
- Álcool 70%;
- Bolas de algodão;
- Se a sonda for aberta – bolsa coletora e extensão de látex;
- Mesa auxiliar.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em posição Fowler 45° (em caso de contraindicação médica, manter o paciente em decúbito dorsal);
- Promover a privacidade do paciente com a colocação de biombos (se necessário);
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir o material que será utilizado e dispor sobre a bandeja na mesa auxiliar;
- Realizar limpeza do local de fixação da sonda com álcool 70% e algodão (lateral da face; nariz e região frontal);
- Realizar medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida à dois dedos do apêndice xifoide, mantendo técnica limpa;
- Marcar a medida para introdução da sonda com esparadrapo, previamente cortado;
- Reservar porção de xilocaína gel sobre gaze ou no dorso da mão enluvada;
- Lubrificar a ponta distal da sonda com xilocaína gel;
- Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax (se não houver contraindicação médica);
- Segurar o cateter com a extremidade apontada para baixo, curvá-lo se necessário e com cuidado, inseri-lo na narina do paciente (se a sonda for nasoenteral);
- Segurar o cateter com a extremidade apontada para baixo, curvá-lo se necessário e com cuidado, inseri-lo na boca do paciente (se a sonda for oroenteral);
- Introduzir o cateter para baixo na direção do ouvido mais próximo da narina escolhida (ou em direção a garganta – se o cateter for oroenteral) para introdução do cateter;
- Empurrar o cateter lentamente até sentir uma resistência (que indica que o cateter chegou na região nasofarinfe);
- Pedir para o paciente que vá deglutindo o cateter (se consciente);
- Introduzir o cateter lentamente ate a marcação realizada com o esparadrapo;
- Testar o posicionamento do cateter;
- Proceder a fixação do cateter com micropore e esparadrapo;
- Se a sonda for aberta, acoplar a ponta da sonda na extensão de látex e a ponta do látex ao saco coletor;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar luvas de procedimento;

- Identificar a sonda com DATA, HORÁRIO e NOME do profissional que realizou o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Testes para verificar posicionamento da sonda

- Verificar se a sonda está no estomago pelo posicionamento do estetoscópio abaixo do apêndice xifóide, introduzindo 20 ml de ar pela sonda com a seringa, que provocará um ruído.
- Acoplar a seringa na extremidade da sonda e realizar aspiração, observar o retorno de conteúdo gástrico.
- Em caso dos dois testes serem negativos, retirar a sonda e reiniciar o procedimento.

Cuidados:

- Se observar resistência na introdução do cateter, retirá-lo e reintroduzir delicadamente.
- Se observar cianose ou dispneia no paciente, durante o procedimento, retirar imediatamente o cateter.
- Se ao realizar os testes de localização do cateter, não refluir conteúdo gástrico e se os ruídos estiverem ausentes, retirar o cateter e reiniciar o procedimento respeitando as etapas acima.
- Não tracionar a asa do nariz ao fixar a sonda nem os lábios (caso a sonda seja orogástrica).
- ***A fixação da sonda gástrica e enteral deverá ser trocada pelo menos uma vez ao dia, logo após o banho do paciente e sempre que estiver suja e / ou úmida.***
- Realizar verificação do posicionamento por ausculta ou drenagem de conteúdo gástrico antes de administrar qualquer conteúdo via cateter gástrico.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO – FEMININO

Finalidade: Proporcionar o alívio ao paciente que não consegue a micção momentaneamente ou para realização de exames.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Padronização da execução técnica.
- Aliviar a retenção urinária, prevenindo infecções e dores.
- Coletar urina estéril de forma segura para fins de exames diagnósticos.

Material:

- Pacote de cateterismo vesical estéril (pinça; cuba rim; cuba redonda pequena; campo estéril e campo fenestrado);
- Sonda uretral conforme perfil do cliente;
- Luva estéril;
- Luva de procedimento;
- Clorexidina aquosa 1%;
- Álcool 70%;
- Xilocaína gel;
- Máscara cirúrgica;
- Biombo;
- Saco brando;
- Mesa auxiliar;
- Avental de mangas longas;
- Óculos de proteção;
- Sabonete líquido, comadre e agua morna;
- Fita adesiva microporosa / esparadrapo;
- Frasco graduado.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a colocação de biombos (se necessário);
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Colocar o avental de mangas longas; a máscara descartável e óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Despir cliente, expondo apenas a região necessária para o procedimento;
- Colocar o paciente em posição ginecológica;
- Colocar o saco branco ou impermeável sob a região glútea;
- Realizar higiene íntima conforme descrito nesse protocolo;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Abrir o pacote de cateterismo vesical com técnica asséptica e sobre o campo estéril, dispor o material que será utilizado no procedimento de forma asséptica: cateter uretral; xilocaína gel (sobre a gaze); solução de clorexidina aquosa 1% (na cuba redonda) e gazes;
- Calçar luvas estéreis;
- Dobrar as gazes em quatro partes colocando-as na cuba redonda;
- Montar a pinça com gaze embebida em solução de clorexidina aquosa 1%, procedendo a antissepsia da região pubiana, genital e perineal;
- Separar os grandes e pequenos lábios com a mão não dominante, atentando-se para não soltá-los;
- Realizar, com a mão dominante, a antissepsia da região do meato uretral para a região pubiana dos pequenos lábios (sentido anteroposterior, movimento único);
- Colocar o campo fenestrado com a abertura lateral sobre a área limpa;
- Lubrificar o cateter com a xilocaína gel;
- Introduzir o cateter lentamente no meato uretral, até que apareça urina (drenagem de urina);
- Depositar a extremidade distal da sonda na borda da cuba rim / no fraco coletor graduado;
- Fixar o cateter na raiz da coxa da paciente (face interna da coxa) com fita adesiva microporosa;
- Retirar o cateter após o esvaziamento completo da bexiga;
- Deixar a paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas estéreis;

- Retirar a máscara; óculos e avental de mangas longas;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente: procedimento realizado; material utilizado; quantidade e características da urina drenada; intercorrências e condutas tomadas (se for o caso) e encaminhamento da amostra de urina para exame diagnóstico (se for o caso).

Cuidados:

- Evitar movimentos bruscos durante a passagem da sonda em caso de resistência, pois poderá causar trauma no paciente.
- Se após o procedimento não for observado retorno de urina, verifique o posicionamento do cateter e se não estiver na uretra, repita o procedimento trocando por um novo cateter estéril.
- Se ocorrer fechamento dos grandes e pequenos lábios durante a técnica, realize uma nova antissepsia do meato uretral.
- Sempre que possível realizar a técnica com auxílio de uma segunda pessoa (técnico de enfermagem).
- Após o procedimento verificar as características da urina drenada e a presença de sangramentos no local.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de contaminação de qualquer material durante o procedimento, substituí-lo.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO – MASCULINO

Finalidade: Proporcionar o alívio ao paciente que não consegue a micção momentaneamente ou para realização de exames.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Padronização da execução técnica.
- Aliviar a retenção urinária, prevenindo infecções e dores.
- Coletar urina estéril de forma segura para fins de exames diagnósticos.

Material:

- Pacote de cateterismo vesical estéril (pinça; cuba rim; cuba redonda pequena; campo estéril e campo fenestrado);
- Sonda uretral conforme perfil do cliente;
- Luva estéril;
- Luva de procedimento;
- Seringa de 20 ml;
- Clorexidina aquosa 1%;
- Álcool 70%;
- Máscara cirúrgica;
- Xilocaína gel;
- Biombo;
- Saco brando;
- Mesa auxiliar;
- Avental de mangas longas;
- Óculos de proteção;
- Sabonete líquido, comadre e agua morna;
- Fita adesiva microporosa / esparadrapo;
- Frasco graduado.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a colocação de biombos (se necessário);

- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Colocar o avental de mangas longas; a máscara descartável e óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Despir cliente, expondo apenas a região necessária para o procedimento;
- Colocar o paciente em posição dorsal ou semi fowler;
- Colocar o saco branco ou impermeável sob a região glútea;
- Realizar higiene íntima conforme descrito nesse protocolo;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Abrir o pacote de cateterismo vesical com técnica asséptica e sobre o campo estéril, dispor o material que será utilizado no procedimento de forma asséptica: cateter uretral; xilocaína gel (sobre a gaze); solução de clorexidina aquosa 1% (na cuba redonda) e gazes;
- Calçar luvas estéreis;
- Tirar o êmbolo da seringa de 20 ml;
- Solicitar que outro profissional coloque a xilocaína dentro da seringa, de forma que ele não toque no material estéril;
- Reservar a seringa com xilicaína gel sobre o campo estéril;
- Dobrar as gazes em quatro partes colocando-as na cuba redonda;
- Montar a pinça com gaze embebida em solução de clorexidina aquosa 1%, procedendo a antissepsia da região pubiana, genital e perineal;
- Segurar a base so corpo do pêns com a mão não dominante;
- Realizar, com a mão dominante, a antissepsia da região do meato uretral afastando o prepúcio, para o corpo do pênis, com movimento único para fora ou com movimento circular
- Colocar o campo fenestrado com a abertura lateral sobre a área limpa;
- Introduzir xilocaína gel no meato uretral e em seguida faça uma leve pressão no meato mantendo o gel na uretra;
- Esperar o efeito do anestésico (5 minutos) e retire a pressão sobre o corpo do pênis;
- Lubrificar o cateter com a xilocaína gel;
- Introduzir o cateter lentamente no meatro uretral, até que apareça urina (drenagem de urina);
- Depositar a extremidade distal da sonda na borda da cuba rim / no fraco coletor graduado;
- Fixar o cateter na raiz da coxa da paciente (face interna da coxa) com fita adesiva microporosa;
- Retirar o cateter após o esvaziamento completo da bexiga;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas estéreis;
- Retirar a máscara; óculos e avental de mangas longas;

- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente: procedimento realizado; material utilizado; quantidade e características da urina drenada; intercorrências e condutas tomadas (se for o caso) e encaminhamento da amostra de urina para exame diagnóstico (se for o caso).

Cuidados:

- Evitar movimentos bruscos durante a passagem da sonda em caso de resistência, pois poderá causar trauma no paciente.
- Se após o procedimento não for observado retorno de urina, verifique o posicionamento do cateter e se não estiver na uretra, repita o procedimento trocando por um novo cateter estéril.
- Sempre que possível realizar a técnica com auxílio de uma segunda pessoa (técnico de enfermagem).
- Após o procedimento verificar as características da urina drenada e a presença de sangramentos no local.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de contaminação de qualquer material durante o procedimento, substituí-lo.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA – FEMININO

Finalidade: Proporcionar o alívio ao paciente que não consegue a micção momentaneamente ou para realização de exames.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Padronização da execução técnica.
- Aliviar a retenção urinária, prevenindo infecções e dores.
- Coletar urina estéril de forma segura para fins de exames diagnósticos.

Material:

- Pacote de cateterismo vesical estéril (pinça; cuba rim; cuba redonda pequena; campo estéril e campo fenestrado);
- Bandeja;
- Cateter de Foley de tamanho conforme indicada para o cliente;
- Luva estéril;
- Luva de procedimento;
- Seringa de 20 ml;
- Água destilada 20 ml;
- Agulha 40 x 12;
- Clorexidina aquosa 1%;
- Álcool 70%;
- Xilocaína gel;
- Biombo;
- Saco brando;
- Mesa auxiliar;
- Avental de mangas longas;
- Óculos de proteção;
- Compressas não estéreis;
- Máscara cirúrgica;
- Sabonete líquido, comadre / bacia com água morna;
- Fita adesiva microporosa / esparadrapo;
- Coletor de urina sistema fechado.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a colocação de biombos (se necessário);
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Colocar o avental de mangas longas; a máscara descartável e óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Despir cliente, expondo apenas a região necessária para o procedimento;
- Colocar o paciente em posição ginecológica;
- Colocar o saco branco ou impermeável sob a região glútea;
- Realizar higiene íntima conforme descrito nesse protocolo;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Abrir o pacote de cateterismo vesical com técnica asséptica e sobre o campo estéril, dispor o material que será utilizado no procedimento de forma asséptica: cateter de Foley; xilocaína gel (sobre a gaze); solução de clorexidina aquosa 1% (na cuba redonda) e gazes;
- Calçar luvas estéreis;
- Com a seringa de 20 ml e com a ajuda do técnico de enfermagem auxiliar, aspirar 20 ml de água destilada com técnica asséptica;
- Testar o Cuff (balonete) do cateter de Foley com água destilada, a fim de verificar vazamentos;
- Adaptar o cateter de Foley ao coletor de urina sistema fechado e fechar as presilhas de drenagem da bolsa coletora se sistema fechado;
- Dobrar as gazes em quatro partes colocando-as na cuba redonda;
- Montar a pinça com gaze embebida em solução de clorexidina aquosa 1%, procedendo a antissepsia da região pubiana, genital e perineal;
- Separar os grandes e pequenos lábios com a mão não dominante, atentando-se para não soltá-los;
- Realizar, com a mão dominante, a antissepsia da região do meato uretral para a região pubiana dos pequenos lábios (sentido anteroposterior, movimento único);
- Colocar o campo fenestrado com a abertura lateral sobre a área limpa;
- Lubrificar a ponta do cateter de Foley com a xilocaína gel;
- Introduzir o cateter de Foley lentamente no meato uretral, até o “Y”;
- Observar a drenagem de urina;
- Injetar água destilada com a seringa de 20 ml, quantidade determinada pelo fabricante (10 – 20 ml);
- Testar o cateter se ele está fixado, puxando-o delicadamente até apresentar resistência;
- Retirar o campo fenestrado;
- Fixar o cateter na raiz da coxa da paciente (face interna da coxa) com fita adesiva microporosa;

- Posicionar a bolsa coletora abaixo da cintura da paciente (no próprio leito);
- Deixar a paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas estéreis;
- Identificar a bolsa coletora do sistema fechado com DATA; HORÁRIO e NOME do profissional que realizou o procedimento;
- Retirar a máscara; óculos e avental de mangas longas;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente: procedimento realizado; material utilizado; quantidade e características da urina drenada; intercorrências e condutas tomadas (se for o caso) e encaminhamento da amostra de urina para exame diagnóstico (se for o caso).

Cuidados:

- Evitar movimentos bruscos durante a passagem da sonda em caso de resistência, pois poderá causar trauma no paciente.
- Se após o procedimento não for observado retorno de urina, verifique o posicionamento do cateter e se não estiver na uretra, repita o procedimento trocando por um novo cateter estéril.
- **Nunca** insuflar o balonete da sonda, sem antes ter certeza que a mesma encontra-se localizada na bexiga.
- Em caso de vazamento do cuff durante o teste, substituir o cateter.
- Se ocorrer fechamento dos grandes e pequenos lábios durante a técnica, realize uma nova antissepsia do meato uretral.
- Sempre que possível realizar a técnica com auxílio de uma segunda pessoa (técnico de enfermagem).
- Após o procedimento verificar as características da urina drenada e a presença de sangramentos no local.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de contaminação de qualquer material durante o procedimento, substituí-lo.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.

- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA – MASCULINO

Finalidade: Proporcionar o alívio ao paciente que não consegue a micção momentaneamente ou para realização de exames.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Padronização da execução técnica.
- Aliviar a retenção urinária, prevenindo infecções e dores.
- Coletar urina estéril de forma segura para fins de exames diagnósticos.

Material:

- Pacote de cateterismo vesical estéril (pinça; cuba rim; cuba redonda pequena; campo estéril e campo fenestrado);
- Bandeja;
- Cateter de Foley de tamanho conforme indicada para o cliente;
- Luva estéril;
- Luva de procedimento;
- 02 Seringas de 20 ml;
- Água destilada 20 ml;
- Agulha 40 x 12;
- Clorexidina aquosa 1%;
- Álcool 70%;
- Xilocaína gel;
- Biombo;
- Saco brando;
- Máscara cirúrgica;
- Mesa auxiliar;

- Avental de mangas longas;
- Óculos de proteção;
- Compressas não estéreis;
- Sabonete líquido, comadre / bacia com água morna;
- Fita adesiva microporosa / esparadrapo;
- Coletor de urina sistema fechado.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a colocação de biombos (se necessário);
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Colocar o avental de mangas longas; a máscara descartável e óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Despir cliente, expondo apenas a região necessária para o procedimento;
- Colocar o paciente em posição dorsal ou Semi Fowler;
- Colocar o saco branco ou impermeável sob a região glútea;
- Realizar higiene íntima conforme descrito nesse protocolo;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Abrir o pacote de cateterismo vesical com técnica asséptica e sobre o campo estéril, dispor o material que será utilizado no procedimento de forma asséptica: cateter de Foley; xilocaína gel (sobre a gaze); solução de clorexidina aquosa 1% (na cuba redonda) e gazes;
- Calçar luvas estéreis;
- Tirar o êmbolo de uma das seringas de 20 ml;
- Solicitar que outro profissional coloque a xilocaína dentro da seringa, de forma que ele não toque no material estéril;
- Reservar a seringa com xilicaína gel sobre o campo estéril;
- Na segunda seringa de 20 ml e com a ajuda do técnico de enfermagem auxiliar, aspirar 20 ml de água destilada com técnica asséptica;
- Testar o Cuff (balonete) do cateter de Foley com água destilada, a fim de verificar vazamentos;

- Aspire a água introduzida no Cuff e reserve a seringa no campo estéril;
- Adaptar o cateter de Foley ao coletor de urina sistema fechado e fechar as presilhas de drenagem da bolsa coletora se sistema fechado;
- Dobrar as gazes em quatro partes colocando-as na cuba redonda;
- Montar a pinça com gaze embebida em solução de clorexidina aquosa 1%, procedendo a antissepsia da região pubiana, genital e perineal;
- Realizar, com a mão dominante, a antissepsia da região do meato uretral, afastando o prepúcio, para o corpo do pênis, com movimento único para fora ou movimento circular;
- Colocar o campo fenestrado com a abertura lateral sobre a área limpa;
- Introduzir xilocaína gel no meato uretral e faça uma leve pressão para que o gel não saia da uretra;
- Esperar o efeito anestésico (5 minutos) e retire a pressão sobre o corpo do pênis;
- Lubrificar a ponta do cateter de Foley com a xilocaína gel;
- Introduzir o cateter de Foley lentamente no meato uretral, até o “Y”;
- Observar a drenagem de urina;
- Injetar água destilada com a seringa de 20 ml, quantidade determinada pelo fabricante (10 – 20 ml);
- Testar o cateter se ele está fixado, puxando-o delicadamente até apresentar resistência;
- Retirar o campo fenestrado;
- Fixar o cateter na região hipogástrica do paciente, com fita adesiva microporosa;
- Posicionar a bolsa coletora abaixo da cintura da paciente (no próprio leito);
- Deixar a paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas estéreis;
- Identificar a bolsa coletora do sistema fechado com DATA; HORÁRIO e NOME do profissional que realizou o procedimento;
- Retirar a máscara; óculos e avental de mangas longas;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Checar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente: procedimento realizado; material utilizado; quantidade e características da urina drenada; intercorrências e condutas tomadas (se for o caso) e encaminhamento da amostra de urina para exame diagnóstico (se for o caso).

Cuidados:

- Evitar movimentos bruscos durante a passagem da sonda em caso de resistência, pois poderá causar trauma no paciente.
- Se após o procedimento não for observado retorno de urina, verifique o posicionamento do cateter e se não estiver na uretra, repita o procedimento trocando por um novo cateter estéril.
- **Nunca** insuflar o balonete da sonda, sem antes ter certeza que a mesma encontra-se localizada na bexiga.
- Em caso de vazamento do cuff durante o teste, substituir o cateter.
- Se ocorrer fechamento dos grandes e pequenos lábios durante a técnica, realize uma nova antissepsia do meato uretral.
- Sempre que possível realizar a técnica com auxílio de uma segunda pessoa (técnico de enfermagem).
- Após o procedimento verificar as características da urina drenada e a presença de sangramentos no local.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de contaminação de qualquer material durante o procedimento, substituí-lo.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

TROCA DE SONDA DE CISTOSTOMIA[29]

Finalidade: Manter um trajeto alternativo de saída da urina contida na bexiga.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Drenar a urina contida na bexiga;
- Reduzir a transmissão de microorganismos durante o procedimento;
- Garantir a troca da sonda sem traumas e de forma segura.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Luva estéril;
- Avental / jaleco;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção;
- Kit de sondagem (cuba rim, pinça, cuba redonda, gazes e campo estéreis);
- Sonda Foley ou de silicone de duas vias com calibre adequado;
- Bolsa de drenagem de urina sistema fechado;
- 01 Pacote de gaze estéril;
- 02 Seringas de 20 ml;
- Agulha para aspiração;
- Lidocaína gel;
- Ampola de água destilada (quantidade de acordo com o fabricante da sonda);
- Clorexidina aquosa 0,2%;
- Fita adesiva (micropore / esparadrapo);
- Saco branco;
- Álcool 70%;
- Biombo.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a colocação de biombos (se necessário);
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Colocar o avental de mangas longas; a máscara descartável e óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente adequadamente (decúbito dorsal);
- Abrir o kit estéril de sondagem;
- Abrir o restante do material colocando – o dentro do campo estéril do kit de sondagem de maneira asséptica;

- Abrir a ampola de água destilada e deixa-la sobre a mesa de cabeceira do paciente ou da mesa auxiliar utilizada para o procedimento (fora do campo estéril);
- Colocar a corexidina aquosa 0,2% nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda do kit de sondagem;
- Abrir a bisnaga de lidocaína gel e colocal um pouco em local estéril;
- Com o auxílio de uma das seringas de 20 ml, desinsufle o balonete (cuff) da sonda que econtra-se no paciente e retire-a;
- Desprezar a sonda retirada, a bolsa coletora e as luvas de procedimento no saco branco;
- Fazer fricção das mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas estéreis;
- Com o auxilio da outra seringa de 20 ml, agulhada, proceder à aspiração da água destilada, necessária para insuflar o balonete da sonda, sem contaminar as mãos;
- Testar o balonete introduzindo toda a água, após o teste aspirar toda a água do balonete de volta para seringa e reserva-la no campo estéril;
- Com o auxilio da pinça, proceder à assepsia do estoma com clorexidina 0,2%;
- Colocar o campo frenestrado sobre o estoma;
- Conectar a bolsa coletora sistema fechado na sonda foley;
- Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína 2%;
- Introduzir a sonda delicadamente no estoma, cerca de 20 cm e insuflar o balonete, com a água destilada (quantidade de acordo com o fabricante);
- Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
- Retirar o campo fenestrado sem desconectar a bolsa coletora;
- Proteger o estoma e a base da sonda com gaze estéril e ocluir com fita adesiva (micropore / esparadrapo);
- Prender a bolsa coletora na perte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do executante;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas e em seguida os demais equipamentos de proteção individual;
- Manter o ambiente organizado;
- Realizar anotações de enfermagem pertinentes no prontuário do paciente.

Cuidados:

- A troca de sonda de cistostomia no âmbito da equipe de enfermagem compete privativamente ao enfermeiro, desde que o trajeto esteja bem definido e o profissional tenha segurança na realização do procedimento, avaliando

criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal, com vistas a proporcionar assistência de enfermagem segura, minimizando os riscos ou danos causados por negligência, imperícia ou imprudência[30].

- Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;
- Trocar a sonda a cada 30 dias, ou de acordo com orientação médica ou característica da sonda ou do sistema fechado;
- Nunca trocar somente a bolsa coletora (se esta apresentar vazamentos ou obstrução, todo o sistema deverá ser substituído);
- Existem sondas de calibre (6 a 12FR) para crianças e (14 a 24FR) para adultos;
- Insuflar o balonete (cuff) seguindo as recomendações do fabricante;
- Clampear a extensão quando for necessário elevar a bolsa coletora a um nível acima da bexiga;
- Realizar o curativo do estoma a cada 24 horas;

Ação em caso de inconformidade:

- Em caso de qualquer intercorrência durante o procedimento (dificuldade de passagem da sonda, sangramento, queixa de dor do paciente e etc.) comunicar imediatamente ao médico assistente.
- Caso o enfermeiro não se sinta seguro para desempenhar esse procedimento, comunicar ao médico assistente e solicitar que o mesmo realize a troca da sonda de cistostomia.

RETIRADA DE CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL

Finalidade: Realizar a retirada do cateter de acesso venoso central de forma asséptica, padronizada e segura.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Padronização da técnica de retirada de cateter de acesso venoso central.
- Retirada de cateter de acesso venoso central de forma segura e com técnica adequada.

Material:

- 01 bandeja;
- 01 par de Luvas de procedimento;

- 01 par de luvas estéril;
- Soro fisiológico a 0,9%;
- 01 pacote de Gaze estéril e 01 pacote de curativo (piça e gaze);
- Tesoura estéril ou 01 lâmina de bisturi;
- Clorexidina alcoólica;
- Material de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção;
- Esparadrapo e / ou micropore para curativo compressivo.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a colocação de biombos (se necessário);
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Colocar o avental de mangas longas; a máscara descartável, o gorro e óculos de proteção;
- Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento: decúbito dorsal e com a cabeça voltada para o lado contrário da inserção do cateter;
- Preparar o material a ser utilizado no campo estéril, utilizando técnica asséptica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Interromper a infusão de hidratação venosa (se necessário);
- Remover a fixação e o curativo, utilizando gaze embebida soro fisiológico;
- Observar a área de inserção do cateter;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos com álcool 70%;
- Calçar luvas estéreis;
- Realizar a limpeza do óstio (quando houver secreção), utilizando gaze umedecida em solução salina a 0,9%, com movimentos circulares de dentro para fora, utilizando uma gaze para cada movimento;
- Realizar antissepsia do óstio e pele ao redor, utilizando gaze umedecida com clorexidina alcoólica, com movimentos circulares de dentro para fora, utilizando uma gaze para cada movimento;
- Realizar antissepsia do cateter no sentido do óstio para a ponta, utilizando gaze umedecida com clorexidina alcoólica;

- Caso seja necessário, remover os pontos cirúrgicos de fixação do cateter com auxilio da pinça e da tesoura / lâmina de bisturi;
- Firmar o cateter próximo ao sítio de inserção com auxílio de gaze estéril;
- Tracionar o cateter, exteriorizando-o lentamente;
- Solicitar o paciente que faça a manobra de Valsava durante a retirada do cateter;
- Fazer compressão do local de inserção utilizando compressa de gaze estéril;
- Realizar curativo compressivo, utilizando gaze estéril e esparadrapo no local de inserção do cateter;
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações pertinentes no prontuário do paciente: procedimento realizado; material utilizado; intercorrências e condutas tomada (se for o caso).

Cuidados:

- Em caso de solicitação de cultura da ponta do cateter: Cortar a ponta 05 cm com lâmina estéril.
- A **manobra de Valsalva** consiste em solicitar ao paciente consciente que faça uma inspiração profunda e segure o ar por 10 segundos, em seguida, soltar o ar e respirar com rapidez. Essa manobra aumenta o nível de pressão intratorácica reduzindo o risco de embolia gasosa no momento da retirada do cateter venoso central. **Não é indicada** em pacientes portadores de hipertensão intracraniana e para aqueles que não estejam conscientes, alertas e cooperativos.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de contaminação de qualquer material durante o procedimento, substituí-lo.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.
- Em caso de presença de edema e/ou hiperemia, hematomas, sangramento no local da inserção do cateter, dor, rubor e secreção purulenta, comunicar o médico plantonista.

- Em caso do paciente estiver em uso de anticoagulante pressionar por 20 min ou até cessar o sangramento.
- Se após a retirada do cateter o paciente apresentar palidez, cianose, dispnéia, tosse ou taquicardia, evoluindo para sincope e choque, colocar o paciente em trendelemburg e comunicar imediatamente o enfermeiro e/ou ao médico.

RETIRADA DE AGULHA NÃO CORTANTE DO CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA TOTALMENTE IMPLANTÁVEL (PORT-A-CATH)

Finalidade: Realizar a retirada de agulha tipo Huber do cateter de longa permanência totalmente implantável sem intercorrência e de forma padronizada.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Padronização da técnica de retirada de agulha de Huber de forma segura e eficiente.
- Manter a permeabilidade para o uso prolongado do acesso venoso por meio do cateter de longa permanência totalmente implantável (Port-a-cath).

Material:

- Luvas de procedimento;
- 01 Seringa de 10 ml;
- Álcool 70%;
- Frasco de heparina 5000 UI;
- 01 seringa de 20 ml;
- Soro Fisiológico 0,9% (30 ml);
- Gaze estéril;
- Bandeja;
- 02 agulhas 40 x 12;
- Máscara descartável;
- Fita adesiva microporosa (micropore) / esparadrapo.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Aspirar 20 ml de Soro Fisiológico, na seringa de 20 ml. Identifique e reserve;
- Aspirar Heparina na seringa de 10 ml (1 ml de heparina para 9 ml de Soro Fisiológico 0,9%. Identifique e reserve.
- Localizar a extensão da agulha não cortante e junção do equipo com a solução;
- Fazer desinfecção dos conectores com gaze e álcool 70%;
- Feche a pinça do extensor do equipo e desconecte o equipo;
- Conecte a seringa de 20 ml com Soro Fisiológico 0,9%;
- Puxe o êmbolo da seringa para visualizar o sangue aspirado;
- Infusir Soro Fisiológico 0,9% 20 ml, lentamente, para salinizar;
- Remover a seringa de Soro Fisiológico 0,9% e conecte a seringa de 10 ml com Solução de heparina;
- Infundir a solução conforme indicações:
  - **Adultos:** 4-6 ml da solução lentamente;
  - **Crianças:** 2 – 4 ml da solução lentamente (atentar-se ao tamanho da criança e do Port – a – cath).
- Fechar a pinça da extensão;
- Retirar cuidadosamente o curativo existente;
- Estabilizar o reservatório do cateter totalmente implantável entre o polegar e o indicador sobre a pele sobrejacente, com a mão não dominante;
- Segurar a agulha com a mão não dominante, segurando o centro da agulha entre o polegar e o indicador;
- Retirar a agulha com a mão dominante, segurando o centro da agulha entre o polegar e o indicador;
- Retirar a agulha em um ângulo perpendicular à pele, se a agulha tiver asas, junte-as enquanto puxa para cima para fazer o acesso.
- Ocluir o local de inserção com gaze estéril e aplique fita microporosa adesiva conforme necessário;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente: procedimento realizado; material utilizado; intercorrências e condutas tomadas (se for o caso).

Cuidados:

- Não é recomendado utilizar seringas de 3 ou 5 ml devido a pressão exercida no cateter.
- Se paciente for plaquetopénico comunicar o médico e verificar a quantidade adequada de solução de heparina a ser infundida.
- Se houver dificuldades para a remoção da agulha ou deslocamento do cateter comunicar o médico plantonista para que ele faça a remoção.
- Se durante a inspeção identificar sinais de infecção ou ruptura da pele relatar imediatamente ao médico plantonista.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

COLHEITA DE MATERIAL PARA EXAMES DIAGNÓSTICOS (11)

COLHEITA DE AMOSTRA DE URINA SIMPLES (EAS / URINA TIPO 1) E UROCULTURA EM PACIENTE COM DIURESE ESPONTÂNEA – SEXO FEMININO

Finalidade: Realizar coleta de urina para exames de urina tipo 1 (EAS) e urocultura de forma adequada e sem contaminação da amostra em pacientes do sexo feminino.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Coletar amostra de urina para exames diagnósticos de forma segura e com menor possibilidade de contaminação do material biológico.

Material:

- Frasco coletor de urina estéril;
- Fita crepe;
- Caneta;
- Luvas de procedimento;
- Sabonete líquido;
- Água;
- Máscara cirúrgica;
- Álcool 70%;
- Copo descartável;
- Gazes estéreis.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Identificar o frasco de coleta com fita crepe, com o nome da paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso); data de nascimento e data da coleta;

- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar a paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento a paciente e/ou acompanhante;
- Certificar-se que seja a primeira urina da manhã da paciente ou então, que esta esteja com retenção urinária de 2 a 3 horas;
- Solicitar a paciente que faça higinene íntima com água e sabonete líquido, afastando os grandes lábios com uma das mãos e continuar assim enquanto fazer a higiene e coletar o material;
- Oferecer uma gaze embebida com sabonete e solicitar que lave a genitália de frente para trás, limpando entre as dobras;
- Solicitar que inicie a higienização pela região peri-uretral, untroito vaginal, seguindo pelos pequenos e grandes lábios e concluir pela região perineal;
- Solicitar que enxague a região íntima com gaze embebida em água no sentido de cima para baixo, até a remoção do sabonete;
- Solicitar que seque a genitália com gaze estéril após a higienização, no sentido de cima para baixo;
- Solicitar que a paciente urine desprezando o primeiro jato;
- Solicitar a coleta do jato médio no frasco estéril, se, interromper a micção;
- Solicitar um volume de urina até a metade do frasco estéril e tampá-lo;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Colocar máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Recolher o frasco de urina;
- Conferir a etiqueta de identificação contida no frasco;
- Acondicionar o frasco em copo descartável;
- Encaminhar a amostra de urina para o laboratório, bem tampado e sem respingos de urina no frasco, junto com o pedido médico;
- Reirar as luvas de procedimento;
- Retirar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário da paciente.

Cuidados:

- Ao realizar a identificação do frasco coletor, fixar a etiqueta em local que não comprometa a observação da graduação do volume do pote e nem sobre a tampa do frasco.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Enfermeiro: Em caso de recusa da paciente na realização do procedimento, oriente-a da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.
- Paciente com urgência urinaria podem ser dispensadas dessa retenção urinária (2 – 3 horas), anotando-se o fato na requisição do exame.
- No caso de pacientes em período menstrual ou na presença de corrimento vaginal, remover a secreção visível com gaze e colocar um tampão (absorvente interno ou gaze) no canal vaginal durante a coleta. Caso esse procedimento não seja possível, por exemplo em mulheres que não tiveram relação sexual (hímem íntegro). Limpar o excesso de menstruação e secreção vaginal e colocar observação dessa condição na requisição médica que irá ser encaminhada ao laboratório.

COLHEITA DE AMOSTRA DE URINA SIMPLES (EAS / URINA TIPO 1) E UROCULTURA EM PACIENTE COM DIURESE ESPONTÂNEA – SEXO MASCULINO

Finalidade: Realizar coleta de urina para exames de urina tipo 1 (EAS) e urocultura de forma adequada e sem contaminação da amostra em pacientes do sexo masculino.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Coletar amostra de urina para exames diagnósticos de forma segura e com menor possibilidade de contaminação do material biológico.

Material:

- Frasco coletor de urina estéril;
- Fita crepe;
- Caneta;
- Luvas de procedimento;

- Sabonete líquido;
- Água;
- Álcool 70%;
- Copo descartável;
- Máscara cirúrgica;
- Gazes estéreis.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Identificar o frasco de coleta com fita crepe, com o nome do paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso); data de nascimento e data da coleta;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Certificar-se que seja a primeira urina da manhã da paciente ou então, que este esteja com retenção urinária de 2 a 3 horas;
- Solicitar o paciente que faça higinene íntima com água e sabonete líquido, retraindo do prepúcio;
- Solicitar que seque a genitália com gaze estéril após a higienização;
- Solicitar que o paciente urine desprezando o primeiro jato;
- Solicitar a coleta do jato médio no frasco estéril, se, interromper a micção;
- Solicitar um volume de urina até a metade do frasco estéril e tampá-lo
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Colocar máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Recolher o frasco de urina;
- Conferir a etiqueta de identificação contida no frasco;
- Acondicionar o frasco em copo descartável;
- Encaminhar a amostra de urina para o laboratório, bem tampado e sem respingos de urina no frasco, junto com o pedido médico;
- Reirar as luvas de procedimento;
- Retirar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;

- Realizar anotações de enfermagem no prontuário da paciente.

Cuidados:

- Ao realizar a identificação do frasco coletor, fixar a etiqueta em local que não comprometa a observação da graduação do volume do pote e nem sobre a tampa do frasco.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Enfermeiro: Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.
- Paciente com urgência urinaria podem ser dispensados dessa retenção urinária (2 – 3 horas), anotando-se o fato na requisição do exame.

COLHEITA DE AMOSTRA DE URINA SIMPLES (EAS / URINA TIPO 1) E UROCULTURA COM AUXÍLIO DE SACO COLETOR

Finalidade: Realizar coleta de urina para exames de urina tipo 1 (EAS) e urocultura de forma adequada e sem contaminação da amostra em pacientes do sexo masculino feminino com auxílio de saco coletor.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Coletar amostra de urina para exames diagnósticos de forma segura e com menor possibilidade de contaminação do material biológico.

Material:

- Frasco coletor de urina estéril;
- Fita crepe;

- Caneta;
- 03 pares de luvas de procedimento;
- Sabonete líquido;
- Álcool 70%;
- Máscara cirúrgica;
- Água;
- Copo descartável;
- Saco coletor de urina masculino / feminino;
- Óculos de proteção;
- Avental de mangas longas;
- Biombo (se necessário);
- Gazes estéreis.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Identificar o frasco de coleta com fita crepe, com o nome do paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso); data de nascimento e data da coleta;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Certificar-se que o paciente esteja sem urinar por no mínimo 2 horas;
- Promover a privacidade do paciente com colocação de biombos (se for necessário);
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Colocar avental descartável de mangas longas;
- Colocar os óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar higiene íntima feminina ou masculina;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar novas luvas de procedimento;
- Secar a região íntima com gaze estéril;
- Colocar o saco coletor de forma asséptica, acoplando a genitália do paciente;

- Fechar bem o coletor com o seu próprio adesivo;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Aguardar o paciente urinar;
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar o coletor de urina do paciente;
- Coletar 1 – 5 ml de urina em frasco estéril, devidamente identificado e tampá-lo;
- Recolher o frasco de urina;
- Conferir os dados de identificação do paciente contidos no frasco;
- Acondicionar o frasco em copo descartável;
- Encaminhar a amostra de urina para o laboratório, bem tampado e sem respingos de urina no frasco, junto com o pedido médico;
- Reirar as luvas de procedimento;
- Retirar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário da paciente.

Cuidados:

- Ao realizar a identificação do frasco coletor, fixar a etiqueta em local que não comprometa a observação da graduação do volume do pote e nem sobre a tampa do frasco.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de extravasamento da amostra, realizar nova coleta.
- Caso não haja a micção, o saco coletor deverá ser trocado a cada 30 minutos, repetindo-se o procedimento de higiene íntima.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Enfermeiro: Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

- Paciente com urgência urinaria podem ser dispensados dessa retenção urinária (2 horas), anotando-se o fato na requisição do exame.

COLHEITA DE AMOSTRA DE URINA POR SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO

Finalidade: Realizar coleta de urina para exames de urina tipo 1 (EAS) e urocultura de forma adequada e sem contaminação da amostra em pacientes do sexo masculino feminino com auxílio de sondagem vesical de alívio.

Executante: Enfermeiro.

Resultado esperado:

- Coletar amostra de urina estéril para exames diagnóstico de forma segura e com menor possibilidade de contaminação do material biológico.

Material:

- Pacote de cateterismo vesical estéril (pinça; cuba rim; cuba redonda pequena; campo estéril e campo fenestrado);
- Sonda uretral conforme perfil do cliente;
- Luva estéril;
- Luva de procedimento;
- Clorexidina aquosa 1%;
- Álcool 70%;
- Xilocaína gel;
- Biombo;
- Saco brando;
- Mesa auxiliar;
- Máscara cirúrgica;
- Avental de mangas longas;
- Óculos de proteção;
- Fita adesiva esparadrapo;
- Frasco coletor de urina estéril.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Identificar o frasco de coleta com fita crepe, com o nome do paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso); data de nascimento e data da coleta;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Promover a privacidade do paciente com a colocação de biombos (se necessário);
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Colocar o avental de mangas longas; a máscara descartável e óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Despir cliente, expondo apenas a região necessária para o procedimento;
- Colocar o paciente em posição ginecológica (se for do sexo feminino) e em decúbito dorsal (se for do sexo masculino);
- Colocar o saco branco ou impermeável sob a região glútea;
- Realizar higiene íntima masculina conforme descrito nesse protocolo;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Abrir o pacote de cateterismo vesical com técnica asséptica e sobre o campo estéril, dispor o material que será utilizado no procedimento de forma asséptica: cateter uretral; xilocaína gel (sobre a gaze); solução de clorexidina aquosa 1% (na cuba redonda) e gazes;
- Calçar luvas estéreis;
- Dobrar as gazes em quatro partes colocando-as na cuba redonda;
- Montar a pinça com gaze embebida em solução de clorexidina aquosa 1%, procedendo a antissepsia da região pubiana, genital e perineal;
- Realizar passagem de sonda vesical de alívio conforme descrito nesse protocolo;
- Depositar a extremidade distal da sonda no fraco coletor de urina;
- Coletar um volume de urina até a metade do frasco estéril (1 – 20 ml) e tampá-lo;
- Conferir os dados de identificação do paciente contidos no frasco;
- Acondicionar o frasco em copo descartável;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Encaminhar a amostra de urina para o laboratório, bem tampado e sem respingos de urina no frasco, junto com o pedido médico;

- Reirar as luvas de procedimento, óculos de proteção; a máscara e o avental de mangas longas;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário da paciente.

Cuidados:

- Ao realizar a identificação do frasco coletor, fixar a etiqueta em local que não comprometa a observação da graduação do volume do pote e nem sobre a tampa do frasco.
- Evitar movimentos bruscos durante a passagem da sonda em caso de resistência, pois poderá causar trauma no paciente.
- Se após o procedimento não for observado retorno de urina, verifique o posicionamento do cateter e se não estiver na uretra, repita o procedimento trocando por um novo cateter estéril.
- Sempre que possível realizar a técnica com auxílio de uma segunda pessoa (técnico de enfermagem).

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de contaminação de qualquer material durante o procedimento, substituí-lo.
- Se houver contaminação da amostra de urina, durante o procedimento de coleta, despreze a amostra e repita o procedimento.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

COLHEITA DE AMOSTRA DE URINA EM PACIENTE COM SONDA VESICAL DE DEMORA

Finalidade: Realizar coleta de urina para exames de urina tipo 1 (EAS) e urocultura de forma adequada e sem contaminação da amostra em pacientes do com sonda vesical de demora.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Coletar amostra de urina estéril para exames diagnóstico de forma segura e com menor possibilidade de contaminação do material biológico.

Material:

- 02 Pares de luva de procedimento;
- Frasco coletor de urina estéril;
- Óculos de segurança;
- Avental de mangas longas;
- Máscara descartável;
- Álcool 70%;
- Agulha 30x8;
- Fita crepe;
- Caneta;
- Seringa 20 ml;
- Bolas de algodão.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Identificar o frasco de coleta com fita crepe, com o nome do paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso); data de nascimento e data da coleta;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Clampear a extensão de coleta de urina, sistema fechado e aguardar 02 horas;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Após as 02 horas de espera;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou acompanhante;

- Colocar máscara;
- Colocar o avental de mangas longas;
- Colocar os óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Embeber uma bola de algodão com álcool 70%;
- Realizar desinfecção na membrana de silicone da extensão do sistema fechado de coleta de urina;
- Conectar as seringa de 20 ml na agulha com técnica asséptica;
- Puncionar a membrada de silicone da extensão do sistema fechado de coleta de urina;
- Coletar 20 ml de urina;
- Colocar a urina no frasco coletor estéril, com técnica asséptica e tampá-lo;
- Abrir o clamp da extensão do coletor de urina sistema fechado;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Acondicionar o frasco em copo descartável;
- Reirar as luvas de procedimento, óculos de proteção; a máscara e o avental de mangas longas;
- Encaminhar a amostra de urina para o laboratório, bem tampado e sem respingos de urina no frasco, junto com o pedido médico;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário da paciente.

Cuidados:

- Ao realizar a identificação do frasco coletor, fixar a etiqueta em local que não comprometa a observação da graduação do volume do pote e nem sobre a tampa do frasco.

Ação em caso de não conformidades:

- Se houver contaminação da amostra de urina, durante o procedimento de coleta, despreze a amostra e repita o procedimento.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Enfermeiro: Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

Ilustração do local de coleta de urina na extensão coletora sistema fechado:



COLHEITA DE AMOSTRA DE URINA DE 24 HORAS (PROTEINÚRIA)

Finalidade: Realizar a coleta de urina de 24 horas de forma segura e eficiente e com o menor risco possível de contaminação.

Executante: Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Coletar amostra de urina por 24 horas, para exames diagnósticos de forma segura e com menor possibilidade de contaminação do material biológico.

Material:

- Bandeja;
- Frasco coletor graduado (garrafa de água mineral vazia);
- Comadre ou papagaio higienizada;
- Fita crepe;
- Luva de procedimento.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;

- Identificar o frasco de coleta com fita crepe, com o nome do paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso); data de nascimento, peso, altura data e hora do ínicio e término da coleta;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Oferecer ao paciente ao paciente comadre e / ou papagaio (conforme o sexo do paciente);
- Solicitar ao paciente que despreze a primeira urina do dia (caso apresente micção espontânea);
- Orientar ao paciente a coletar as próximas urinas no pagaguaio e / ou comadre durante as 24 horas do dias e armazenar no frasco coletor (utilizar o fraco coletor de dreno de tórax ou garrafa de água mineral), com tampa;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Armazernar o frasco de urina na geladeira, conforme forem “enchendo”, até completar as 24 horas de coleta;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Repetir o procedimento de oferta de papagaio e / ou comadre, frasco coletor, armazenamento na geladeira, até completar as 24 horas de coleta;
- Realizar fricção das mãos com álcool 70%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar os frascos com a coleta de urina das 24 horas, conforme a hora do término presente na etiqueta;
- Conferir se todos os frascos estão etiquetados;
- Encaminhar os frascos de urina para o laboratório, junto com a solicitação médica do exame, com as informações de: nome completo do paciente, nome da mãe, data de nascimento, número do prontuário e do cartão do SUS;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter o ambiente em ordem;
- Anotar a data, horário e volume urinário encaminhado para o laboratório no prontuário do paciente;
- Realizar anotações de enfermagem, pertinentes no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Oferecer quantos frascos coletores forem necessário para armazenar todo o conteúdo de urina desprezado pelo paciente nas 24 horas.
- Durante o período de coleta o recipiente que está sendo armazenado a urina, deverá ser mantido sob refrigeração a – 2° a 8°C.

Ação em caso de não conformidades:

- Se o paciente possuir cateter vesical de demora o responsável pela coleta será o profissional de enfermagem. Casos de crianças que não tenham controle da micção o exame deverá ser coletado através de saco coletor. Caso ocorra perda de urina durante a coleta, comunique o enfermeiro.
- Se houver contaminação da amostra de urina, durante o procedimento de coleta, despreze a amostra e repita o procedimento.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Enfermeiro: Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

COLHEITA DE SANGUE PARA HEMOCULTURA

Finalidade: Realizar colheita de amostra sanguínea para diagnóstico bacteriológico, de maneira adequada e eficiente.

Executante: Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Biomédico; Biólogo; Bioquímico e Técnico de Laboratório.

Resultados esperados:

- Realizar hemocultura para diagnóstico de agentes bacteriológicos ou fungicos, septicemia ou febre de origem desconhecida.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Gaze estéril;
- Óculos de proteção;

- Fita crepe;
- Agulha 25 x 7 ou Scalpe 25 G;
- Seringa de 20 ml;
- Álcool 70%;
- Clorexidina alcoólica 0,5%;
- Caneta;
- Máscara descartável;
- 02 Frascos de hemocultura – fornecido pelo laboratório;
- Garrote.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Identificar o frasco de coleta com fita crepe, com o nome do paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso); data de nascimento, peso, altura data e hora do ínicio e término da coleta;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Fricicionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar antissepsia da tampa de borracha da garrafa com álcool 70%, deixando o algodão sobre a tampa, até o momento do uso;
- Realizar a antissepsia do local da punção com gaze estéril e clorexidina alcoólica 0,5% em movimentos circulares (caracol), iniciando no ponto de inserção da agulha e ampliando em movimentos circulares para as bordas, até atingir aproximadamente 2 cm acima e 2 cm abaixo do local da inserção;
- Deixar a região secar por aproximadamente 30 segundos;
- Garrotear o braço do paciente;
- Puncionar a veia com o scalpe acoplado na seringa de 20 ml / agulha 25 x 7;
- Aspirar o volume de sangue necessário para cada meio (frasco), aproximadamente 10 – 20 ml;
- Remover a agulha do paciente;
- Com a mesma agulha da punção, perfurar a tampa do meio (frasco) para injetar o sangue no frasco, o qual será aspirado por vácuo;

- Remover a agulha do frasco;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Homogeneizar o frasco com movimentos circulares;
- Retirar as luvas de procedimentos;
- Orientar o paciente quanto aos cuidados pós-coleta;
- Anotar no termo de consentimento para o exame (fornecido pelo laboratório) o acesso que foi utilizado para colheita da amostra sanguínea: Ex: Periférico – Arterial – Cateter;
- Quando solicitado na prescrição médica, mais que uma amostra, seguir a sequência das etiquetas (solicitar orientação da equipe do laboratório) e colher com intervalo de no mínimo 15 minutos entre as punções, anotando no termo de consentimento.

Cuidados:

- Ao escolher o local de punção evitar as seguintes áreas: áreas com terapia ou hidratação venosa de qualquer espécie; locais com cicatrizes ou queimaduras; áreas com hematomas, fístulas artério-venosas; flebite e trombose.
- Em caso de dúvidas no procedimento de colheita e armazenamento da amostra sanguínea para hemoculturas, solicitar orientações ao Responsável Técnico do Laboratório do Hospital Municipal e Universitário, pois, a técnica de colheita e armazenamento de amostra sanguínea pode variar de acordo com o fabricante dos frascos ou laboratório prestador do serviço.
- Se a amostra for obtida a partir de cateter vascular já existentes, deve ser realizada a antissepsia do local a ser puncionado com álcool 70%.
- A colheita da amostra sanguínea para hemocultura pode ser realizada a qualquer hora do dia, uma vez que, não há evidências científicas que comprovem alterações no resultado de exames, mediante jejum do paciente ou em casos em que o paciente esteja com febre durante a coleta.
- O volume de sangue a ser colheitado deve ser retirado de um único local, em caso de necessidade poderá haver duas punções, porém, uma para cada fransco.
- O volume de sangue necessário para a realização do exame, varia de acordo com o fabricante / fornecedor do meio (frasco), sempre consultar o responsável pelo laboratório o volume necessário antes de puncionar o paciente.

Ação em caso de não conformidades:

- A colheita de sangue para hemoculturas por meio de cateteres, já existentes no paciente restringe-se a intenção de diagnósticos de infecções relacionadas ao dispositivo e deverá sempre ser acompanhada de uma amostra de sangue de outro local, devidamente identificadas (quanto ao local de coleta), para comparação diagnóstica.

- Em caso de sangramentos ou hematomas no local de colheita de amostra sanguínea, comunique ao médico e ou enfermeiro plantonista.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Enfermeiro: Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

COLHEITA DE SANGUE VENOSO

Finalidade: Realizar colheita de amostra sanguínea para exames diagnósticos, de maneira adequada e eficiente.

Executante: Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Biomédico; Biólogo; Bioquímico e Técnico de laboratório.

Resultado esperado:

- Realizar exame diagnóstico a partir de amostras sanguíneas.

Material:

- Solicitação médica / do enfermeiro de exames, a partir de amostra sanguínea;
- Seringa de 5; 10 ou 20 ml (compatível com a quantidade de exames a serem realizados);
- Agulha para seringa 25 x 7 ou 25 x 8;
- Bandeja;
- Álcool 70%;
- Bolas de algodão;
- Caneta;
- Fita crepe (para identificação dos tubos coletores);
- Frascos coletores compatíveis com o exame solicitado (fornecido pelo laboratório);
- Curativo pós-punção (fornecido pelo laboratório);
- 01 par de luvas de procedimento;
- Garrote.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Identificar o frasco de coleta com fita crepe, com o nome do paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso) e data de nascimento;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em posição dorsal;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher o local de punção;
- Garrotear levemente o membro escolhido para punção;
- Puncionar a veia escolhida;
- Aspirar volume de sangue suficiente para a realização dos exames solicitados;
- No momento em que todo o sangue necessário fluir para o interior da seringa, soltar o garrote;
- Realizar compressão do local puncionado, com auxílio de algodão seco, orientado o paciente / acompanhante que mantenha compressão do local por pelo menos 3 – 5 minutos;
- Preencher os frascos / tubos coletores de sangue, obedecendo a sequência padronizada para a coleta dos tubos à vácuo (primeiro tubo a ser preenchido – tampa azul – coagulogramas / TAP / TTPA; segundo tubo - tampa roxa – hemogramas; tampa vermelha / amarela; tampa cinza e tampa verde – bioquíca em geral);
- Homogeneizar os tubos cerca de 5 a 8 vezes por inversão completa;
- Fixar o curativo pós-punção adesivou ou algodão com micropore na área puncionada;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Ao escolher o local de punção evitar as seguintes áreas: áreas com terapia ou hidratação venosa de qualquer espécie; locais com cicatrizes ou queimaduras; áreas com hematomas, fístulas artério-venosas; flebite e trombose.

- Em caso de dúvidas no procedimento de colheita e armazenamento da amostra sanguínea para hemoculturas, solicitar orientações ao Responsável Técnico do Laboratório do Hospital Municipal e Universitário.
- Em pacientes inconscientes ou crianças ou aqueles que dificuldade de obedecer a comandos verbais, utilizar óculos de proteção e máscara.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de contaminação de amostra, realizar nova colheita.
- Se após 3 tentativas de colheita de sangue venoso, não obtiver o volume de sangue adequado, solicitar ao enfermeiro ou médico, colheita de sangue arterial.
- Em caso de sangramentos ou hematomas no local de colheita de amostra sanguínea, comunique ao médico e ou enfermeiro plantonista.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Enfermeiro: Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

COLHEITA DE SANGUE VIA CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA TOTALMENTE IMPLANTÁVEL (PORT-A-CATH)

Finalidade: Realizar colheita de amostra sanguínea para exames diagnósticos, de maneira adequada e eficiente.

Executante: Enfermeiro.

Resultados esperados:

- Realizar colheita de amostra sanguínea para exames diagnóstico de maneira segura e eficiente.
- Evitar obstrução do cateter de longa permanência totalmente implantável (Port-a-cath) durante colheita de amostra sanguínea.

Material:

- Solicitação médica / do enfermeiro de exames, a partir de amostra sanguínea;

- Seringa de 5; 10 ou 20 ml (compatível com a quantidade de exames a serem realizados);
- 02 seringas de 20 ml;
- Agulha para seringa 25 x 7 ou 25 x 8;
- Bandeja;
- Álcool 70%;
- Bolas de algodão;
- Caneta;
- Fita crepe (para identificação dos tubos coletores);
- Frascos coletores compatíveis com o exame solicitado (fornecido pelo laboratório);
- 01 par de luvas de procedimento;
- Máscara descartável;
- Óculos de proteção;
- Gazes estéreis;
- Caixa com gelox;
- Sistema estéril sem agulha / cânulas rombas;
- Tampa / adaptador estéril para cateter (para fixar o equipo Endovenoso e manter a estabilidade se desconectar de uma infusão;
- Tampa para cateter neutro sem agulha ou de pressão positiva estéril;
- Soro Fisiológico 0,9%.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Identificar o frasco de coleta com fita crepe, com o nome do paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso) e data de nascimento;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em posição dorsal;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Colocar óculos de proteção;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar as luvas de procedimento;

- Executar a punção do cateter conforme técnica descrita no item “Punção e administração de fluídos por cateter de longa permanência totalmente implantável (Port-a-cath)”, descrito nesse protocolo;
- Manter uma área limpa para abertura de materiais;
- Aspirar Soro Fisiológico 0,9% em cada uma das duas seringas de 20 ml (preenchendo-as completamente);
- Localizar a extensão da agulha não cortante e junção do equipo com a solução;
- Fazer desinfecção dos conectores;
- Fechar a pinça do extensor da agulha e do equipo e desconecte o equipo (se houver);
- Conectar uma seringa de 20 ml com solução salina;
- Infundir o Soro Fisiológico 0,9% 20 ml, lentamente, para salinizar;
- Conectar a seringa (5; 10 ou 20 ml – compatível com a quantidade de sangue desejada) e aspirar delicadamente a quantidade de sangue necessária para o exame solicitado;
- Conectar a outra seringa com 20 ml de Soro Fisiológico, infundir e clampear a extensão;
- Trocar o conector sem agulha / tampa do cateter se houver sangue residual;
- Colocar o sangue nos frascos / tubos coletores;
- Reconectar o equipo ou realizar salinização ou heparinização ou remover a agulha, conforme necessidade do paciente;
- Desprezar o material utilizado;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Retirar óculos e máscara descartável;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Encaminhar o material coletado, devidamente identificado, ao laboratório em caixa apropriada com gelox;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Em caso de dúvidas no procedimento de colheita e armazenamento da amostra sanguínea para hemoculturas, solicitar orientações ao Responsável Técnico do Laboratório do Hospital Municipal e Universitário.
- Na ausência de refluxo sanguíneo ou obstrução do cateter, assegure-se de que: as pinças estejam abertas e a extensão da agulha não cortante/equipo intravenoso não esteja dobrada; troque a agulha não cortante, se estiver mal posicionada ou ocluída. Se mesmo assim, ainda continuar obstruído, comunique ao médico plantonista para avaliar o problema.

Ação em caso de não conformidades:

- Na ausência de refluxo sanguíneo após manobras de posicionamento é aconselhável realizar exame de Raio X contrastado para avaliação da posição do mesmo.
- Se o paciente queixa-se de dor ou se for encontrada resistência completa a punção do cateter, descontinue o procedimento e comunique ao médico plantonista.
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Enfermeiro: Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

COLHEITA DE AMOSTRA DE ESCARRO

Finalidade: Realizar coleta de amostra de escarro para realização de exame diagnóstico de maneira segura, adequada e padronizada.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

Material:

- Avental descartável de manga longa;
- Máscara N 95;
- Óculos de proteção;
- Como com água;
- Papel toalha;
- Frasco coletor estéril;
- Álcool 70%;
- Luvas de procedimento.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Identificar o frasco de coleta com fita crepe, com o nome do paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso); data de nascimento, material coletado e sequência da amostra;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Colocar avental descartável de manga longa;
- Colocar a máscara N 95;
- Colocar os óculos de proteção;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em posição dorsal;
- Confirmar se o paciente está em jejum;
- Pedir ao paciente que se possível lave as mãos;
- Ofereça álcool 70% ao paciente e oriente-o a friccionar as mãos;
- Orientar o paciente a realizar a higiene oral e gargarejo, no mínimo 3 vezes, apenas com água;
- Orientar o paciente a tossir: inspirar profundamente, reter o ar por alguns segundos e expirar, repita este procedimento 2 vezes. Na terceira vez, na expiração, solte o ar com força e rapidamente pela boca. Inspira profundamente mais uma vez, prenda a respiração por alguns instantes e, em seguida, force a tosse para liberar o escarro.
- Solicitar que o ácoemte escarre diretamente no frasco estéril.
- Colher a amostra de 5 – 10 ml de escarro e tampe o frasco;
- Orientar o paciente e / ou acompanhante sobre a repetição da coleta por mais 2 dias, pela manhã e antes do desjejum (total de 3 amostras);
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar as luvas de procedimento; máscara; óculos e avental de mangas longas;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Encaminhar a amostra coletada para o laboratório prestador, para realização do exame, junto com a requisição, número do cartão Sus e a autorização para realização do exame;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Caso o paciente utilize próteses dentárias, oriente-o a retirá-las antes da higienização da cavidade oral.
- O frasco com o escarro deve ser protegido da luz solar e encaminhado ao laboratório em até duas horas; caso o amostra tenha que ultrapassar este período, deve acondicionada na geladeira e ser entregue ao laboratório de preferência no mesmo dia da coleta.
- A etiqueta de identificação do frasco, deverá ser fixada em um local que não comprometa a observação da graduação do volume do frasco e nem sobre a tampa.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Enfermeiro: Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.
- Caso o paciente tenha escovado os dentes ou não esteja em jejum, realizar uma nova orientação de coleta do exame e coletar a amostra no dia posterior.
- Caso o frasco esteja sem identificação, certifique se a amostra coletada é do paciente indicado na solicitação do exame, se positivo proceda a identificação do mesmo.
- Caso não possua geladeira disponível para o acondicionamento da amostra, pode-se armazenar a amostra em caixa térmica com gelo reciclável.

COLHEITA DE AMOSTRA DE SECREÇÕES PAA CULTURA

Finalidade: Realizar coleta de secreção para avaliação bacteriana ou fúngica.

Executante: Enfermeiro; Biológo; Biomédico e médico.

Resultado esperado:

- Coleta adequada de secreção nasal e orofaríngе e de lesões para exames.

Material:

- Luvas de procedimento;

- 02 swabs (se for realizar coleta de secreção e preparo de lâminas);
- Álcool 70%;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Gaze estéril;
- Fita crepe;
- Caneta.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Identificar o frasco do swab com fita crepe, com o nome do paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso); data de nascimento, material coletado e sequência da amostra;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Higienizar a região a ser coletada a secreção com gaze e Soro Fisiológico 0,9% para retirar o excesso;
- Abrir o invólucro do meio de transporte (Stuart) e retirar o swab;
- Coletar a secreção do local solicitado (se houver ferida, coletar a secreção do centro da lesão);
- Após a coleta da secreção, inserir o swab dentro do tubo de transporte;
- Utilizar outro swab para a confecção da Lâmina;
- Retirar as luvas de procedimento e lavar as mãos.

Cuidados:

- Em casos em que seja solicitado esfregaço em lâminas, solicitar auxílio de um funcionário da equipe do laboratório, para preparação da lâmina.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.

- Enfermeiro: Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

COLHEITA DE SWAB RENTAL

Finalidade: Realizar coleta de secreção retal para avaliação bacteriana ou fúngica.

Executante: Enfermeiro; Biológo; Biomédico e médico.

Resultado esperado:

- Coleta adequada de secreção retal para exames.

Material:

- Luvas estéreis;
- 01 Swab;
- Óculos de proteção;
- Álcool 70%;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Máscara descartável;
- Fita crepe (se necessário para identificação dos tubos);
- Lâmina de bisturi;
- Tubo estéril (se necessário);
- Avental de mangas longas;
- Biombos (se necessário);
- Caneta.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;

- Identificar o frasco do swab com fita crepe, com o nome do paciente, setor (clínica médica / UTI / clínica cirúrgica / pediatria / pronto-socorro), leito (se for o caso); data de nascimento, material coletado e nome do profissional que realizou a coleta;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar a máscara descartável; o avental de mangas longas e o óculos de proteção;
- Promover a privacidade do paciente com a colocação de biombos, se necessário;
- Posicionar o paciente em posição de Sms;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Abrir a embalagem do swab e protegê-lo;
- Calçar as luvas estéreis;
- Embeber o Swab de algodão com Soro Fisiológico a 0,9%;
- Segurar o Swab pela haste de plástico;
- Introduzir cuidadosamente a extremidade do Swab além do esfíncter anal (1 a 5 cm);
- Realizar movimentos rotatórios com o Swab, suavemente;
- Remover o Swab e colocar em tubo estéril identificado (caso ele não tenha tubo próprio);
- Observar coloração fecal no algodão do Swab e anotar no prontuário;
- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Encaminhar o Swab ao laboratório com o pedido médico do exame;
- Retirar as luvas; máscara descartável; avental de mangas longas e óculos de proteção;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Em casos em que seja solicitado esfregaço em lâminas, solicitar auxílio de um funcionário da equipe do laboratório, para preparação da lâmina.
- O número de swabs pode variar de acordo com o tipo de exame solicitado, sempre confirmar com o responsável plantonista do laboratório;
- Identificar a amostra e enviar ao laboratório em no máximo 30 minutos ou utilizar o meio de transporte fornecido.
- Em caso de condições de má higiene ou em presença de fezes realize higiene antes do procedimento;

- Manter o paciente com precaução de contato até resultado da cultura de vigilância e, em caso de pacientes colonizados e / ou infectados por microorganismos multirresistentes, manter precaução de contato até a alta hospitalar ou segundo recomendações do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Ação em caso de não conformidade:

- Caso a amostra esteja inadequada, o laboratório do Hospital Municipal, poderá solicitar nova coleta;
- Em caso de incidentes relacionados ao procedimento ou de complicações após o procedimento, comunique o médico e faça a notificação no formulário do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Enfermeiro: Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

OUTROS PROCEDIMENTOS (10, 11, 31-33)

APRAZAMENTO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA / ENFERMAGEM

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Finalidade: Padronizar a rotina de aprazamento de medicamentos e cuidados de enfermagem prescritos.

Resultado esperado: Prevenir erros de administração e / ou omissão de administração de medicamentos e de cuidados de enfermagem.

Material:

- Prescrição médica e / ou de enfermagem;
- Prontuário do paciente;
- Caneta (azul para plantão diurno e vermelha para plantão noturno);
- Carbono ou máquina de xérox.

Procedimento:

- Verificar se a prescrição médica esta com identificação adequada do paciente (nome completo); nome do hospital e unidade de internação;
- Verificar se há identificação adequada do prescritor (nome completo; categoria profissional e número de registro no conselho de classe);
- Verificar a data da prescrição e prazo de validade da mesma;
- Verificar a legibilidade, a prescrição completa e se há abreviaturas padronizadas;
- Confirmar se há indicação de alergias descritas no prontuário de alguma das medicações prescritas.
- Proceder o aprazamento dos medicamentos na via da prescrição que permanece no prontuário do paciente e xerocar ou encaminhar prescrição carbonada ao setor de farmácia para dispensação do medicamento e / ou material necessário para o cuidado.

Horário de prescrição	Sugestão de horários
24 / 24 horas	04; 06; 08; 10 ; 12; 14;16; 18; 20; 22; 24.
12 / 12 horas	08 – 20; 10-22; 12-24; 16-04; 18-06.
08 / 08 horas	08-16-24; 12-20-04; 14-22-06.
06 / 06 horas	10-16-22-04; 12-18-24-06.
04 / 04 horas	08-12-16-20-24-04. 10-14-18-22-02-06.
02 / 02 horas	08-10-12-14-16-18-20-22-24-02-04-06.

Cuidados:

- Caso o paciente seja proveniente do Centro Cirúrgico; Pronto-Socorro; Sala de Estabilização; UTI e / ou de outras unidades de saúde, observar informações de administração de medicamentos e / ou cuidados realizados e iniciar no horário subsequente. Caso essa informação não exista, iniciar aprazamento conforme internação do paciente.
- No caso de prescrição de mais de um antibiótico e / ou analgésico para o mesmo paciente, interca-le os horários de modo que estas não sejam realizadas no mesmo horário.
- No caso de medicamentos controlados, observar a existência de receituário / requisição específica, caso não o médico não tenha o feito, solicite-o o preenchimento da receita e / ou requisição.
- Medicamentos como insulina; doanil; metiformina (hipoglicemiantes) e os anti-hipertensivos, deve-se evitar o aprazamento entre os horários de 22 - 06 horas da manhã.
- Para o Doanil / Glibenclamida aprazar em horários pela manhã (antes do almoço do paciente);
- AAS (ácido acetil salicílico) quando prescrito em 1 x ao dia, deve ser aprazado em horários após o almoço do paciente.
- Se houver indicação no prontuário de alergia a alguma medicação prescrita, suspenda a medicação, comunique ao médico e solicite substituição.
- Na dúvida sobre interações medicamentosas, sempre confirmar com o farmacêutico se a administração dos medicamentos podem ser em horários concomitantes.
- A prescrição médica tem validade de 24 horas, cso esta já esteja vencida contacte com o médico assistente para nova prescrição, na ausência de solução, comunique ao diretor médico e de enfermagem a ausência de prescrição diária pelo profissional responsável.

Ação em caso de inconformidade:

- Caso a prescrição médica esteja ilegível; rasurada ou incompleta solicitar ao médico imediata correção.

CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Finalidade: Padronizar a rotina de conferência do carrinho de emergência

Resultado esperado:

- Agilizar o atendimento de emergência e reduzir o desperdício de material.

Procedimento:

- **Carrinho sem lacre:** Proceder a conferência do material gasto e a reposição do material, se necessário no início de cada plantão de 12 horas;
- **Carrinho lacrado:** Proceder a conferência do material gasto e a reposição do material, se necessário, sempre que o lacre for rompido;
- **Conferência mensal:** Proceder conferência de todo o material do carrinho de emergência, quanto a organização de data de validade no primeiro dia de cada mês, mesmo que o lacre não esteja rompido;
- Proceder anotação em todos os casos no caderno de anotações de conferência do carrinho de emergência, disposto sobre o carrinho;
- Profissional responsável: após conferência do carrinho e reposição ou substituição dos materiais necessários, assinar e carimbar o caderno de controle;
- Atentar para manter a quantidade de material conforme formulário de conferência e apenas os materiais descritos, para evitar acúmulos desnecessários.

Cuidados:

- Se os medicamentos ou materiais estiverem vencidos, encaminhe-os para farmácia e faça sua substituição imediata.
- Não acumular medicamentos e / ou materiais no carrinho de emergência, que não estejam listados no protocolo.
- Em caso de medicamentos e / ou materiais que compõem o carrinho de emergência estiver em falta no hospital, comunicar imediatamente a direção da farmácia / almoxarifado; direção administrativa e direção de enfermagem.

Segue formulário com indicação de quantidade e disposição dos materiais no carrinho de emergência:

Conferência do Carrinho de Emergência **DATA__/__/__**

MEDICAMENTOS	QTD	TD	MATERIAIS	TD	TD
1º GAVETA			**2º GAVETA**		
Adrenalina	10		Abocath Nº 20	15	
Água destilada 10 ml	15		Abocath Nº 22	15	
Amiodarona	05		Abocath Nº 24	15	
Atropina	10		Scalp Nº 21	05	
Bicarbonato de sódio 8,4% 10 ml	10		Scalp Nº 23	05	
Dexametasona	03		Scalp Nº 25	05	
Diazepan	03		Agulha 13x4.5	20	
Dobutamina	02		Agulha 25x07	20	
Dormonid/Midazolan 15 mg	02		Agulha 40x12	20	
Fenocril- (Fenobarbital)	03		Seringa 01 ml	10	
Fenitoina (Hidantal)	03		Seringa 03 ml	10	
Furosemida	05		Seringa 05 ml	10	
Fentanil 2 ml	05		Seringa 10 ml	10	
Glucon. de Cálcio 10%	02		Seringa 20 ml	10	
Glicose 25%	10		Cateter nasal	05	
Glicose 50%	10		Eletrodos	30	
Heparina Sódica	01		Equipo Microgotas	05	
Hidrocortizona 100 mg	02		Equipo Macrogotas	05	
Hidrocortizona 500 mg	02		Equipo BIC	03	
Noradrenalina	02		Lâmina Bisturi nº 11	05	
Fenergan (Prometazina)	02		Gazes (pacote)	10	
Terbutamina	02		Intracath Nº19 (verde)	02	
Tridil – nitroglicerina	02		Garrotes	02	
Sulfato de magnésio	02		Gorro	05	
Quelecin 100 mg (suxametônio)	01		Máscara	10	
Xilocaina 2% sem vaso Frasco	04		Polifix	05	
Xilocaina Gel	02		Torneirinha 03 vias	05	
Sulfadiazina de Prata 1%	02		Sonda Nasogástrica nº 12	05	
3º GAVETA			Sonda Nasogástrica nº 14	05	
Tubo Orotraqueal Nº 2.0	03		Sonda Nasogástrica nº 16	05	
Tubo Orotraqueal Nº 2,5	03		Sonda Nasogástrica nº 18	05	
Tubo Orotraqueal Nº 3,0	03		Sonda Uretral nº 04	05	
Tubo Orotraqueal Nº 3,5	03		Sonda Uretral nº 06	05	
Tubo Orotraqueal Nº 4,0	03		Sonda Uretral nº 08	05	
Tubo Orotraqueal Nº 4,5	03		Sonda Uretral nº 10	05	
Tubo Orotraqueal Nº 5,0	03		Sonda Uretral nº 12	05	
Tubo Orotraqueal Nº 5,5	03				
Tubo Orotraqueal Nº 6,0	03				
Tubo Orotraqueal Nº 6.5	03		**4º GAVETA**		
Tubo Orotraqueal Nº 7.0	03		Ambú Neo	02	
Tubo Orotraqueal Nº 7.5	03		Ambú Pediátrico	02	
Tubo Orotraqueal Nº 8.0	03		Cânula de Guedel 0,1,2,3	01	
			Látex estéril	02	
			Umidificador	02	
			S.F. 0,9% 250 ml	03	
			S.F. 0,9% 500 ml	03	
Fio Guia			S.G. 0,9% 500 ml	03	

Assinatura do Profissional Responsável pela conferência:_____

Ação em caso de não conformidades:

- Comunicar o enfermeiro responsável pelo plantão

DESINFECÇÃO DE CATETER ORO / NASOGÁSTRICO E ORO / NASOENTERAL

Finalidade: Realizar desinfecção de cateteres oro / nasogástrico e oro / nasoenteral de maneira segura e padronizada.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Padronização da técnica e da solução utilizada para desinfecção dos cateteres oro / nasogástrico e oro / nasoenteral.
- Evitar colonização de microrganismos nos cateteres oro / nasogástrico e oro / nasoenteral.
- Minimizar os riscos de infecções associadas a utilização dos cateteres oro / nasogástrico e oro / nasoenteral.

Material:

- Álcool 70%;
- Luvas de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Gazes estéreis.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Umedecer a gaze com solução o álcool 70%;

- Realizar a desinfecção com gaze umedecida com a gaze em toda a extensão externa no cateter, fazendo fricção unidirecional.
- Repetir o procedimento até a gaze ficar limpa;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Retirar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Cuidados:

- A deseinfecção dos cateteres oro / nasogástrico e oro / nasoenteral deverá ser realizada pelo menos 1 x ao dia, logo após o banho do paciente.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de tração ou retirada acidental do cateter durante o procedimento, comunicar ao enfermeiro plantonista para reposicionar o cateter.

DESINFECÇÃO DE CONECTORES EM TERAPIA INTRAVENOSA

Finalidade: Realizar desinfecção dos conectores em terapia intravenosa de maneira segura e padronizada.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Padronização da técnica e da solução utilizada para desinfecção dos conectores em terapia intravenosa.
- Evitar colonização de microrganismos nos conectores em terapia intravenosa.
- Minimizar os riscos de infecções associadas a utilização dos conectores em terapia intravenosa.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Conector;
- Gaze estéril;
- Álcool 70%.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Umedecer as gazes estéreis com álcool 70%;
- Realizar a desinfecção dos conectores com álcool por meio de fricção vigorosa com, no mínimo, três movimentos rotatórios;
- Instalar terapia intravenosa ou administrar a medicação (conforme prescrição médica);
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

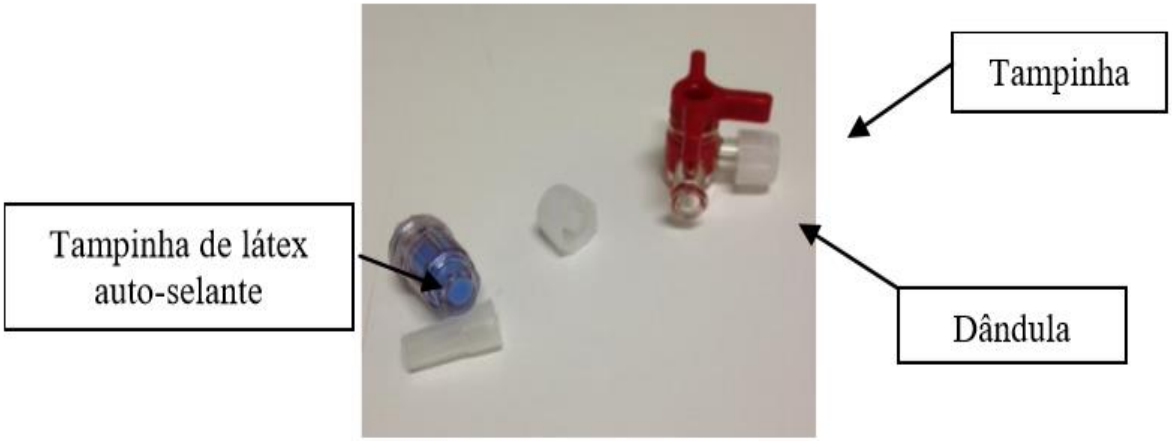
Cuidados:

- Esse procedimento deverá ser realizado a cada infusão venosa e / ou administração de medicamentos.
- Se o conector (tampinha) for revestido de látex auto-selante, proceder à desinfecção do mesmo, caso contrário, retire a tampinha do conector, faça a desinfecção da dândula e instale a terapia intravenosa.
- Ao retirar a terapia intravenosa, proteja a dândula com uma nova tampinha estéril.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de qualquer intercorrência durante o procedimento ou imediatamente após, comunique ao enfermeiro plantonista.

Ilustração dos conectores:



HEPARINIZAÇÃO E SALINIZAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA TOTALMENTE IMPLANTÁVEL (PORT-A-CATH)

Finalidade: Realizar heparinização ou salinização de cateter de longa permanência totalmente implantável (Port-a-cath) de forma padronizada e segura.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Manter a permeabilidade do acesso para uso prolongado.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Seringa de 10 ml;
- Álcool 70%;
- Frasco de heparina 5.000 UI (se heparinização)

- Soro Fisiológico 0,9% - 30 ml (se salinização);
- Gaze estéril;
- Bandeja;
- Seringa de 20 ml;
- Agulha 40 x 12;
- Máscara descartável;
- Fita crepe;
- Fita adesiva microporosa.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Fazer a identificação na fita crepe com o nome do paciente, quarto, leito, solução, via de administração, fixando-a na seringa e protege-la com sua própria embalagem;
- Fazer a desinfecção do injetor lateral do frasco do S.F. 0.9% e da borracha do frasco de heparina 5.000UI com algodão embebido em solução alcoólica a 70%;
- Aspirar Heparina na seringa de 10 ml - 1ml de Heparina para 9ml de SF 0,9%, caso deseje heparinizar, identifique e reserve;
- Aspirar S.F. 0,9% na seringa 20 ml, caso deseje salinizar, identifique e reserve;
- Reunir o restante do material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Localizar a extensão da agulha não cortante e a junção do equipo;
- Fazer a desinfecção dos conectores com gaze estéril, umedecida com álcool 70%;
- Fechar a pinça do extensor do equipo e desconecte o equipo;
- Conectar a seringa de 20 ml com Soro Fisiológico 0,9%
- Puxar o êmbolo da seringa para visualizar o sangue aspirado;
- Infundir Soro Fisiológico lentamente;
- Remover a seringa de Soro Fisiológico 0,9%;
- Caso deseje heparinizar, conecte a seringa de 10 ml com a solução de heparina;
- Infundir a solução de heparina, conforme indicações;

- Reaplicar a pinça do cateter na extensão da agulha não cortante;
- Retirar luvas de procedimento;
- Fixar a extensão da agulha cortante no cateter;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Realizar anotações de enfermagem pertinentes no prontuário do paciente.

Cuidados:

- **Heparinizar o port-a-cath:** quando o seu próximo uso for ocorrer em um tempo superior a 24 horas.
- **Salinizar o port-a-cath:** quando o tempo for inferior a 24horas**.**
- **Adultos:** infundir de 4 a 6 ml da solução lentamente.
- **Crianças:** infundir de 2 a 4 ml da solução lentamente - atentar-se ao tamanho da criança e do cateter.
- Anotar o número de punções realizadas, em um impresso próprio, para permitir controlar o tempo de uso do cateter, e intervalo das heparinizações quando cateter não estiver em uso.
- A heparinização port-a-cath: do deverá ser a critério médico ou a cada 30 dias.

Ação em caso de não conformidade:

- Na ausência de refluxo sanguíneo ou obstrução do cateter, assegure-se de que as pinças estejam abertas e a extensão da agulha não cortante / equipo intravenoso não esteja dobrada ou troque a agulha não cortante, caso esteja mal posicionada ou ocluída. Se mesmo assim, ainda continuar obstruída, comunique ao enfermeiro e / ou médico para avaliar o cateter.
- Se o paciente queixar-se de dor ou se for encontrada resistência completa, descontinue o procedimento de lavagem.
- Se paciente for plaquetopénico comunicar o médico e verificar a quantidade adequada de solução de heparina a ser infundida.

IDENTIFICAÇÃO E TROCA DE EQUIPOS, EXTENSÕES; POLIFIX E DÂNDULAS

Finalidade: Realizar a identificação e troca de equipos, extensões, polifix e dândulas de forma segura e padronizada.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Realizar identificação e troca de dispositivos de maneira padronizada.

- Reduzir o risco de infecções associadas ao uso dos dispositivos.
- Evitar colonização de microrganismos nos equipos, extensões, polifix e dândulas.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Caneta;
- Dândula;
- Equipo;
- Gaze estéril;
- Polifix;
- Álcool 70%;
- Fita crepe.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;

Cuidados:

- A troca do sistema de infusão venosa deverá ser realizada nos setores pela manhã logo após o banho do paciente, de acordo com as orientações de frequência de troca.
- É responsabilidade do enfermeiro supervisor do setor, o acompanhamento das datas de trocas dos dispositivos, além de orientar e supervisionar as trocas.
- Na utilização das extensões (polifix ou dândulas) em cateter periférico deverão ser consideradas como parte do cateter e sua troca será efetuada juntamente com o cateter, já no caso de cateter central a troca deverá ser realizada com o sistema de infusão.
- **Atentar para as seguintes orientações:**

- Equipos para infusão contínua – bomba de infusão ou plano de soro – Trocar a cada 72h.
- Equipos para infusão intermitente – Trocar a cada 24h.
- Equipos para PVC – Trocar a cada 72h.
- Equipos para sangue e hemoderivados – Trocar a cada bolsa.
- Equipos para nutrição parenteral – Trocar a cada 24h.
- Equipos para nutrição enteral – Trocar a cada 24h.
- Polifix, dândulas e extensões – Trocar a cada 72 h.

Ação em caso de não conformidade:

- Quando os equipos não estiverem datados, realizar troca independente da data em que foi colocado.
- Na suspeita e / ou confirmação de infecções relacionados aos dispositivos, substituir todo o sistema.
- Na presença de sujidades / coágulos / obstruções e sinais de flebite, efetue a troca de todo o sistema de infusão, inclusive do acesso venoso.

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

Finalidade: Realizar monitorização cardíaca de forma segura e eficaz.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Monitorizar os parâmetros da frequência e ritimos cardíacos do paciente de forma adequada.

Material:

- Monitor cardíaco;
- Cabo de 05 derivações;
- Eletrodos;
- Álcool 70%;
- Aparelho de barbear ou Lâmina de bisturi (se necessário);
- Algodão;

- Luva de procedimento.

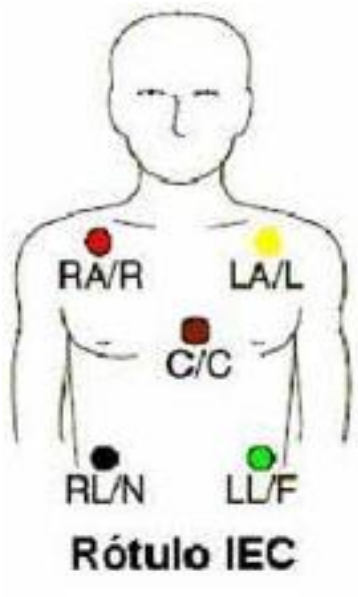
Procedimento:

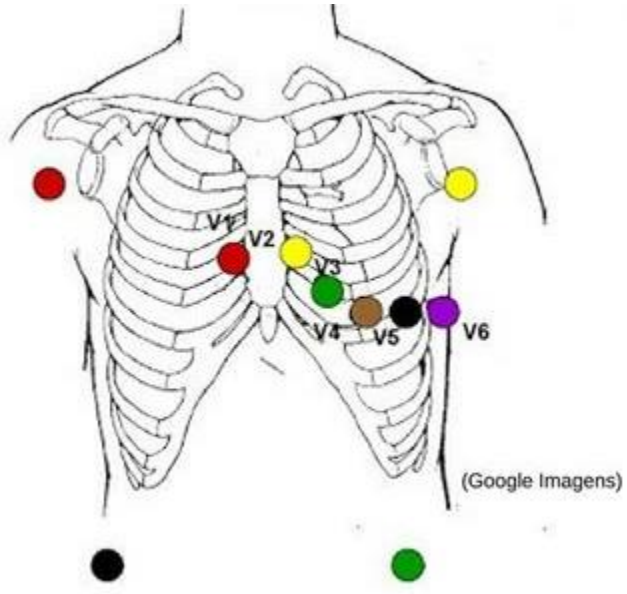
- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar tricotomia na região torácica do paciente (se necessário);
- Fixar os eletrodos no tórax do paciente;
- Adaptar os cabos aos eletrodos;
- Checar as derivações;
- Observar ritimo da frequência;
- Acionar o alarme sonoro;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar anotações de enfermagem pertinentes no prontuário do paciente.

Cuidados:

- Realizar troca dos eletrodos após o banho e / ou sempre que necessário.
- Observar posicionamento dos eletrodos segundo o fabricante do aparelho.

Ilustração:





Ação em caso de não conformidade:

- Caso o traçado eletrocardiográfico não esteja satisfatório, verifique se os eletrodos estão posicionados corretamente, caso contrário reposicione-os.
- Caso o monitor ou os cabos apresentem defeitos, encaminhe-os para manutenção e comunique a direção de enfermagem.

RETIRADA DE CATETERES ORO / NASOGÁSTRICO E ORO / NASOENTERAL

Finalidade: Realizar a remoção dos cateteres oro / nasogástrico e oro / nasoenteral de forma segura e sem danos ao paciente.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Remover os cateteres oro / nasogástrico e oro / nasoenteral de forma adequada em com menor dano possível ao paciente.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Gazes;
- Seringa de 10 ml;
- Copo descartável 50 ml;
- Sabonete líquido;
- Papel toalha;
- Máscara cirúrgica;
- Saco branco;
- Água potável.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar paciente em posição de Fowler 45°;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar o papel toalha sobre o tórax do paciente;
- Aspirar o conteúdo residual do cateter com a seringa de 10 ml;
- Manter o cateter fechado;
- Retirar a fita adesiva de fixação do cateter com gaze embebida em água;
- Orientar o paciente a não respirar (prender a respiração);
- Tracionar o cateter com movimento firme;
- Desprezar o cateter retirado no saco branco;
- Higienizar o local da fixação para retirada dos resíduos de adesivos com sabonete líquido e água potável;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Lavar as mãos;

- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações de enfermagem pertinentes no prontuário.

Cuidados:

- Após a retirada do cateter, manter-se próximo do paciente por pelo menos 05 minutos e avaliar o surgimento de alterações hemodinâmicas, sangramentos e vômitos. Caso o pciente apresente qualquer dessas alterações, comunique o enfermeiro e / ou médico plantonista.
- Em caso de resistência a retirada do cateter, pare o procedimento e comunique ao médico enfermeiro e / ou plantonista, nunca “forçar” a retirada, pois, poderá causar traumas e sangramentos no paciente.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de alterações hemodinâmicas do paciente durante o procedimento ou logo após, comunicar ao enfermeiro e / ou médico plantonista.
- Em caso de sangramentos ou vômitos em grande quantidade durante ou após o procedimento, comunicar ao enfermeiro e / ou médico plantonista.

RETIRADA DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO

Finalidade: Retirar o cateter venoso periférico de forma segura e adequada.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Retirar o cateter venoso periférico de forma padronizada.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Cuba rim ou bandeja;
- Álcool 70%;
- Fita microporosa (micropore) ou esparadrapo;

- Algodão.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica / de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Pinçar o equipo e o extensor (polifix) se for o caso;
- Umidificar o algodão com álcool 70% para lubrificar o curativo;
- Com a mão não dominante estabilizar o cateter e com a mão dominante remover o curativo;
- Com uma bola pequena de algodão seco, aplicar uma leve pressão no ponto de inserção do catetr e puxá-lo para removê-lo;
- Aplicar pressão acima do local de inserção do cateter por 2 a 3 minutos e observar a cessação do sangramento;
- Se o paciente estiver em terapia anticoagulante, realizar pressão local por pelo menos 20 minutos ou até parar o sangramento;
- Prender com esparadrapo o algodão seco sobre a inserção do cateter;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimentoos;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Cuidados:

- O movimento firme e delicado na retirada do cateter evita irritação à veia e permite que sua parede se contraia levando a interrupção do sangramento.
- Realizar inspeção da pele adjacente à inserção do cateter periférico diariamente, pois, pode ocorrer flebite ou abcesso pós-infusão dentro de 48 - 96h após a remoção do cateter.
- Indicações da retirada do cateter venono periférico:
  - Término da quantidade de infusão prescrita.

- Troca do acesso endovenoso / intravenoso periférico por rotina instituída pelo Serviço de Controle de Infecção hospitalar.
- Troca do acesso endovenoso / intravenoso periférico devido a comprometimento do equipo e/ou demais conexões, contaminação, excesso de sangue ou hemoderivados.
- Reação pirogênica.
- Suspensão da terapia venosa.
- Presença de flebite, infiltração e/ou extravasamento do local de punção e/ou adjacências.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de qualquer intercorrência durante o procedimento ou imediatamente após, comunique ao enfermeiro plantonista.

RETIRADA DE CATETER VESICAL DE DEMORA – MASCULINO E FEMININO

Finalidade: Realizar a retirara de cateter vesical de domora de forma segura e adequada.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Retirar o cateter vesical de demora de forma padronizada.
- Evitar traumas no paciente em decorrência da execução inadequada da técnica de retirada do cateter vesical de demora.

Material:

- Saco branco;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 20 ml;
- Comadre;
- Máscara cirúrgica;
- Gaze não estéril.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Colocar a máscara cirúrgica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Desprezar a urina da bolsa coletora na comadre;
- Fechar a pinça da extensão da bolsa coletora;
- Colocar o paciente na posição supina (decúbito dorsal);
- Retirar a fixação do cateter;
- Conectar a seringa na via de acesso do cateter vesical de Foley;
- Aspirar à água destilada do balonete do cateter (observando a indicação do fabricante de quantidade de água necessária para insuflar o balonete);
- Retirar o cateter lentamente, desprezando o cateter, a bolsa coletora e a seringa no saco branco;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar no vaso sanitário do quarto do paciente a urina coletada na comadre;
- Recolher o material utilizado do quartor do paciente;
- Desprezar o material usado no local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Retirar a máscara cirúrgica;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

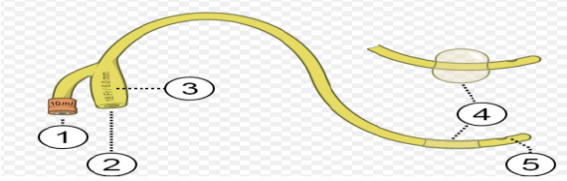
Cuidados:

- Antes de retirar o cateter, confirme que toda água destilada foi retirada do balonete do cateter.
- Caso apresente sangramento uretral, faça a compressão local e comunique o enfermeiro.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de qualquer intercorrência durante o procedimento ou imediatamente após, comunique ao enfermeiro e / ou médico plantonista.

Ilustração:



1 – Conectar a seringa de 20 ml e aspirar à água destilada. Também indica a quantidade de água destilada necessária para insuflar o balonete.
2 – Conecção da bolsa coletora - sistema fechado.
3 – Indicação do tamanho da Sonda.
4 – Balonete (deve ser esvazeado com a aspiração do item 1).
5 – Saída coletora de urina.

SALINIZAÇÃO DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO DE MÉDIA PERMANÊNCIA

Finalidade: Realizar a salinização de cateter venoso periférico de maneira segura e adequada.

Executante: Enfermeiro e /ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Manter a permeabilidade do cateter.
- Evitar o retorno sanguíneo.
- Prevenir complicações decorrentes da incompatibilidade de medicamentos e soluções.

Material:

- Luvas de procedimento;
- Conector (tampinha);
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Gaze estéril;
- Seringa de 10 ml;
- Bandeja;
- Álcool 70%;
- Fita crepe;
- Caneta;
- Agulha 40 x 12;

- Bola de algodão.

Procedimento:

- Confirmar a solicitação do procedimento na prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Fazer a identificação na fita crepe com as seguintes informações: quarto, leito, nome do paciente, Soro Fisiológico, via de administração (EV), fixando na seringa e protege-la com sua própria embalagem;
- Fazer a desinfecção do injetor lateral do frasco do Soro Fisiológico 0,9% com algodão embebido em álcool 70%;
- Aspirar Soro Fisiológico 0,9% na seringa de 10 ml e identifique-o;
- Levar a serinfa com a solução e o restante do material na bandea para o quarto ou para próximo do paciente;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Friccionar as mãos com álcool 70%;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Umedecer gazes estéreis com solução alcoólica;
- Realizar a desinfecção dos conectores com álcool 70% por meio de fricção vigorosa com, no mínimo, três movimentos rotatórios;
- Retirar a agulha da seringa e adaptar a tambpinha do cateter;
- Conectar a serinfa ao cateter e aspire o dispositivo para confirmar o fluxo sanguíneo do meso;
- Faer o flushing com 05 ml de soro fisiológico 0,9% no cateter;
- Fechar as vias com oclusores (tampinhas) estéreis;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar o material em local apropriado;
- Retirar as luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento a cada infusão venosa e / ou administração de medicamentos.

Cuidados:

- Se o conector (tampinha) for revestido de látex auto-selante, proceder à desinfecção do mesmo, caso contrário, retire o conector, faça a desinfecção e injete o soro fisiológico.

Ação em caso de não conformidade:

- Em caso de qualquer intercorrência durante o procedimento ou imediatamente após, comunique ao enfermeiro plantonista.
- Caso a dânula ou polifix esteja sem a tampinha, coloque uma nova tampinha estéril.
- Na presença de dor local, edema ou pele fria, não realize flushing e confirme a permeabilidade do cateter, caso negativo, realize nova punção e comunique o enfermeiro.

REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

Finalidade: Padronizar a rotina de realização de Eletrocardiograma de modo a permitir a adequada realização do exame no e a avaliação da atividade elétrica do miocárdio no tempo apropriado.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultados esperados:

- Padronização da execução técnica do exame.
- Registrar o Eletrocardiograma (ECG) com traçado correto, nítido, sem interferência e com identificação completa das derivações.

Material:

- Carrinho com aparelho de ECG completo (braçadeira, eletrodos ou peras);
- Eletrodos;
- Impresso de ECG ou fita de ECG (conforme aparelho);
- Luvas de procedimento;
- Algodão seco;
- Gel condutor;
- Álcool a 70%;
- Compressa ou toalha de papel;

- Caneta;
- Biombo, se necessário.

Procedimento:

- Confirmar no prontuário médico a solicitação do exame;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar o carrinho de ECG para o próximo do leito do paciente;
- Apresentar-se para o paciente e acompanhante;
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Calçar luvas de procedimento;
- Solicitar ao paciente e ou/familiar a retirada (do paciente) de objetos metálicos ou eletrônicos, se necessário auxilie o paciente e / ou familiar;
- Posicionar o cliente em decúbito dorsal, de maneira confortável;
- Certificar-se de que o paciente não esteja em contato com alguma parte metálica do leito;
- Promover a privacidade do paciente com a utilização de biombo, se necessário;
- Abaixar a cabeceira da cama a 0°, exceto quando houver contraindicação;
- Conectar o aparelho a rede elétrica;
- Expor o tórax do paciente e realizar antissepsia da pele com o algodão umedecida com o álcool 70%, na região precordial e nas extremidades dos membros (face interna e longe dos ossos);

ℑ **Colocar eletrodos descartáveis ou peras na linha precordial:**

- V1: 4º espaço intercostal à direita do externo;
- V2: 4º espaço intercostal à esquerda do externo;
- V3: 5º entre V2 e V4;
- V4: 5º espaço intercostal e linha hemiclavicular à esquerda;
- V5: 5º espaço intercostal e linha axilar anterior à esquerda;
- V6: 5º espaço intercostal e linha axilar média à esquerda.

ℑ **No caso do aparelho com peras, colocar gel condutor no local de instalação das peras.**

ℑ **Colocar as braçadeiras ou eletrodos descartáveis nas áreas preparadas:**

- RA: braço direito (right arm);
- LA: braço esquerdo (left arm);
- RL: perna direita (right leg);
- LL: perna esquerda (left leg).

- **Colocar gel condutor nas derivações periféricas (MSE - amarelo/LA, MIE - verde/ll, MSD (vermelho/RA), MID (Preto/RL);**

- Conectar os cabos aos seus respectivos eletrodos ou peras e braçadeiras, conforme indicação presente nos mesmos;
- Ligar o aparelho e iniciar o ECG, seguindo as orientações do fabricante;
- Acompanhar o registro;
- Identificar o ECG com a data, horário de realização do exame, nome completo do paciente, idade, sexo, número do leito e carimbo do profissional que realizou o exame;
- Após o termino do exame, retirar as derivações precordiais e periféricas do paciente, limpando a região com toalha de papel e pás do aparelho;
- Desligar o aparelho;
- Organizar o leito e guardar o material de forma adequada;
- Deixar o paciente no leito seguro e confortável ou encaminhá-lo ao setor de Classificação de Risco (se for paciente proveniente do pronto-socorro);
- Deixar o quarto / unidade do paciente em ordem;
- Proceder a desinfecção do eletrocardiógrafo, das braçadeiras e / ou das peras com pano limpo ou algodão umedecido com álcool a 70% e guardá-los em local apropriado;
- Desprezar o material descartável utilizado, se for o caso;
- Retirar as luvas de procedimentos;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem pertinentes ao exame;
- Checar a realização do exame na prescrição médica e anexar o ECG no prontuário do paciente;

Cuidados:

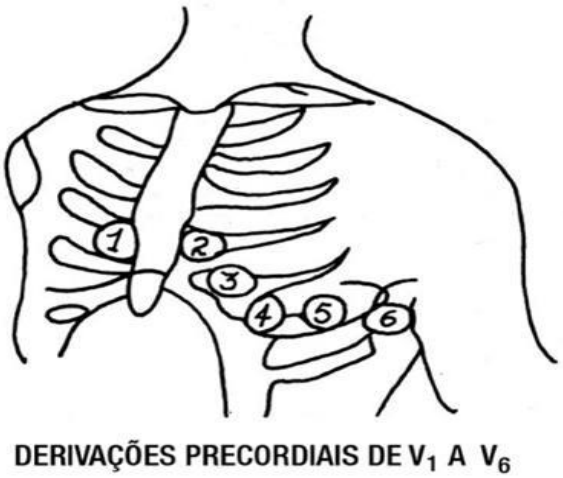
- Verificar se os eletrodos estão colocados no local correto.
- Retirar e / ou solicitar ao paciente que retire de seu corpo ou cama objetos que possam interferie no traçado do ECG (anéis / alianças; relógios; celular e qualquer outro objeto metálico ou eletrônico).

- No caso de mulheres, solicitar ou retirar o sutiã (caso possua aro/bojo).
- Realizar tricotomia no local de colocação dos eletrodos, se necessário.
- Evitar aplicar os eletrodos sobre saliências ósseas, locais peludos e em áreas para compressão torácica.
- Estar atento para queixas do cliente (dor precordial, mal estar, taquicardia).
- Orientar o paciente para que não realize esforço físico e não converse durante o exame.
- Se a respiração distorcer o traçado, peça que ele prenda por um instante a respiração, para reduzir a oscilação basal no traçado.

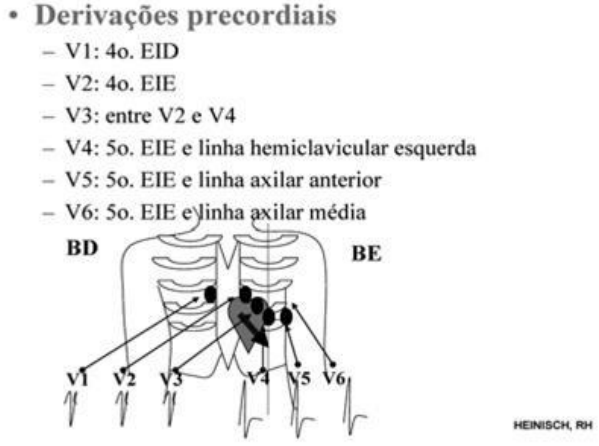
Em caso de não conformidades:

- Caso o equipamento apresente defeito, solicitar o coordenador de enfermagem / administrativo a troca imediata do aparelho e posterior conserto do aparelho pelo serviço de manutenção hospitalar.
- Caso o traçado apresente sinais de interferência, verificar fixação dos eletrodos, braçadeiras, utilização do álcool e reforçar com o paciente a necessidade do relaxamento.
- Em caso de paciente amputado ou muitas interferências, colocar os eletrodos nas extremidades do tórax próximo a articulação do braço e no abdome próximo a crista ilíaca.
- Caso o paciente apresente marcapasso, realizar um registro padrão e um com o auxílio de uma peça de imã sobre o marcapasso.
- Qualquer intercorrência ou inviabilidade de realizar o exame, comunicar ao enfermeiro responsável pelo setor.

Ilustração da posição correta dos eletrodos:



DERIVAÇÕES PRECORDIAIS DE V_1 A V_6



REALIZAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

Finalidade: Obter valor da glicemia capilar.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Obter de maneira rápida os níveis de glicose no sangue, por meio de punção digital, através de fita reagente com leitura visual.

Material:

- Fita reagente;
- Aparelho dosador de glicemia (glicosímetro) para punção digital e micro lanceta, ou agulha descartável de insulina;
- Tira – teste para o aparelho de glicemia;
- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Algodão embebido com álcool 70%;
- Lanceta com trava de segurança retrátil ou agulha de insulina (13 X 4,5).

Procedimento:

- Conferir a indicação médica para o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material ao quarto / enfermaria (próximo ao paciente);
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Conferir o código da fita com o do aparelho (se necessário, calibrar o aparelho com a fita compatível com a numeração das fitas a serem utilizadas para o exame, e após retirá-la do aparelho);
- Ligar o glicosímetro seguindo as orientações do fabricante;

- Acoplar a tira tese ao aparelho;
- Realizar a antissepsia da polpa digital escolhida com bola de algodão embebida em solução alcoólica a 70% e deixe secar;
- Puncionar na área da extremidade lateral da falange (polpa) com a lanceta / agulha obtendo uma gota de sangue suficiente para o preenchimento da tira-teste;
- Comprimir o local puncionado com a bola de algodão;
- Aguardar o resultado do teste, cerca de 20 segundos ou de acordo com o fabricante;
- Desligar o aparelho;
- Informar o resultado do teste ao paciente e / ou acompanhante;
- Recolher o material utilizado e descarta-lo em local apropriado;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Anotar o resultado do teste no prontuário e checar a prescrição médica;
- Repetir o procedimento conforme prescrição médica ou de enfermagem.

Cuidados:

- Observar as recomendações técnicas pertinentes ao aparelho utilizado para a realização de glicemia capilar.
- Nos casos em que o procedimento será realizado mais de uma vez, realizar o rodízio dos locais de punção.
- Não puncionar a região central da polpa digital, devido maior potencial para dor e parar lesão das impressões digitais.
- Observar sinais de hipoglicemia (valores < 70 mg / dl) hiperglicemia (valores > 150 mg/ dl) e comunicar ao enfermeiro e ou médico assistente.

Ação de não conformidades:

- Em caso de erro na leitura do exame: verificar o código de erro e seguir as orientações do fabricante do aparelho.
- Comunicar enfermeiro e/ou médico o exame obter valores alterados de glicemia capilar (< 70 mg / dl e maior > 150 mg/ dl).

Esquema de insulina regular subcutânia conforme glicemia capilar

Valores	Unidades de Insulina regular

150 - 200	2 UI
201 – 250	4 UI
251 – 300	6 UI
301 – 350	8 UI
351 - 400	10 UI

Observações:

- Valores de glicemia capilar acima de 401 mg / dl comunicar ao médico plantonista.

- **Se a glicemia capilar (HGT) for < que 70 mg / dl:**

- Administrar 40 ml EV de Glicose 50% em bolus.
- Realizar glicemia capilar (HGT) de 1 / 1 hora até normalizar, se persistir hipoglicemia, administrar 40 ml EV de Glicose 50% e comunicar médico plantonista.

REALIZAÇÃO DE PROVA DO LAÇO

Finalidade: Proceder corretamente a realização da prova do laço em pacientes com suspeita de dengue.

Executante: Enfermeiro e / ou Técnico de Enfermagem.

Resultado esperado:

- Avaliação correta do teste para auxiliar o diagnostico de dengue hemorrágica e prevenir complicações.

Material:

- Esfigmomanômetro;
- Caneta;
- Relógio;

Procedimento:

- Conferir a indicação médica para o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Reunir material;
- Lavar as mãos;
- Levar o material ao quarto / enfermaria (próximo ao paciente);
- Identificar o paciente pelo nome e confirmar sua identificação na placa de leito e pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e / ou familiar;
- Deixar o paciente confortável em posição sentada ou deitada;
- Desenhar um quadrado de 205 cm no antebraço do paciente ou uma área ao redor da falange distal de seu polegar;
- Verificar a pressão arterial do paciente, usando manguito convencional e deixar posicionado o manguito;
- Calcular a pressão arterial médica (PAM) do paciente = Pressão arterial sistólica (PAS) + Pressão arterial diastólica (PAD) / 2;
- Insuflar o manguito até o valor obtido do calculo da pressão média estipulada (o pulso – radial deve ser preservado) e mantê-lo insuflado por 5 minutos em adulto e, em 3 minutos em crianças, ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses em ambos;
- Avisar o paciente que sentirá um desconforto / mal-estar;
- Manter-se próximo ao paciente durante o período de espera;
- Retirar o manguito do braçp e procurar petéquias sobre a área que estava sobre o manguito ou distante a ele;
- Contar o número de petéquias num quadrado de 205 cm de lado (ou uma área ao redor da falange distal do polegar);
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Lavar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar anotações pertinentes no prontuário.

Cuidados:

- O teste será positivo quando o paciente apresentar 20 ou mais petéquias (adultos) e 10 ou mais petéquias (crianças) no quadrante delimitado.
- A prova do laço deverá obrigatoriamente ser realizada em todos os pacientes com suspeita de dengue, durante o exame físico do enfermeiro, no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Ação em caso de não conformidades:

- Em caso de incidentes durante o procedimento, comunicar ao enfermeiro / médico plantonista e fazer notificação no formulário de eventos adversos do Núcleo de Segurança do Paciente.
- Em caso de recusa do paciente na realização do procedimento, oriente-o da importância do seguimento da terapêutica recomendada, anote no prontuário o motivo da recusa e as orientações fornecidas e comunique o médico assistente.

Considerações finais

O presente protocolo será revisado a cada 2 anos ou sempre que houver necessidade, considerando a legislação vigente do país e a atualização da prática baseada em evidências científicas, com o objetivo de manter atualizados os procedimentos aqui padronizados.

REFERÊNCIAS

1. Krauzer IM, Dall'Agnoll CM, Gelbcke FL, Lorenzini E, Ferraz L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. Rev Min Enferm [Internet]. 2018 12 jul 2019; 22(e - 1087):[1-9 pp.]. Available from: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1225.
2. COREN-SE. Protocolos assistênciais. Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe [Internet]. S/D 12 jul 2019:[1-3 pp.]. Available from: http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf.
3. Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R, Pimenta CAM. Gui para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2017. Available from: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf.
4. Kawamoto EE, Fortes JI. Fundamentos de enfermagem 2ª Revista e ampliada ed. São Paulo: E.P.U; 1997.
5. COFEN. Resolução COFEN Nº 0545/2017. Dispõe sobre a anotação de enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 2017 10 jul 2019. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html.
6. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 215-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015. 468 p.
7. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem , e dá outras providências 2009. Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.
8. Bulechek GM, Butcher HK, Wagner CM. NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem. Edição Td, editor. Rio de Janeiro - RJ: Elsevier; 2016.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC: Classificação dos resultados de enfermagem. Edição Td, editor. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
10. Viana DL, Leão ER, Figueiredo NMA. Especializações em enfermagem: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul - SP: Yendis Editora; 2010.
11. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP. Manual de procedimento operacional padrão - serviço de enfermagem. HUMAP/EBSERH [Internet]. 2016 12 jul 2019; 1.1:[468 p.]. Available from: http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/374045/POP_ENFERMAGEM.pdf/41341424-745e-45fb-8baa-ea9541523f39.
12. Lobo CZ, Enokibara MP, Novello E, Almeida CE, Freitas LCM, Lamarca FRRS. Aspiração de tubo orotraqueal (TOT) e traqueostomia (TQT)- Sistema aberto. Hospital Universitário Pedro Ernesto [Internet]. 2014 19 jul 2019:[1-11 pp.]. Available from: http://www.hupe.uerj.br/hupe/Administracao/AD_coordenacao/AD_Coorden_public/POP%20CDC%20028.%20ASPIRA%C3%87%C3%83O%20DE%20TOT%20E%20TQT%20-%20SISTEMA%20ABERTO.pdf.
13. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 557 de 23 de agosto de 2017. Dispõe sobre o procedimento de aspiração de vias aéreas no âmbito da equipe de enfermagem. COFEN [Internet]. 2017 10 out 2019. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html.
14. Barbosa P, Carvalho L, Cruz S. Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2015.
15. Cardoso L, Cavalhal R, Chácon R, Santo TE, Estévez aL, Ferreira MA, et al. Prevenção de úlceras por pressão. Manual de orientações para a Macaronésia. Grupo ICE, editor: Governo dos Açores, Secretaria Regional da Saúde.; 2010.
16. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC N º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. In: Saúde Md, editor. Brasília-DF: ANVISA - Ministério da Saúde; 2013.
17. COFEN. Resolução COFEN Nº 0453/2014. Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 2014 19 jul 2019. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04532014_23430.html.

18. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 34 de 11 de Junho de 2014. In: ANVISA, editor. Brasília-DF: ANVISA - Ministério da Saúde; 2014. p. 79.
19. Sanofi. Clexane: Enoxaparina Sódica (Bula). Sanofi. 2017:1-6.
20. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB, Costa MM, Silva CRL. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3º ed. São Caetano do Sul - SP: Yendis Editora; 2011.
21. Geovani T, Oliveira Junior AG, Palermo TCS. Manual de curativos. São Paulo - SP: Corpus; 2007.
22. Tannure MC, Gonçalves AMP. SAE, Sistematização da assistência de enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogman; 2008. 168 p.
23. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and tratament of pressure ulcers: quicke reference guide. Washington - EUA: Washington DC: National Ulcer Advisory Panel; 2009. 09 p.
24. Rabeh SAN, Gonçalves MBB. Material Complementar: Anatomia e fisiologia da pele. Avaliação de feridas crônicas na assistência de enfermagem. S/D:1-5.
25. COFEN. Resolução COFEN Nº 564/2017. Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 2017 18 jul 2019. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.
26. Bradburn S, Gill S, Doane M. Entendendo e estabelecendo acessos intraósseos. Sociedade Brasileira de Anestesiologia [Internet]. 2016 16 jun 2019. Available from: https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2016/06/ab607f3d8c6ee73538bf891477811793-317-Acesso-intra-osseo.pdf.
27. COFEN. Resolução COFEN N º 569/2018. Aprova o regulamento técnico de atuação dos profissionais de enfermagem em quimioterapia antineoplásica. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 2018 21 mai 2019. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0569-2018_60766.html.
28. COFEN. Resolução COFEN N º 390/2011. Normatiza a execução, pelo enfermeiro, da punção arterial tanto para fins de gasometria como para monitorixação de pressão arterial invasiva. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 2011 19 jul 2019. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3902011_8037.html.
29. Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria Municipal de Saúde. Manual de procedimentos operacionais padrão (POP) de enfermagem. Prefeitura Municipal de Campinas-SP [Internet]. 2014 11 set 2019:[217 p.]. Available from: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao_(POP)_Enfermagem_versao_01_10_2014.pdf.
30. COREN-GO. Parecer COREN/GO Nº 0012/CT/2016. Respaldo do enfermeiro em realização de troca de sonda de cistostomia. . Conselho Regional de Enfermagem de Goiás [Internet]. 2016:[3 p.]. Available from: http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Parecer-n%C2%BA012.2016-Respaldo-de-enfermeiro-em-realiza%C3%A7%C3%A3o-de-troca-de-sonda-de-cistostomia.pdf.
31. Martins HS. Medicina de Emergências: abordagem prática. Barueri SP: Manole; 2016.
32. Ministério da Saúde. Secretaria de VigiLância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: diagnóstico e manejo clínico adulto e criança. 3º ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2007.
33. Souza FS. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Divisão de enfermagem. Remoção de Cateter Venoso Periférico. Universidade Federal do Rio de Janeiro [Internet]. 2011 19 jul 2019. Available from: pop n 6- remoo de cateter perifrico.pdf.

Autores:

Autoa: Dra. Karynne Borges Cabral. Enfermeira. Mestra e Doutora em Enfermagem – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Especialista em Enfermagem em Neonatologia e Pediatria. Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente do HMU. Docente do curso de enfermagem da Faculdade Objetivo de Rio Verde-GO.

Revisão 1: Esp. Vanessa da Silva Palandrani. Enfermeira. Especialista em Auditoria em Sistemas de Saúde; Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho. Enfermeira Assistencial do HMU e Enfermeira fiscal do COREN-GO.

Revisão 2: Esp. Angela Maria Fermandes da Silva. Enfermeira. Especialista em Emergência e Urgênica e em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Enfermeira Assistencial do HMU.

Aprovação: Esp. Thiago dos Santos Souza. Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva; Controle de Infecção Hospitalar e Enfermagem do Trabalho. Diretor de Enfermagem do HMU e Enfermeiro da Vigilância Estadual em Saúde – Regional Rio Verde - GO (SES/GO).

É livre a reprodução deste, total ou parcialmente, desde que devidamente referenciada.