IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Aprendizagem em Contexto Simulado

Normas de Procedimento de Enfermagem

Volume IV

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM ESS | IPS

2022

APRENDIZAGEM EM CONTEXTO SIMULADO

VOLUME IV

NORMAS DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA TÉCNICA

Coordenadores

António Freitas & Rui Inês

Revisão Científica

António Freitas
Rui Inês
Lucília Nunes

Autores

António Freitas
Professor Adjunto da ESS-IPS
Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

Rui Inês
Professor Adjunto da ESS-IPS
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

Lino Ramos
Professor Adjunto da ESS-IPS
Doutorado em Enfermagem
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

Nara Batalha
Professora Adjunta Convidada da ESS-IPS
Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

Celso Ribeiro
Assistente Convidado da ESS-IPS
Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

Colaboradores
Estudantes do 19ºCLE, 20ºCLE e 21ºCLE da ESS / IPS
Anos letivos 2019/2020; 2020/2021; 2021/2022.

Edição
Departamento de Enfermagem ESS|IPS
Campus do IPS, Estefanilha
2914-503 Setúbal, Portugal

ISBN: 978-989-54837-8-5

dezembro de 2022

www.ess.ips.pt

APRESENTAÇÃO

Este e-book, sob a epígrafe ***Aprendizagens em Contexto Simulado. Normas de Procedimento de Enfermagem. Vol. IV*** que ora se apresenta, representa uma extensão do percurso iniciado em 2000, com a decisão de lecionação das aulas práticas a partir de normas de procedimento, e abre uma nova etapa de desenvolvimento curricular, do novo plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Há um percurso de etapas anteriores, que reconhecemos integrador e de continuidade, integrando alterações e atualização.

Deixando aqui um pouco da nossa história, a primeira edição do estilo, o então designado ***Manual 2002: Normas de Procedimento***, decorreu de um Projeto de Elaboração de Normas de Procedimento, desenvolvido no âmbito da colaboração interinstitucional, da responsabilidade de um grupo de professores e de enfermeiros nomeados pelas instituições, nomeadamente, Hospital de São Bernardo - Setúbal, Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro, Centro de Saúde do Bonfim, de São Sebastião e do Seixal, que laboraram em conjunto no ano letivo de 2001/2002. Esse Manual, num volume que continha 37 normas, com a intencionalidade de sistematizar a lecionação das práticas, foi utilizado como suporte ao ensino prático nos anos subsequentes.

Entendeu-se necessário atualizar bem como ampliar o número de normas disponíveis – um grupo de elaboração de normas e um grupo de revisão assumiu essa tarefa no ano letivo de **2004/2005**, com o ***Manual de Normas 2005***. Ainda assim, verificámos que não existiam normas formalizadas para todos os procedimentos lecionados e que existiam procedimentos que, não sendo passíveis de uma estrutura de norma, podiam ser sujeitos a Guias ou a Recomendações.

No ano letivo de 2005/2006, com reforço do mesmo objetivo pedagógico e em continuidade com os objetivos científicos da aprendizagem das práticas, foi efetivado o *Projeto de Normas 2006*. Nas estratégias então definidas, incluímos a constituição do GEN - Grupo de Elaboração de Normas, com um docente de cada unidade curricular, e o Grupo de Revisão Científica de Normas.

À época, aferimos alguns pressupostos, centrados na lecionação das práticas de Enfermagem e entendemos que uma *norma de procedimento é* a descrição detalhada e sequencial de como uma atividade deve ser realizada; fornece regras, diretrizes e etapas para um procedimento técnico, cuja observância é obrigatória, tendendo à obtenção de um desempenho relativamente padronizado. A norma de procedimento é baseada em princípios científicos e suportada

pelas teorias e práticas mais recentes, destinando-se a uso comum e repetido de lecionação e de aprendizagem.

Além das normas de procedimento, o ***Manual 2006*** incluiu *guias de atuação* [seguem a lógica das *guidelines*, linhas orientadoras para a abordagem de um problema, atividade, equipamento ou recurso; podem integrar itens mais complexos, incluindo objetivos, técnicas, atuação terapêutica] e *recomendações* [explicitação, por tópicos ou temas, de um conjunto de aspetos a ter em conta relativamente a um assunto concreto, com a flexibilidade de se adaptarem num contexto específico; são suportadas pela teoria, pela evidência e/ou por resultados de investigação. Constitui exemplo as recomendações para a manutenção de um ambiente seguro]. Assim, o *Manual 2006 – Técnicas de Enfermagem*, tinha três volumes - organizado de acordo com o Eixo-ação (maioritariamente) e o Eixo-cliente (adulto, no volume I e criança no volume II). No volume I, contavam-se 50 Normas de Procedimento e 14 no Volume II, existindo 11 Recomendações e 19 Guias no Volume III.

Em **2010/2011**, começámos a rever as normas, com a integração de algumas questões temáticas e/ou mais problemáticas nas unidades curriculares de Investigação (do 3º e 4º anos) e a estabelecer um processo de revisão com sede no desenvolvimento da lecionação nas unidades curriculares. Assim, procedemos a partir da lecionação para a revisão das normas e utilizando a revisão sistemática ou integrativa para recolha de contributos de revisão/atualização das normas. Neste percurso, com a meta temporal da produção do Relatório de Autoavaliação do curso, submetido à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, na conjugação de diversos fatores, tornou-se claro que procederíamos a um natural e desejável desenvolvimento curricular.

No processo de reformulação do plano de estudos do curso de Licenciatura em Enfermagem, deliberámos que as aulas teórico-práticas e práticas, que integravam quase todas as unidades curriculares de Enfermagem e eram relativas a procedimentos, técnicas e práticas poderiam constituir unidades curriculares autónomas, como eixo transversal nos quatro anos do curso. E criámos as unidades curriculares de "**Aprendizagens em Contexto Simulado**" (ACS's), para as quais definimos objetivos de aprendizagem (conhecimentos, aptidões e competências a desenvolver pelos estudantes), visando o desenvolvimento de competências procedimentais aliadas às de raciocínio crítico, tomada de decisão e de gestão clínica. Assim, o currículo passou a ter seis unidades curriculares ACS, distribuídas ao longo dos quatro anos - mais concretamente no primeiro e segundo semestre do primeiro ano e do segundo anos, no primeiro semestre do terceiro e do quarto anos.

Ficou, assim, explicado parte do título - "Aprendizagens em Contexto Simulado" -, a partir do percurso do próprio plano de estudos do curso, e porque é que representa a abertura de uma nova etapa curricular - construindo a partir das experiências pedagógicas e dos manuais anteriores, perspetivando alterações e projetando, em conformidade, a publicação de seis volumes, um de e para cada unidade curricular, mesmo nos anos em que não existiam, ainda, normas de procedimento formalizadas, como era o caso do 4º ano.

Não obstante ir longa esta *apresentação*, que visa realmente **um volume**, mas se debruça sobre as origens, história e coleção, gostaria de assinalar as mudanças na estrutura destes manuais de procedimentos, escolhas que correspondem ao próprio desenvolvimento paradigmático, epistémico, científico, dos fundamentos, consolidação e implementação de processos de ensino-aprendizagem do curso. Adicionalmente, a equipa científica passou a ser definida a partir da unidade curricular, o que no caso das ACS representa um eixo transversal do CLE.

A coleção dos **manuais de ACS** começou com o **volume I**, que incluiu 5 partes, relativas a *Envolver e avaliar a pessoa e a sua família no contexto de cuidados* (3 normas), *Garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados* (3 normas), *Providenciar cuidados de conforto* (6 normas), *Promover a mobilidade física* (5 normas) e *Promover eliminação efetiva* (4 normas). Com um total de 21 normas, este volume cobre os conteúdos programáticos da nova unidade curricular de *Aprendizagens em Contexto Simulado I*, relativa a *Fundamentos de Enfermagem I*, destinado à lecionação no primeiro semestre do primeiro ano do CLE.

Seguiu-se o **volume II**, *Fundamentos de Enfermagem II*, a estrutura considera 5 partes, relativas a *Garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados* (3 normas), *Promover respiração efetiva* (1 norma), *Promover alimentação efetiva* (2 normas), *Promover eliminação efetiva* (1 norma) e *Avaliar risco de complicação* (4 normas). Com um total de 11 normas, cobre os conteúdos programáticos da nova unidade curricular de *Aprendizagens em Contexto Simulado II*, relativa a *Fundamentos de Enfermagem II*, destinado à lecionação no segundo semestre do primeiro ano do CLE.

Seguiu-se o **volume V**, ajustado para responder aos objetivos de aprendizagem do 1º semestre do 3º ano, sendo que o plano de estudos inclui três áreas: Saúde Mental, Saúde Sexual e Reprodutiva e Criança e Jovem. Este volume apresenta, fundamenta e aprofunda 30 normas de procedimento de enfermagem e um guia explicativo, integradas em 7 áreas temáticas: 1) garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados; 2) promover integridade cutânea efetiva; 3) promover respiração efetiva; 4) promover alimentação efetiva; 5) promover eliminação efetiva; 6) avaliar risco de complicação e 7) promover o conhecimento.

Depois, o volume **VI**, ajustado para responder aos objetivos de aprendizagem do 1º semestre do 4º ano. É composto por 4 normas e 2 guias - Protocolo de Comunicação de Más Notícias, Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Cateter Venoso Subcutaneamente Implantado, Monitorização Eletrocardiográfica de 3 e 4 Derivações, Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Linha Arterial, Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Entubação Oro-traqueal e Observação da Pessoa em Situação Critica em Unidade de Cuidados Intensivos.

O que se apresentou a seguir foi o **volume III**, destinado a suportar a aquisição e desenvolvimento na UC Aprendizagens em Contexto Simulado III, no 1º semestre do 2º ano. Diz respeito aos cuidados de Enfermagem no âmbito da administração de terapêutica farmacológica e no âmbito da promoção da mobilidade e prevenção de complicações. No âmbito da terapêutica farmacológica, inclui 10 normas, que se apresentam em sequência lógica; no âmbito

da promoção da mobilidade e prevenção de complicações, posicionar a pessoa com acidente vascular cerebral.

Apresenta-se agora, em janeiro de 2023, o último dos e-books destinados ao apoio à lecionação da unidades curriculares de **Aprendizagens em contexto simulado – Normas de Procedimento de Enfermagem, volume IV**.

Reporta a Cuidado de Enfermagem no âmbito da Colheita de Espécimes para Análise (2 normas de procedimento), Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Alteração da Capacidade de Eliminação de Secreções (2 normas de procedimento), Cuidado de Enfermagem à Pessoa Ostomizada com Traqueostomia, Cuidado de Enfermagem à Pessoa Ostomizada com Colostomia/Ileostomia, Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Alteração do Padrão Vesical e Algaliada, Cuidado de Enfermagem no âmbito dos Cuidados à Ferida Cirúrgica e Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Cateter Venoso Central (2 normas de procedimento).

Como se constata na ficha técnica e no próprio índice, bem como em cada norma, estão identificados autores e revisores. A todos, o nosso reconhecimento pela obra produzida e profundo agradecimento, especialmente a António Freitas e a Rui Inês pela coordenação desta obra.

Os estudantes podem, agora, dispor de um manual de apoio às suas aprendizagens, ainda que, como todos os manuais pedagógicos de matriz científica, se possa contar que a utilidade vá além dos espaços académicos, para os contextos clínicos de prestação de cuidados.

Se o percurso que permite, hoje, compreender e materializar esta produção é relevante, tanto ou mais será a sua implementação, discussão, e, no tempo, a natural revisão e atualização futura. Porque em matérias de ensinar e aprender Enfermagem, um marco de etapa serve, fundamentalmente, para prosseguir caminho.

Assinalamos que se encontra concluída a elaboração de manuais para as UC de ACS, desiderato a que nos propusemos desde o ano letivo de 2017/2018, aquando do planeamento da alteração do plano de estudos e a partir da implementação deste eixo transversal em 2018/2019.

Muitos docentes participaram nos e-books, assim como estudantes, dada a intencionalidade de validação anterior a publicação. Naturalmente, haveremos de proceder a atualizações e revisões, se e quando se justificarem. Para já, fica o registo de um plano cumprido.

Em ACS (como noutras unidades curriculares), os professores são mentores e cicerones – mostram os caminhos, apresentam os procedimentos, explicam os raciocínios, tanto do ponto de vista científico como técnico e relacional. Cabe aos estudantes o papel central, de aprendentes e questionadores. Que a aprendizagens dos procedimentos se aproxime mais de compreender do que de decorar, de ajuizar que de mimetizar.

Lucília Nunes

Coordenadora do Departamento de Enfermagem
Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal

NOTA DOS COORDENADORES DA OBRA

O propósito desta obra cumpre-se se dela advir a aprendizagem e a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

Os procedimentos de enfermagem são uma componente importante do agir do enfermeiro, mas estão longe de esgotar a amplitude do conceito de cuidados de enfermagem.

Uma norma de procedimento deve ser lida como fundamento e algoritmo para uma tomada de decisão de cuidados de enfermagem seguros, concebidos necessariamente no contexto específico dos processos de saúde doença de uma pessoa, de uma família, ou de uma comunidade.

A complexidade, abrangência e idiossincrasia associadas aos cuidados de enfermagem exigem, do estudante, a capacidade de conceber e situar cada procedimento (como os descritos nesta obra), num processo mais amplo - o processo de enfermagem - de matriz científica e assente num determinado paradigma de cuidados de enfermagem, onde se inscrevem a decisão e o agir específicos, assim como os seus fundamentos.

Neste enquadramento, a aprendizagem dos conceitos teóricos, da investigação, do raciocínio crítico e clínico e do saber procedimental, convergem, enquanto saberes integrativos da competência do enfermeiro.

A Unidade Curricular (UC) de Aprendizagem em Contexto Simulado IV (ACS IV) foi concebida para suportar uma etapa do desenvolvimento académico e profissional dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS IPS), que se faz em ambiente de prática simulada e a partir da análise critica de casos. A aprendizagem procedimental é, nesta UC, enquadrada num raciocínio clínico, que lhe atribui sentido e fundamento específicos. O ebook de ACS IV, constitui-se como um instrumento de suporte a esta dinâmica de aprendizagem na UC.

Resulta de um trabalho de elaboração, revisão e atualização de normas de procedimento de enfermagem lecionadas em ACS IV e levado a cabo pela equipa docente da UC nos anos letivos de 2019/2020, 2020/2021 e 2021/2022. Considerou a evidência disponível e a construção feita ao longo de anos, pelos docentes do Departamento de Enfermagem da ESS IPS, que aqui representamos.

Contou ainda com a colaboração dos estudantes da UC dos 19º CLE, 20º CLE e 21º CLE, leitores críticos e pertinentes, a quem deixamos o nosso agradecimento.

O trabalho por nós empreendido, tendo como foco a UC de ACS IV, soma-se e articula-se ao de outras UCs, nomeadamente do eixo curricular da ACS do plano de estudos do CLE da ESS IPS e concorre para a aprendizagem global dos Cuidados de Enfermagem do estudante em formação pré-graduada.

Rui Inês[1]
António Freitas[2]

[1]Responsável da UC de ACS IV nos anos letivos de 2019/2020 e 2021/2022
[2]Responsável da UC de ACS IV no ano letivo de 2020/2021

ÍNDICE

página intencionalmente deixada em branco

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA COLHEITA DE ESPÉCIMES PARA ANÁLISE

Norma de Procedimento 01

COLHER SANGUE VENOSO

António Freitas

Rui Inês

Cuidado de Enfermagem no âmbito da Colheita de Espécimes para Análise

Norma de Procedimento: COLHER SANGUE VENOSO

António Freitas; Rui Inês

DEFINIÇÃO:

Intervenção de enfermagem de caráter interdependente que consiste na obtenção de uma amostra de sangue venoso da pessoa.

OBJETIVOS:

- Monitorizar valores analíticos (hematológicos, bioquímicos, estudo da coagulação, toxicológicos, genéticos e imunológicos, entre outros) da pessoa.
- Determinar o Grupo Sanguíneo da pessoa (tipagem sanguínea) e realização de outros testes de histocompatibilidade.
- Acompanhar a evolução de um tratamento, de uma doença, ou de um episódio intercorrente.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

- Verifique a prescrição médica e a identificação da pessoa.
- Assegure o jejum, quando necessário, informando previamente a equipa e a pessoa.
- Providencie iluminação adequada.
- Assegure a assepsia do procedimento:
    - O material a utilizar no procedimento deve ser esterilizado (verificar condições das embalagens e data de fim de prazo de esterilização na embalagem);
    - Respeitar o modo de aplicação e tempos de ação dos antissépticos;
    - Após a aplicação do antisséptico no local de punção não se deve repetir a palpação do local [3].
- Garanta o local de punção adequado:
    - Os locais mais comuns de punção são as veias basílica, cefálica, cubital mediana (região do sangradouro), por serem veias mais superficiais, de maior calibre e estabilidade, correspondendo a locais de acesso menos dolorosos para a pessoa. No caso destes locais não serem acessíveis, as veias de maior calibre no dorso da mão e antebraço podem ser utilizadas [3] (ver esquema da rede venosa no membro superior, na página seguinte).
- Avalie as condições da região/local a puncionar para a colheita de sangue:
    - Deve ser evitada a punção de veias em locais onde estejam a ocorrer outro tipo de procedimentos ou que apresentem alterações, tais como: cicatrizes, veias esclerosadas, regiões de enxerto vascular, membro correspondente ao lado mastectomizado (quando realizada abordagem cirúrgica prévia na cadeia ganglionar)

ou com linfedema, edema, infeção ou alterações cutâneas como eczema, hematoma, membro afetado por lesões neurológicas (diminuição da sensibilidade, mobilidade e tónus muscular do membro reduz o alerta para a dor, ou outras complicações), membro com fístula arteriovenosa ou com cateterização periférica com administração de fluídos/fármacos/transfusões sanguíneas [3].

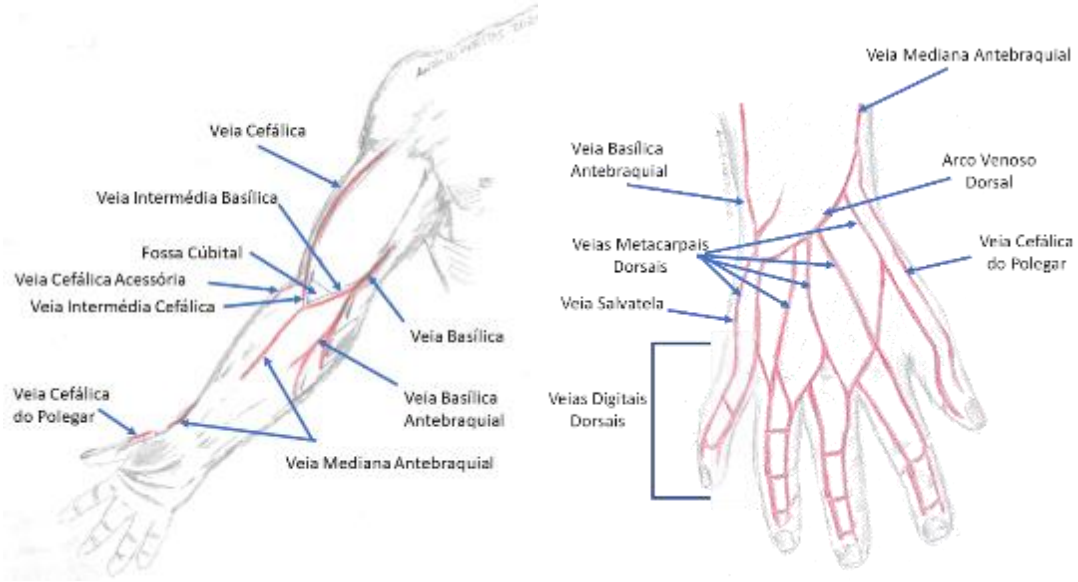


Fig 1 - Acessos Venosos do Membro Superior

- Assegure a qualidade da colheita:
  - A colheita de sangue para múltiplos tubos, deve respeitar uma sequência que considere os tempos de coagulação do sangue e previna a contaminação das colheitas (ver tabela 1 em Anexo I).
  - Deve atender-se à quantidade necessária de sangue a colocar em cada tubo para evitar a diluição da amostra (ocorre quando a quantidade de sangue adicionado ao aditivo/anticoagulante é insuficiente).
  - A hemólise da colheita de sangue deve ser evitada, para tal: deve-se aguardar que o antisséptico atue e seque; deve ser utilizado o calibre adequado da agulha, entre 21G-23G (gauge) - agulhas com mais de 25G estão associadas a hemólise do sangue da amostra; deve ser utilizada a força apropriada para a aspiração de sangue e aquando a colocação de sangue nos tubos (evitando a formação de bolhas de ar); deve proceder-se à transferência do sangue para os tubos imediatamente após a colheita (quando não se utiliza sistema de vácuo); e deve ser homogeneizada a amostra com o aditivo/anticoagulante, invertendo lentamente o tubo o número de vezes recomendado[3].
- Obtenha informação junto do laboratório, das condições especiais da colheita, do transporte e da informação a registar nas requisições.
- Respeite a privacidade da pessoa.
- Instale a pessoa de acordo com a sua situação e/ou a sua preferência.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Tabuleiro com:
  - Requisição corretamente preenchida, de acordo com o protocolo da instituição
  - Etiquetas com a identificação da pessoa, de acordo com o protocolo da instituição
  - Tubos de colheita - específicos para o exame a realizar ❺
  - Resguardo❶
  - Luvas limpas❽
  - Antiséptico com combinação de gliconato de clorexidina a 2% em álcool isopropílico de 70% [3], ou outro, segundo protocolo da instituição ❸
  - Compressas esterilizadas❹
  - Agulhas (21G a 23G) e seringa(s) adequada à(s) colheita(s) ❼❻
  - Garrote descartável❿
  - Pensos rápidos❾
  - Cuvete reniforme ⓫
  - Contentor de corto-perfurantes❷

COLHER SANGUE VENOSOS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique a prescrição médica, validando se o nome e número de processo correspondem às etiquetas de identificação da pessoa;	1. Valida a prescrição;
2. Identifique a pessoa;	2. Garante a execução do procedimento à pessoa certa;
3. Explique o procedimento à pessoa e peça o seu consentimento e colaboração;	3. Obtém consentimento e colaboração. Diminui a ansiedade da pessoa;
4. Valide se a pessoa cumpriu com os pré-requisitos para a análise (ex.: jejum, suspensão de medicamentos)[3];	4. Previne erros nos resultados analíticos[3];
5. Lave higienicamente as mãos;	5. Previne a infeção;
6. Reúna o material necessário;	6. Economiza de tempo e facilita a execução do procedimento;
7. Providencie privacidade à pessoa;	7. Garante o respeito pela privacidade da pessoa;
8. Peça à pessoa que se instale / posicione, ou ajude-o a posicionar-se de forma confortável, tornando acessível o(s) membro(s) a selecionar para a punção;	8. Promove o conforto e facilita a execução do procedimento;
9. Selecione o membro a puncionar para a colheita;	9. Identifica sinais que contraindiquem a punção;

COLHER SANGUE VENOSOS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
10. Coloque um resguardo debaixo da área a puncionar;	10. Protege a pessoa e a base da cama de eventuais perdas de sangue;
11. Abra a embalagem protetora da seringa e da agulha e adapte-as, alinhado o bisel com a graduação da seringa;	11. Permite a realização do procedimento;
12. Calce luvas limpas;	12. Uso de barreira protetora. Previne a infeção;
13. Faça a distensão adequada da veia: a) Coloque o membro a puncionar numa posição de declive; b) Aplique o garrote, cerca de 5 a 10 cm acima do local de punção; c) Faça massagem do membro dirigindo o fluxo venoso no sentido ascendente; d) Aplique saco de água quente ou compressas quentes, se necessário, em pessoas que se apresentem desidratadas ou que tenham sido submetidas a jejum prolongado[3]; e) Toque vigorosamente na veia, duas a três vezes[3]; f) Peça à pessoa para abrir e fechar a mão (se necessário);	13. Melhora a acessibilidade da veia: a) Promove o retorno venoso por efeito da gravidade; b) Impede o retorno venoso, sem ocluir todo o fluxo arterial; c) Aumenta o afluxo ao local; d) Promove a circulação e vasodilatação local; e) Promove a libertação de histamina e, consequentemente, a vasodilatação; f) Aumenta o afluxo de sangue; **não deve ser realizado repetidamente**, pois esta ação poderá alterar os resultados analíticos[3];

Figura 2 - Membro superior em declive, sobre um resguardo descartável, com o garrote colocado à distância de 5 a 10 cm do local de punção.

COLHER SANGUE VENOSOS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
14. Palpe a(s) veia(s), com os dedos médio e indicador (fig.2);	14. Ajuda a localizar a veia selecionada. Verifica a existência de nódulos ou zonas esclerosadas;
15. Escolhido o local de punção ou quando necessário, alivie o garrote[3];	15. Previne complicações e evita interferências nos resultados analíticos[3];
16. Desinfete a região do local de punção com uma compressa embebida em antisséptico, com movimentos circulares, do local a puncionar para a periferia, num raio de 5 centímetros[3];	16. Previne infeção;

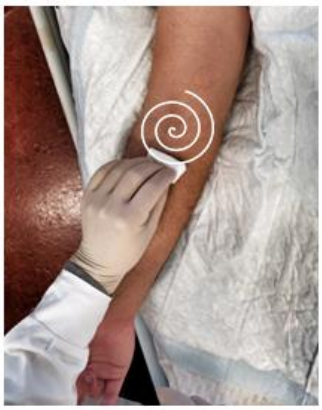


Figura 3 – Desinfeção do local de punção com movimentos circulares centrífugos, do local a puncionar para a periferia, num raio de 5 centímetros.

17. Deixe secar o antisséptico utilizado na pele, de acordo com o tempo de ação;	17. Previne a infeção, assegura a eficácia do antisséptico, reduz o "ardor" da picada e evita interferência nos resultados analíticos;
18. Aplique novamente o garrote, sem voltar a palpar a veia[3];	18. Promove a distensão adequada da veia e previne a infeção[3];
19. Imobilize a veia a puncionar, puxando a pele com o polegar da mão não dominante, cerca de 2 centímetros abaixo do local de punção[3];	19. Fixa a veia de forma a evitar que ela se desloque;

COLHER SANGUE VENOSOS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**

Figura 4 – Imobilização e punção da veia.

20. Com a mão dominante, insira a agulha com o bisel orientado para cima e utilizando um ângulo de cerca de 15-30º sobre a pele[3];	20. Assegura uma punção correta e sequenciada da pele e da veia;
21. Reduza o ângulo da agulha, após a punção da pele, paralelamente à mesma, e puncione a veia suavemente;	21. Permite a progressão e colocação segura da agulha no interior da veia;
22. Observe a reação da pessoa durante a punção;	22. Despista complicações (ex: reação vagal);
23. Observe se há refluxo de sangue;	23. Assegura que a agulha estará na veia;
24. Verifique o local de punção de forma a detetar o aparecimento de hematoma ou de hemorragia;	24. Previne complicações;

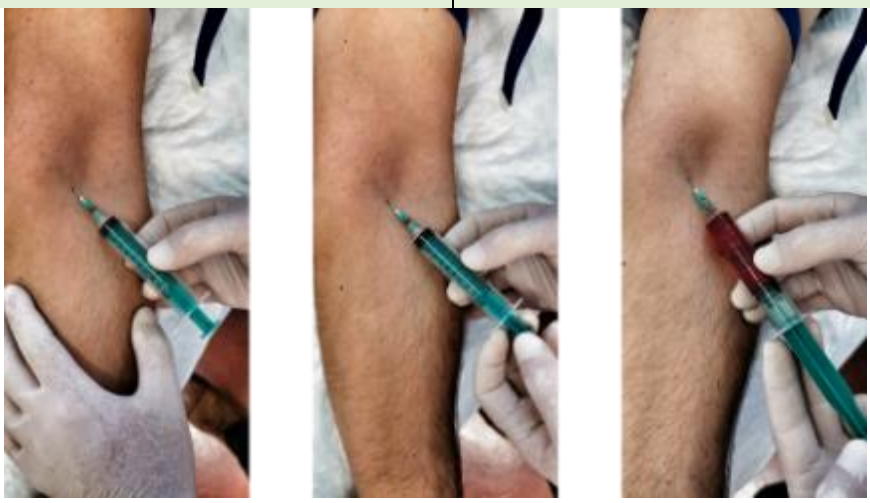


Figura 5 – Punção venosa e aspiração de sangue venoso.

COLHER SANGUE VENOSOS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
25. Aspire lentamente a quantidade de sangue necessária, utilizando a menor força possível na aspiração;	25. Evita erros na quantidade (pode implicar a necessidade de nova colheita); uma pressão de aspiração elevada pode provocar alterações nos resultados analíticos da amostra;
26. Desaperte o garrote com a mão não dominante antes de retirar a agulha (fig. 6);	26. Evita desconforto e congestão venosa por aumento da pressão, minimizando risco de hemorragia/hematoma;
27. Coloque uma compressa embebida em antisséptico sobre o local da punção e com a outra mão retire a agulha com a seringa comprimindo a veia e solicitando à pessoa para não fletir o braço;	27. Promove a hemóstase e evita o aparecimento de hematoma;

Figura 6 – Sequência do final da punção venosa e hemostase.

28. Peça à pessoa para pressionar a compressa (se necessário e possível);	28. Obtém a colaboração da pessoa na hemóstase e agiliza a transferência do sangue da seringa para os tubos atempadamente;
29. Coloque de imediato a agulha no contentor de corto-perfurantes, diretamente na ranhura deste;	29. Previne acidentes;

COLHER SANGUE VENOSOS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**

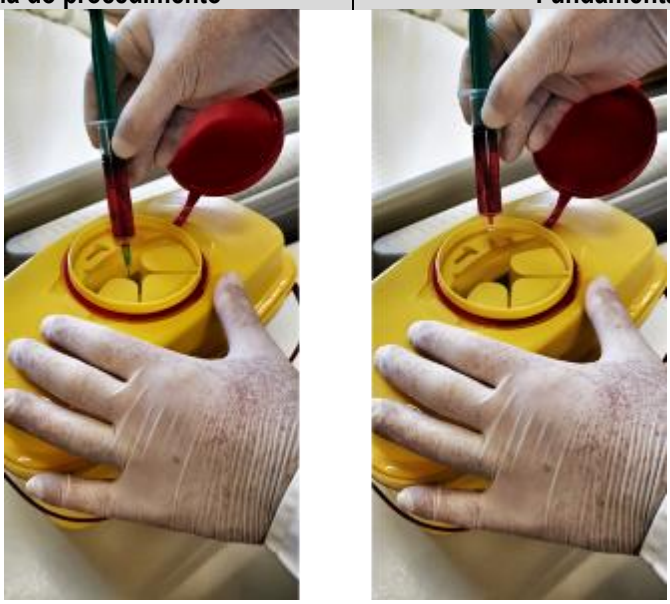


Figura 7 –Descartar da agulha de punção endovenosa no contentor de corto perfurantes.

30. Coloque o sangue lentamente dentro dos tubos correspondentes (fazendo-o fluir pelas paredes do tubo), na sequência correta de acordo com o tipo de colheitas realizadas[3];	30. Evita que o sangue coagule e que ocorram alterações nos resultados analíticos;

Figura 8 – Colocação de sangue venoso num tubo com meio e sua homogeneização.

31. Tenha em atenção as quantidades necessárias de cada tubo;	31. Quantidades inadequadas traduzem-se em alterações nos resultados analíticos;
32. Agite lentamente os tubos que contêm anticoagulante, para misturá-lo com o sangue (homogeneização) (Fig. 8);	32. Evita a hemólise (destruição de glóbulos vermelhos) por agitação ou rotação demasiado violenta dos tubos;
33. Coloque um penso rápido no local da punção;	33. Evita sujar a pessoa e facilita a manutenção da hemóstase;
34. Retire as luvas e lave higienicamente as mãos;	34. Previne contaminação e infeção;

COLHER SANGUE VENOSOS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
35. Identifique os tubos com uma etiqueta, em cada um deles, logo após a colheita, verificando a identidade da pessoa;	35. Evita erros de identificação;
36. Posicione a pessoa, se necessário;	36. Proporciona conforto;
37. Recolha e acondicione adequadamente o material utilizado;	37. Promove a arrumação. Previne acidentes. Cumpre normas de separação de resíduos;
38. Lave higienicamente as mãos;	38. Previne infeção;
39. Coloque os tubos no respetivo local reservado ao transporte para este efeito, juntamente com as requisições;	39. Facilita a chegada do produto ao laboratório;
40. Faça chegar o produto colhido aos diferentes laboratórios de acordo com as normas em vigor na instituição;	40. O transporte das amostras para análise é objeto de cuidados especiais para evitar rutura ou ferimentos com substâncias potencialmente contaminantes;
41. Registe e documente os resultados.	41. Confirma o procedimento. Identifica quem o executou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BOLANDER, Verolyn Barnes – **Enfermagem fundamental: abordagem psicofiosológica**. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático Lda., 1998. ISBN 972-96610-6-5
- CAMPOS, Ana *et al*. – **Manual de normas e procedimentos técnicos de enfermagem**. Lisboa: Ed. Ministério da Saúde, 2001. ISBN 972-97200-1-0.
- CAPLE, Carita; WALSH, Kathleen – **Blood Sampling: Performing Phlebotomy**. *Nursing Practice & Skill*. April, 2018. Disponível em: http://web.a.ebscohost.com/ (18/12/2019, 21h00).
- DHINGRA, Neelam *et al*. – **Diretrizes da OMS para a tiragem de sangue: boas práticas em flebotomia**. World Health Organization, Switzerland, [s.d.]. ISBN 978-92-4-1599922-1.
- ELKIN, *et al.* – **Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-96-7.
- NUNES, Lucília; RUIVO, Alice – Manual 2006: técnicas de enfermagem. Vol. I de III. Setúbal: Escola Superior de Saúde, 2006.
- PHIPPS et al – Enfermagem Médico-cirúrgica: perspetivas de saúde e doença. Vol. II. 6.ª Ed. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2.

Edição atualizada e revista de:

Joana Mestrinho - *Norma de Procedimento de Enfermagem: Cuidado de Enfermagem na Colheita de Sangue Venoso.* Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal – Equipa Docente da Unidade Curricular de Enfermagem IV, 2º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Setembro de 2015.

ANEXOS:

Anexo I

Tabela I – Ordem de colheita de tubos (DHINGRA, Neelam *et al*, [s.d.])

Ordem de uso [a]	Tipo de tubo/ cor usual [b]	Aditivo [c]	Modo de ação	Usos
1	Garrafa de hemocultura (tubos com estrias negras e amarelas)	Mistura de caldo	Preserva a viabilidade dos microrganismos	Microbiologia – aeróbios, anaeróbios, fungos
2	Tubo sem aditivo			
3	Tubo de coagulação [d] (parte superior azul clara)	Citrato de sódio	Forma sais de cálcio de para extrair cálcio	Testes de coagulação (*protime* e tempo de protrombina); requer tiragem de sangue total
4	Ativador de coágulo (parte superior vermelha)	Ativador de coágulo	O sangue coagula e o soro se separa por centrifugação	Química, imunologia e serologia, banco de sangue (cotejo)
5	Tubo de separador sérico (TSS) (vermelho Parte superior cinza-tigre ou ouro)	Nenhum	Contém no fundo um gel para separar o sangue do soro na centrifugação	Química, imunologia e serologia
6	Heparina lítica (parte superior verde escuro)	Heparina sódica ou heparina lítica	Desativa a trombina e a tromboplastina	Para nível de lítio use heparina sódica; para nível de amônia use qualquer das duas
7	Tubos de separação de plasma (TSP) (parte superior verde claro)	Anticoagulante de heparina lítica e separador de gel	Anticoagulantes com lítio; separam o plasma com o gel TSP no fundo do tubo	Química
8	EDTA (parte superior roxo)	Ácido etilendiamino-tetracético (EDTA)	Forma sais de cálcio para extrair cálcio	Hematologia (CDC), o Hemocentro (cotejo cruzado) requer tiragem de sangue total
9	Tubo de sangue (parte superior amarelo claro)	Ácido etilendiaminote-traacético (ACD, ACDA ou ACDB)	Inativação de complementos	Tipificação tissular de HLA, teste de paternidade, estudos de DNA
10	Oxalato/fluoreto (parte superior cinza claro)	Fluoreto de sódio e oxalato de potássio	Agente antiglicolítico preserva glicose até cinco dias	Glicoses; requer tiragem de sangue total (pode causar hemólise na tiragem curta)

Fonte: Tabela adaptada com permissão de WebPath, Mercer University, EUA. (http://library.med.utah.edu/ WebPath/webpath.html)
A ordem é baseada em consenso do Comitê Nacional de Normas de Laboratório Clínico dos Estados Unidos [43].

ACD, ácido-citrato-dextrose; DNA, ácido desoxirribonucleico; EDTA, ácido etilendiaminotetraacético; HLA, antígeno de leucócitos humanos; TSP, tubo de separação de plasma; TSS, tubo de separador sérico.

[a] "1" indica extrair primeiro, e "9" extrair por último (se usado).

[b] Verificar com o laboratório local em caso de os códigos locais terem cores diferentes.

[c] Inverta suavemente os tubos com aditivos para misturar bem; podem ocorrer erros de resultado do teste quando o sangue não está bem misturado com o aditivo.

[d] Se for pedida somente análise de coagulação, pode-se encher um único tubo azul claro. Se há preocupação com a contaminação por líquidos tissulares ou tromboplastinas, pode-se encher um tubo sem aditivo antes do tubo aditivado. O tubo de TSP contém anticoagulante de heparina lítica e um separador de gel; se for usado, faça a tiragem na ordem indicada.

Norma de Procedimento 02

COLHER SANGUE VENOSO PARA HEMOCULTURA

António Freitas

Rui Inês

Cuidado de Enfermagem no âmbito da Colheita de Espécimes para Análise
Norma de Procedimento: COLHER SANGUE VENOSO PARA HEMOCULTURA
António Freitas; Rui Inês

DEFINIÇÃO:

Intervenção de enfermagem de caráter interdependente que assegura a obtenção de uma amostra de sangue venoso, de uma pessoa, para um frasco com meio de cultura (cultura de sangue).

OBJETIVOS:

- Auxiliar no diagnóstico ou na confirmação de uma doença infeciosa [4,5].
- Identificar microrganismos (anaeróbios ou aeróbios) responsáveis pelas doenças infeciosas e respetivos testes de sensibilidade e resistência a fármacos anti-infeciosos [4,5].
- Acompanhar a evolução de uma doença infeciosa e/ou da resposta terapêutica (por deterioração ou agravamento do estado de saúde).

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

- É recomendada a punção venosa sempre que possível (a colheita de sangue através de cateteres só é realizada se a punção for inacessível e deve ser identificada).
- Assegure-se sobre o número de colheitas pretendido assim como dos frascos / meios que são solicitados em cada colheita de sangue para hemoculturas.
- Se forem solicitadas mais do que uma colheita de sangue para hemoculturas, selecione locais diferentes para as realizar e proceda às colheitas com intervalos de tempo de 15 a 30 minutos ou de acordo com a prescrição[1,4,5].
- Garanta que a colheita realizada aquando do início dos sintomas de infeção é sempre feita antes do início da antibioterapia (quando prescrita). Se a pessoa já estiver sob terapêutica com antibióticos, as hemoculturas devem ser colhidas imediatamente antes da administração da próxima dose[1].
- Verifique a prescrição e selecione os frascos/tubos cultura adequados à colheita. Os meios de cultura utilizados para a identificação de bactérias (aeróbias e anaeróbias) não são os mesmos para a identificação de vírus, fungos e micobactérias – atue de acordo com o protocolo da instituição[4,5].

Figura 1 - Frascos de Hemocultura

- Assegure a assepsia do procedimento:
  - O material a utilizar no procedimento deve ser esterilizado (verificar condições das embalagens e data de fim de prazo de esterilização na embalagem);
  - Após a aplicação do antisséptico no local de punção não se deve repetir a palpação do local, mesmo utilizando luvas esterilizadas[5].
- Garanta o local de punção adequado:
  - Os locais mais comuns de punção são as veias basílica, cefálica, cubital mediana (região do sangradouro), por serem veias mais superficiais, de maior calibre e estabilidade, correspondendo a locais de acesso menos dolorosos para a pessoa. No caso destes locais não serem acessíveis, as veias de maior calibre no dorso da mão e antebraço podem ser utilizadas[5].

Ordem de uso [a]	Tipo de tubo/ cor usual [b]	Aditivo [c]	Modo de ação	Usos
1	Garrafa de hemocultura (tubos com estrias negras e amarelas)	Mistura de caldo	Preserva a viabilidade dos microrganismos	Microbiologia – aeróbios, anaeróbios, fungos
2	Tubo sem aditivo			
3	Tubo de coagulação [d] (parte superior azul clara)	Citrato de sódio	Forma sais de cálcio de para extrair cálcio	Testes de coagulação (*protime* e tempo de protrombina); requer tiragem de sangue total
4	Ativador de coágulo (parte superior vermelha)	Ativador de coágulo	O sangue coagula e o soro se separa por centrifugação	Química, imunologia e serologia, banco de sangue (cotejo)
5	Tubo de separador sérico (TSS) (vermelho Parte superior cinza-tigre ou ouro)	Nenhum	Contém no fundo um gel para separar o sangue do soro na centrifugação	Química, imunologia e serologia
6	Heparina lítica (parte superior verde escuro)	Heparina sódica ou heparina lítica	Desativa a trombina e a tromboplastina	Para nível de lítio use heparina sódica; para nível de amônia use qualquer das duas

Figura 2 - Acessos Venosos do Membro Superior

- Avalie as condições do local a puncionar para a colheita de sangue:
  - Deve ser evitada a punção de veias em locais onde estejam a ocorrer outro tipo de procedimentos ou que apresentem alterações, tais como: cicatrizes, veias esclerosadas, regiões de enxerto vascular, membro correspondente ao lado mastectomizado (quando realizada abordagem cirúrgica prévia na cadeia ganglionar) ou com linfaedema, edema, infeção ou alterações cutâneas como eczema, hematoma, membro afetado por lesões neurológicas (diminuição da sensibilidade, da mobilidade e tónus muscular do membro reduz o alerta para a dor ou outras complicações), membro com fístula arteriovenosa ou com cateterização periférica com administração de fluídos/fármacos/transfusões sanguíneas[5].
- Assegure a quantidade de sangue a colher, pois o volume de sangue colhido por frasco é crítico para o crescimento dos microrganismos (ver a quantidade recomendada no frasco de colheita – habitualmente 5-10ml) [1,4,5].
- No caso de ter de realizar uma colheita para microrganismos aeróbios e outra colheita para microrganismos anaeróbios, proceda primeiro ao preenchimento do frasco para anaeróbios (sem trocar a agulha). Se utilizar um adaptador próprio (sistema de colheita fechado a vácuo), deve-se inocular primeiro o frasco para microrganismos aeróbios [1,4,5].
- Garanta que ao proceder a mais do que uma colheita para o mesmo tipo de microrganismos, as mesmas são realizadas em locais de punção diferentes e em diferentes intervalos de tempo [5].
- Assegure que os procedimentos na colheita e sua manipulação são corretos, de acordo com o protocolo da instituição - a colheita e o transporte inadequado podem ocasionar falhas no isolamento do agente etiológico e favorecer o aparecimento da flora contaminante, induzindo a um tratamento não apropriado. Mantenha o frasco em temperatura ambiente e encaminhe a colheita de sangue logo que possível para o laboratório.

Nota: se sentir necessidade, informe-se junto do laboratório das condições especiais da colheita, do transporte da amostra e da informação a registar nas requisições de envio.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Tabuleiro com:
  - Requisição corretamente preenchida, de acordo com o protocolo da instituição
  - Etiquetas com a identificação da pessoa, de acordo com o protocolo da instituição
  - Frasco(s) de colheita ❺
  - Luvas esterilizadas❹
  - Compressas esterilizadas ❼
  - Antisséptico com combinação de gliconato de clorexidina a 2% em álcool isopropílico de 70% ❸, álcool isopropílico de 70%, solução dérmica de Iodopovidona ou segundo protocolo da instituição [1,4,5].
  - Agulhas (entre 21G e 23G) ❽ e seringas de volume adequado às colheitas ❾
  - Máscara de proteção
  - Garrote descartável ❿
  - Taça esterilizada ❻
  - Campo esterilizado ❶
  - Resguardo
  - Penso rápido
  - Cuvete reniforme ⓫
  - Contentor de corto-perfurantes ❷

Figura 3 – Tabuleiro com o material.

COLHER SANGUE VENOSOS PARA HEMOCULTURA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Verifique a prescrição médica, validando se o nome e número de processo correspondem às etiquetas de identificação da pessoa;	1. Valida a prescrição;
2. Identifique a pessoa;	2. Garante a execução do procedimento à pessoa certa;
3. Explique o procedimento à pessoa e peça o seu consentimento e colaboração;	3. Obtém consentimento e colaboração. Diminui a ansiedade da pessoa;
4. Lave higienicamente as mãos;	4. Previne a contaminação / infeção;
5. Reúna o material necessário;	5. Economiza de tempo e facilita a execução do procedimento;
6. Providencie privacidade à pessoa;	6. Garante o respeito pela privacidade da pessoa;
7. Peça à pessoa que se instale / posicione, ou ajude-o a posicionar-se de forma confortável, tornando acessível o(s) membro(s) a selecionar para a punção;	7. Promove o conforto e facilita a execução do procedimento;

COLHER SANGUE VENOSOS PARA HEMOCULTURA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
8. Selecione o membro a puncionar para a colheita;	8. Identifica sinais que contraindiquem a punção;
9. Coloque um resguardo debaixo da área a puncionar;	9. Protege a pessoa e a base da cama de eventuais perdas de sangue;
10. Coloque a máscara;	10. Utiliza barreira protetora. Previne a contaminação a infeção;
11. Lave higienicamente as mãos;	11. Previne a contaminação e infeção;
12. Abra o campo esterilizado e coloque o material em cima do mesmo (compressas, taça com desinfetante, agulha e seringa);	12. Facilita a realização do procedimento; Previne a contaminação

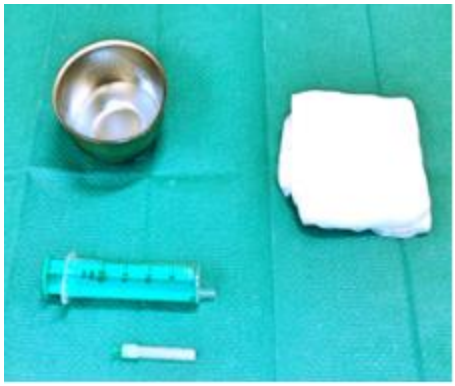


Figura 4 – Campo aberto com material esterilizado.

13. Remova os selos da tampa dos frascos de hemocultura e faça a assepsia prévia no local de punção dos frascos (pulverize com álcool a 70%) (fig. 5);	13. Previne a contaminação;

Figura 5 - Assepsia prévia do local de punção dos frascos.

14. Lave higienicamente as mãos (novamente);	14. Previne a contaminação e infeção;

COLHER SANGUE VENOSOS PARA HEMOCULTURA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
15. Faça a distensão adequada da veia: g) Coloque o membro a puncionar numa posição de declive; h) Aplique o garrote, cerca de 5 a 10 cm acima do local de punção; i) Faça massagem do membro dirigindo o fluxo venoso no sentido ascendente; j) Aplique saco de água quente ou compressas quentes, se necessário, em pessoas que se apresentem desidratadas ou que tenham sido submetidas a jejum prolongado[4]; k) Toque vigorosamente na veia, duas a três vezes[4]; l) Peça à pessoa para abrir e fechar a mão (se necessário) (fig. 6);	15. Melhora a acessibilidade da veia: g) Promove o retorno venoso por efeito da gravidade; h) Impede o retorno venoso, sem ocluir o fluxo arterial; i) Aumenta o afluxo ao local; j) Promove a circulação e vasodilatação local; k) Promove a libertação de histamina e, consequentemente, a vasodilatação; l) Aumenta o afluxo de sangue[4];
16. Palpe a veia com os dedos indicador e médio;	16. Ajuda a localizar a veia selecionada. Verifica a existência de nódulos ou zonas esclerosadas;

Figura 6 - Membro superior em declive, sobre um resguardo descartável, com o garrote colocado à distância de 5 a 10 cm do local de punção.

17. Escolhido o local de punção, alivie o garrote[4];	17. Previne complicações[4];
18. Pulverize o local de punção selecionado com o antisséptico e deixe o mesmo secar, de acordo com o tempo de ação;	18. Previne infeção, assegura a eficácia do antisséptico, reduz o "ardor" da picada e evita interferência nos resultados;
19. Proceda à lavagem asséptica das mãos;	19. Previne a infeção;

COLHER SANGUE VENOSOS PARA HEMOCULTURA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
20. Refaça o garrote;	20. Promove a realização da técnica;
21. Calce luvas esterilizadas;	21. Garante assepsia na realização da técnica;
22. Desinfete a região do local de punção com uma compressa embebida em antisséptico, com movimentos circulares, do local a puncionar para a periferia, num raio de 5 centímetros[4];	22. Previne infeção e contaminação da colheita;

Figura 7 – Desinfeção do local de punção com movimentos circulares centrífugos, do local a puncionar para a periferia, num raio de 5 centímetros.

23. Deixe secar o antisséptico utilizado na pele, de acordo com o tempo de ação;	23. Previne a infeção, assegura a eficácia do antisséptico e reduz o "ardor" da picada;
24. Conecte a agulha à seringa enquanto aguarda que o antisséptico seque;	24. Promove a realização da técnica;

Figura 8 – Conexão de agulha a seringa, com bisel da agulha voltado para a escala da seringa.

COLHER SANGUE VENOSOS PARA HEMOCULTURA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
25. Imobilize a veia a puncionar, puxando a pele com o polegar da mão não dominante, cerca de 2 centímetros abaixo do local de punção[4];	25. Fixa a veia de forma a evitar que ela se desloque;
26. Com a mão dominante, insira a agulha com o bisel orientado para cima e utilizando um ângulo de cerca de 15º - 30º sobre a pele[4];	26. Assegura uma punção correta e sequenciada da pele e da veia;

Figura 9 – Imobilização e punção da veia.

27. Reduza o ângulo da agulha, após a punção da pele, paralelamente à mesma, e puncione a veia suavemente;	27. Permite a progressão e colocação segura da agulha no interior da veia;
28. Observe a reação da pessoa durante a punção;	28. Despista complicações (ex.: reação vagal);
29. Observe se há refluxo de sangue;	29. Assegure que a agulha está na veia;
30. Verifique o local de punção de forma a detetar o aparecimento de hematoma ou de hemorragia;	30. Previne complicações;
31. Aspire lentamente a quantidade de sangue necessária, utilizando a menor força possível na aspiração;	31. Evita erros na quantidade (pode implicar a necessidade de nova colheita);

COLHER SANGUE VENOSOS PARA HEMOCULTURA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**

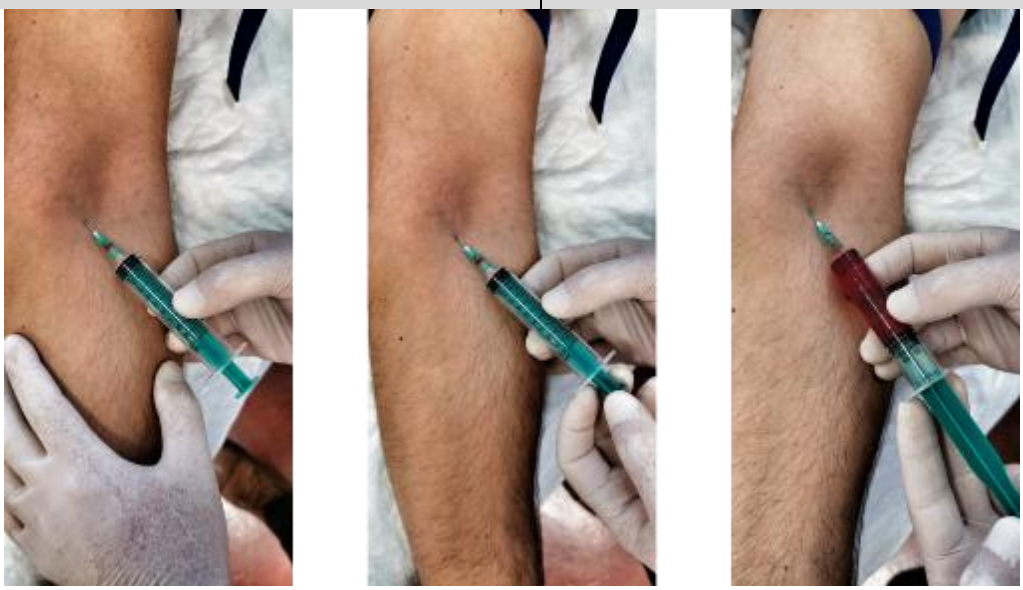


Figura 10 – Punção venosa e aspiração de sangue venoso.

32. Desaperte o garrote com a mão não dominante antes de retirar a agulha;	32. Evita desconforto e congestão venosa por aumento da pressão, minimizando risco de hemorragia/hematoma;
33. Segure a seringa com a mão não dominante; a mão dominante retira a compressa esterilizada do campo, embebida em antisséptico;	33. Agiliza o procedimento e garante a assepsia;
34. Coloque uma compressa embebida em antisséptico sobre o local da punção e com a outra mão retire a agulha com a seringa comprimindo a veia e solicitando à pessoa para não fletir o braço;	34. Promove a hemóstase e evita o aparecimento de hematoma;

Figura 11 – Sequência do final da punção venosa e hemostase.

COLHER SANGUE VENOSOS PARA HEMOCULTURA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
35. Peça à pessoa para pressionar a compressa (se necessário e possível);	35. Obtém a colaboração da pessoa na hemóstase e agiliza a transferência do sangue da seringa para os frascos;
36. Coloque o sangue dentro do(s) frasco(s) de hemocultura tendo em atenção as quantidades necessárias (e na sequência correta se culturas para diferentes frascos ou outros tubos de colheita de sangue)[4,5];	36. Evita que o sangue coagule e que ocorram alterações nos resultados;

Figura 12 – Colocação de sangue venoso no frasco de hemocultura.

37. Deite imediatamente fora a agulha no contentor de corto-perfurantes;	37. Previne acidentes;

Figura 13 – Remoção da agulha endovenosa no contentor corto-perfurantes.

38. Agite lentamente os frascos, o número de vezes indicado pelo fabricante (habitualmente 8-10 vezes)[4,5];	38. Promove a inoculação do sangue no meio de cultura[4,5];
39. Coloque um penso rápido no local da punção;	39. Evita sujar a pessoa e facilita a manutenção da hemóstase;

COLHER SANGUE VENOSOS PARA HEMOCULTURA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
40. Retire as luvas e lave higienicamente as mãos;	40. Previne infeção;
41. Identifique o frasco com uma etiqueta, logo após a colheita, verificando de novo a identidade da pessoa; preencha a requisição com o número/código do frasco, a data, hora e local de colheita, ou proceda de acordo com o protocolo da instituição.	41. Evita erros de identificação;
42. Posicione a pessoa, se necessário;	42. Proporciona conforto;
43. Recolha e acondicione adequadamente o material utilizado;	43. Promove a arrumação. Previne acidentes. Cumpre normas de separação de resíduos;
44. Lave higienicamente as mãos;	44. Previne infeção;
45. Coloque os frascos no respetivo local reservado ao transporte para este efeito, juntamente com as requisições;	45. Facilita a chegada do produto ao laboratório;
46. Faça chegar o produto colhido aos laboratórios de acordo com as normas em vigor na instituição;	46. O transporte das amostras para análise é objeto de cuidados especiais para evitar rutura ou ferimentos com substâncias potencialmente contaminantes, bem como a preservação da qualidade da amostra a analisar.
47. Registe e documente os resultados.	47. Confirma o procedimento. Identifica quem o executou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ARAUJO, Maria Rita Elmor – **Hemocultura: recomendações de coleta, processamento e interpretação dos resultados**. *J. Infect. Control*. 2012; 1 (1); pp. 08-19. Disponível em: http://www.iqg.com.br/ (20/09/2015, 09h50).
- BOLANDER, Verolyn Barnes – **Enfermagem fundamental: abordagem psicofiosológica**. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático Lda., 1998. ISBN 972-96610-6-5
- CAMPOS, Ana *et al*. – **Manual de normas e procedimentos técnicos de enfermagem**. Lisboa: Ed. Ministério da Saúde, 2001. ISBN 972-97200-1-0.
- GAJEWSKI, Karin; HEERING, Helle – **Blood Culture: Obtaining**. *Nursing Practice & Skill*. Maio, 2018. Disponível em: http://web.a.ebscohost.com/ (07/01/2020,19h50).
- CAPLE, Carita; WALSH, Kathleen – **Blood Sampling: Performing Phlebotomy**. *Nursing Practice & Skill*. April, 2018. Disponível em: http://web.a.ebscohost.com/ (18/12/2019, 21h00).
- ELKIN, *et al.* – **Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-96-7.
- NUNES, Lucília; RUIVO, Alice – Manual 2006: técnicas de enfermagem. Vol. I de III. Setúbal: Escola Superior de Saúde, 2006.
- PHIPPS et al – Enfermagem Médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença. Vol. II. 6.ª Ed. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2.

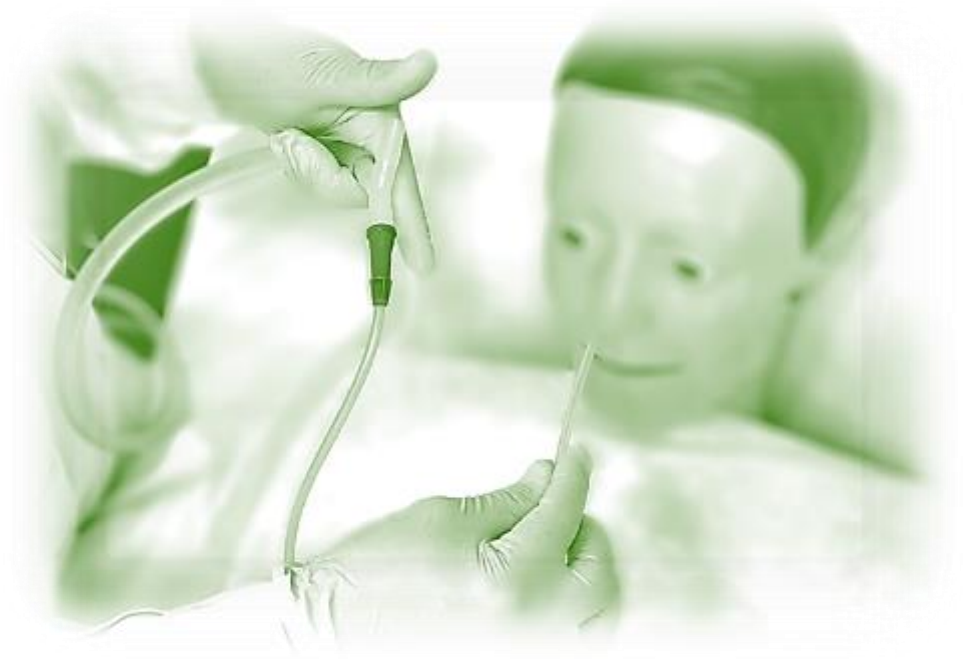
Edição atualizada e revista de:

Joana Mestrinho - *Norma de Procedimento de Enfermagem: Cuidado de Enfermagem na Colheita de Sangue para Hemoculturas.* Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal – Equipa Docente da Unidade Curricular de Enfermagem IV, 2º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Setembro de 2015.

página intencionalmente deixada em branco

CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ALTERAÇÃO DA CAPACIDADE DE ELIMINAÇÃO DE SECREÇÕES

Norma de Procedimento 03



ASPIRAR SECREÇÕES NASOFARÍNGEAS E OROFARÍNGEAS

Celso Ribeiro
Nara Batalha

Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Alteração da Capacidade de Eliminação de Secreções Nasofaríngeas e Orofaríngeas:
ASPIRAR SECREÇÕES NASOFARÍNGEAS E OROFARÍNGEAS

Celso Ribeiro; Nara Batalha

DEFINIÇÃO:

Intervenção de enfermagem de caráter autónomo e interdependente que consiste na remoção de secreções da via aérea da pessoa, ao nível da orofaringe e da nasofaringe, através da introdução de uma sonda esterilizada, conectada a sistema de vácuo (aspiração), quando a pessoa não tenha capacidade de removê-las, de forma eficaz.

OBJETIVOS:

- Manter a permeabilidade das vias aéreas[1];
- Prevenir a estase de secreções[1];
- Promover melhoria das trocas gasosas[2];
- Estimular ou substituir tosse eficaz[2];
- Prevenir complicações (infeções, atelectasias)[3];
- Otimizar a ventilação[1];
- Colher espécimes para análise[4].

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

- Reveja os conhecimentos da anatomofisiologia do nariz, cavidade nasal, nasofaringe3, cavidade oral e orofaringe[3].
- Avalie a presença de sinais e sintomas que indiquem a necessidade de aspiração de secreções: Ruídos à inspiração ou expiração; secreções orais ou nasais evidentes; tosse com expetoração, sem que a pessoa consiga expelir ou deglutir as secreções[3].
    - A aspiração de secreções nasofaríngeas e orofaríngeas, estimulando a tosse, promove igualmente a mobilização das secreções e desobstrução das vias aéreas inferiores. Deve por isso ser igualmente considerada nas situações de tosse ineficaz (na presença de secreções), dificuldade respiratória, inquietação, cianose, pele húmida, diminuição dos valores de saturação periférica de oxigénio[3].

- Atenda à privacidade da pessoa durante a execução do cuidado[3];
- Reúna o material para aspiração de secreções que deve encontrar-se junto da pessoa, segundo protocolo da unidade[3];
- Selecione sondas de aspiração de tamanho apropriado atendendo à anatomia da pessoa e às características das secreções nasofaríngeas ou orofaríngeas a aspirar. Sugere-se que o calibre da sonda não seja superior a metade do diâmetro da via aérea (entre #10-16 para um adulto)[3].

- Utilize uma sonda descartável para cada aspiração[1];
- Coloque máscara para a realização do procedimento e avalie a necessidade de utilização de máscara de viseira ou óculos[1,5];
- Consulte o processo clínico, de forma a conhecer a história clínica da pessoa. Atente a aspetos como: os antecedentes pessoais; a história de saúde/doença atual; se se encontra sob efeito de terapêutica anticoagulante ou antiagregante (ou suspendeu recentemente); se tem alterações significativas da coagulação; se tem alterações anatómicas nas estruturas do trajeto de aspiração e afins (por trauma, neoplasia, varizes), tem traumatismos das vias aéreas e/ou suspeita de lesão da base do crânio[3].
- Observe a pessoa durante a realização do procedimento, para eventuais efeitos adversos da aspiração, que podem incluir:
    - Irritação e trauma nas mucosas;
    - Perfuração do septo nasal;
    - Mordedura ou tosse;
    - Dor;
    - Hipoxemia;
    - Bradipneias / Taquipneia;
    - Laringoespasmo;
    - Arritmia cardíaca.

- Sempre que possível, promova adequada hidratação da pessoa, de maneira a fluidificar as secreções e a facilitar a sua eliminação[3].
- Ajuste a pressão de aspiração, na fonte de vácuo, para valores conformes ao protocolo da unidade e que não devem ser superiores a 120 mmHg para os adultos[3];
- Nunca aspire durante a introdução da sonda, de forma a prevenir a ocorrência de traumatismo das mucosas[3];
- Aplique a pressão, de modo intermitente, enquanto retira a sonda, em movimentos circulares.
  Para minimizar o trauma nas mucosas, liberte a sucção a cada 1-2 segundos durante o procedimento, e não aspire por mais de 15 segundos, para reduzir o risco de hipoxémia[3];
- Na aspiração da pessoa com oxigenoterapia, mantenha os dispositivos (máscara de oxigénio, óculos nasais) conectados à fonte de oxigénio e junto à pessoa. No intervalo entre aspirações, recoloque a pessoa sob oxigenoterapia (facilita a recuperação e garante a oxigenação);
- Na pessoa com necessidade de aspiração de secreções orofaríngeas frequente e alteração do estado de consciência, pode recorrer-se à colocação de tubo de Mayo, cuja colocação reduzirá as lesões traumáticas da cavidade oral e facilitará o procedimento (além de prevenir a queda da língua);

- Na pessoa com necessidade de aspiração de secreções nasofaríngeas frequente e alteração do estado de consciência, pode recorrer-se à colocação de tubo nasofaríngeo, cuja colocação reduzirá as lesões traumáticas do nariz e facilitará o procedimento;
- Na aspiração de secreções orofaríngeas, a progressão na cavidade oral, pode desencadear e estimular o reflexo de vómito, pelo que, a aspiração deve ser realizada, preferencialmente, fora do período pós-prandial. Importa considerar, igualmente, a possibilidade de interrupção momentânea de alimentação entérica contínua, bem como, o risco de vómito, em pessoas com alteração do estado de consciência e/ou estase gástrica.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Aspirador em rampa de vácuo;
- Aspirador portátil (se não existir em rampa de vácuo);
- Tabuleiro;
- Sondas de aspiração;
- Tubuladura para conectar aspirador à sonda;
- Compressas limpas;
- Adesivo;
- Recipiente com água destilada;
    - Resguardo;
- Máscara de procedimentos ou Máscara com viseira/ óculos de proteção (se necessário);
- Conexão em Y, em T ou Bicónica com Janela (caso a sonda não tenha controlador);
- Recipiente para sujos, de acordo com a norma de triagem de resíduos.
- Luvas limpas;
- Lubrificante hidrossolúvel (para aspiração de secreções nasofaríngeas);
- Tubo Nasofaríngeo (se necessário);
- Tubo de Mayo (se necessário).
- Avental / Bata descartável.

Figura 1 – Tabuleiro com Material.

PROCEDIMENTO GERAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Informe a pessoa/família sobre o procedimento, clarifique eventuais dúvidas/questões e obtenha consentimento;	1. Garante direito à informação e ao consentimento informado;
2. Explique o procedimento à pessoa e peça a sua colaboração, caso esteja consciente;	2. Diminui a ansiedade, respeita o direito ao consentimento e assegura a participação/ colaboração da pessoa no procedimento;
3. Prepare o material necessário e transporte-o para junto da pessoa;	3. Economiza tempo e facilita o procedimento;
4. Verifique o funcionamento do aspirador (ocluindo o final do tubo de conexão e observando a oscilação do manómetro);	4. Garante a operacionalidade do equipamento e a segurança da pessoa;

Figura 2 – Rampa de vácuo conectada a aspirador e rampa de oxigénio.

5. Lave as mãos;	5. Previne a infeção;
6. Posicione a pessoa: 6.1. Se consciente: em semifowler ou fowler; 6.2. Se inconsciente: em semifwler;	6. Facilita a execução da técnica. Promove o conforto, a ventilação e a redução do esforço da pessoa;
7. Coloque o resguardo sobre o tórax da pessoa;	7. Protege a pessoa;
8. Lave higienicamente as mãos;	8. Previne a infeção;
9. Coloque avental/bata descartável e máscara de procedimento/viseira;	9. Previne a contaminação do enfermeiro ou protege a pessoa (conforme o caso);

I - Aspiração de Secreções Nasofaríngeas	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
10. Coloque o lubrificante hidrossolúvel numa compressa limpa);	10. Facilita a progressão da sonda, reduzindo o risco de traumatismo durante a inserção;
11. Calce luvas limpas;	11. Previne a contaminação do enfermeiro;
12. Abra a extremidade inicial da sonda, mantendo-a protegida pelo invólucro adapte-a à conexão (se necessário), e esta à tubuladura de ligação ao aspirador; Nota: Se utilizar sonda de aspiração simples, adapte-a a conexão em Y, T ou bicónica; se utilizar sonda com controlador, adapte-a diretamente à tubuladura do aspirador.	12. Permite o estabelecimento de um circuito de vácuo e previne a infeção;

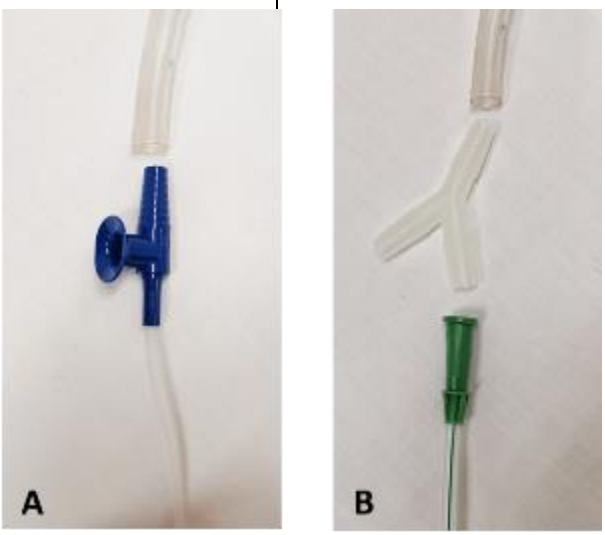


Figura 3 – Conexão da Sonda de Aspiração à Tubuladura do Aspirador.
(A) Sonda com controlador, ligada diretamente à tubuladura do aspirador.
(B) Sonda sem controlador, ligada à tubuladura do aspirador através de conexão em Y.

13. Ligue a fonte de vácuo do aspirador e regule para a pressão adequada, com a mão não dominante; (verifique o funcionamento do aspirador, ocluindo o final do tubo de conexão e observando a oscilação do manómetro);	13. Possibilita a existência de vácuo, previne traumatismo da mucosa nasal e facilita o procedimento; Garante a operacionalidade do equipamento e a segurança da pessoa;
14. Retire a sonda do invólucro, enrolando-a, na mão dominante e lubrifique a ponta desta, com o lubrificante hidrossolúvel;	14. Previne a contaminação da sonda, ajuda a sua progressão e previne traumatismo;

I - Aspiração de Secreções Nasofaríngeas	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
15. Introduza a sonda pela narina com movimentos suaves e circulares durante a inspiração, e guie-a através do pavimento da fossa nasal até à faringe; 15.1. Se tem tubo nasofaríngeo colocado: Introduza a sonda através do orifício do tubo até à faringe;	15. 15. Permite acesso, com menor resistência à região nasofaríngea para aspiração de secreções e reduz o risco de traumatismo; 15.1. Evita traumatismo da mucosa;

Figura 4 – Conexão de sonda de aspiração, enrolada na mão dominante, a conexão em T.

Figura 5 - Introdução da Sonda de Aspiração pela Narina.

16. Proceda à aspiração em movimentos circulares, com vácuo intermitente, à medida que vai retirando a sonda;	16. Permite remoção de secreções; previne traumatismo da mucosa;
17. Simultaneamente, estimule a pessoa a tossir (se estiver consciente);	17. A tosse mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores para as superiores, facilita a execução do procedimento;
18. Reavalie, observando se persistem sinais e sintomas que indiciem a necessidade de repetir a aspiração de secreções; <u>Nota:</u> Se necessário nova aspiração, utilize nova sonda, repetindo os passos anteriores. Caso contrário, prossiga.	18. Permite aferir a necessidade de repetir o procedimento e a sua eficácia;

I - Aspiração de Secreções Nasofaríngeas	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
19. Enrole a sonda de aspiração na mão dominante e descalce a luva, deixando a sonda no seu interior (fig.6),	19. Previne contaminação;

Figura 6 – O Retirar da Sonda de Aspiração Envolvida na Luva .

20. Proceda à lavagem da tubuladura do aspirador, aspirando a água destilada do recipiente, adaptando nova sonda de aspiração (e conexão, se necessário);	20. Remove as secreções, garante a limpeza da tubuladura para a próxima utilização;
21. Desligue a fonte de vácuo do aspirador;	21. Término do procedimento;
22. Proteja a extremidade da tubuladura com uma compressa limpa e adesivo, na ausência de tampa específica para o efeito;	22. Previne contaminação;
23. Remova a luva da mão não dominante e o avental/bata descartável;	23. Término do procedimento;
24. Retire a máscara; Nota: Se estiver a utilizar máscara de procedimentos e óculos de proteção, remova primeiro os óculos e de seguida, a máscara;	24. Término do procedimento;
25. Caso a pessoa esteja consciente, assegure-lhe que o procedimento terminou e reconheça a colaboração dada;	25. Promove a comunicação, reduz a ansiedade e dá feedback da colaboração – facilita o desenvolvimento de uma relação de confiança;
26. Observe a pessoa e (re)avalie o padrão respiratório, estando também atento à coloração da pele, à eventual persistência de ruídos respiratórios e aos valores de saturação periférica de O_2;	26. Avalia a eficácia do procedimento realizado;

I - Aspiração de Secreções Nasofaríngeas	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
27. Posicione a pessoa;	27. Promove o conforto;
28. Recolha e dê destino ao material utilizado;	28. Promove a arrumação e previne a contaminação; cumpre normas de separação de resíduos;
29. Lave higienicamente as mãos;	29. Previne a infeção;
30. Registe e documente os resultados.	30. Confirma o procedimento e identifica quem o executou.

II - Aspiração de Secreções Orofaríngeas	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
Execute a sequência de 1 a 9 do procedimento geral;	
10. Calce as luvas	10. Previne a contaminação do enfermeiro;
11. Abra a extremidade inicial da sonda, mantendo-a protegida pelo invólucro adapte-a à conexão (se necessário), e esta ao tubo de ligação ao aspirador;	11.Permite o circuito de vácuo e previne a infeção;
12. Ligue a fonte de vácuo do aspirador e regule para a pressão adequada, com a mão não dominante; (verifique o funcionamento do aspirador, ocluindo o final do tubo de conexão e observando a oscilação do manómetro);	12.Previne traumatismo da mucosa nasal e facilita o procedimento; Garante a operacionalidade do equipamento e a segurança da pessoa;
13. Peça à pessoa para abrir a boca e guie a sonda até à orofaringe;	13.Permite a introdução da sonda, reduzindo o risco de traumatismo;
14. Introduza a sonda durante a inspiração até desencadear a tosse, ou encontrar resistência; Nota: Esteja atento à possibilidade de ser estimulado o reflexo do vómito.	14.Permite aspirar as secreções existentes na orofaringe;
14.1. Se tem tubo de Mayo colocado: Introduza a sonda através do orifício da sonda até à faringe;	14.1. Previne encerramento da boca e mordedura da sonda;

II - Aspiração de Secreções Orofaríngeas	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**

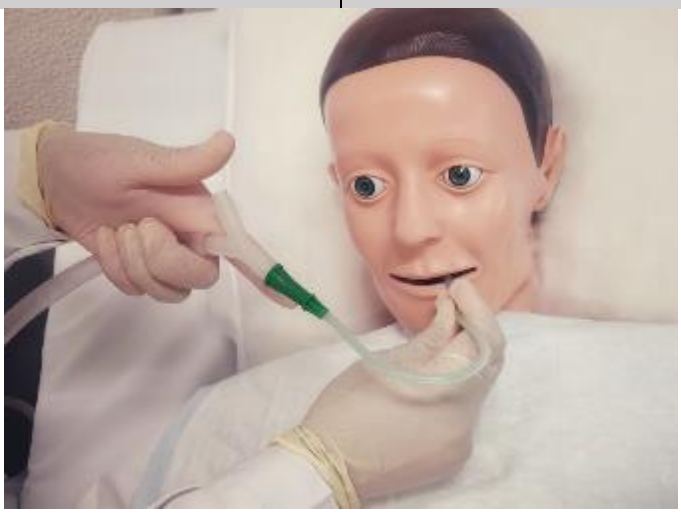


Figura 7 - Introdução da Sonda de Aspiração pela Boca.

Figura 8 - Introdução da Sonda de Aspiração na Orofaringe por Tubo de Mayo.

15. Proceda à aspiração em movimentos circulares, com vácuo intermitente, à medida que vai retirando a sonda;	15.Permite aspirar as secreções; previne traumatismo da mucosa;
16. Simultaneamente, estimule a pessoa a tossir (se estiver consciente);	16.A tosse mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores para as superiores, facilita a execução do procedimento;
17. Reavalie, observando se persistem sinais e sintomas que indiciem a necessidade de repetir a aspiração de secreções; Nota: Se necessário nova aspiração, utilize nova sonda, repetindo os passos anteriores. Caso contrário, prossiga.	17. Permite aferir a necessidade de repetir o procedimento;
18. Enrole a sonda de aspiração na mão dominante e descalce a luva, deixando a sonda no seu interior (fig.6);	18. Previne contaminação;

II - Aspiração de Secreções Orofaríngeas	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
19. Proceda à lavagem da tubuladura do aspirador, aspirando a água destilada do recipiente, adaptando nova sonda de aspiração (e conexão, se necessário);	19. Remove as secreções, garante a limpeza da tubuladura para a próxima utilização;
20. Desligue a fonte de vácuo do aspirador;	20. Término do procedimento;
21. Proteja a extremidade da tubuladura com uma compressa limpa e adesivo, na ausência de tampa específica para o efeito;	21. Previne contaminação;
22. Remova a luva da mão não dominante e o avental/bata descartável;	22. Previne a contaminação;
23. Retire a máscara; Nota: Se estiver a utilizar máscara de procedimentos e óculos de proteção, remova primeiro os óculos e de seguida, a máscara;	23. Previne a contaminação;
24. Caso a pessoa esteja consciente, assegure-lhe que o procedimento terminou e reconheça a colaboração dada;	24. Promove a comunicação, reduz a ansiedade e dá feedback da colaboração – facilita o desenvolvimento de uma relação de confiança;
25. Observe a pessoa e (re)avalie o padrão respiratório, estando também atento à coloração da pele, à eventual persistência de ruídos respiratórios e aos valores de saturação periférica de O_2;	25. Avalia a eficácia do procedimento realizado;
26. Posicione a pessoa;	26. Promove o conforto;
27. Recolha e dê destino ao material utilizado;	27. Promove a arrumação e previne a contaminação; cumpre normas de separação de resíduos;
28. Lave higienicamente as mãos;	28. Previne a infeção;
29. Registe e documente os resultados.	29. Permite monitorizar, Confirma o procedimento e identifica quem o executou.

REFERÊNCIAS:

- ACSS – Manual de Normas de Enfermagem: procedimentos técnicos. Lisboa: 2011. p. 126 - 131.
- OE – Parecer Conjunto N.º 03/2017. Conselho de Enfermagem (CE) e Conselho Jurisdicional (CJ): aspiração de secreções. Lisboa: 2017.
- WOTEN, M. & KORNUSKY. J. Nasopharyngeal Suctioning: Performing - Nursing Practice & Skill. Ipswich – Massachusetts: CINAHL Nursing Guide - EBSCO Publishing, 2019. Obtido a 06 de janeiro

de 2020 de Nursing Reference Center:
https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T704279&site=nrc-live

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Recomendações para a Prevenção da Infeção Respiratória em Doente Ventilado. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004.
- MARCELINO, Paulo – Manual de Ventilação Mecânica: abordagem ao doente crítico. Loures: Lusociência, 2008. ISBN 978-972-8930-42-4.
- BOLANDER, Verolyn – Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. 1.ª Ed. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- CAPLE, C. & WOTEN, M. Nasopharyngeal Suctioning: Performing - Skill Competency Checklist. Ipswich – Massachusetts: CINAHL Nursing Guide - EBSCO Publishing, 2019. Obtido a 06 de janeiro de 2020 de Nursing Reference Center:
https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T704896&site=nrc-live
- ELKIN et al - Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. 2.ª Edição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-96-7.
- NUNES, Lucília; RUIVO, Alice – Manual 2006: técnicas de enfermagem. Vol. I de III. Setúbal: Escola Superior de Saúde, 2006.
- PHIPPS et al – Enfermagem Médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença. Vol. II. 6.ª Ed. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2.
- SWEARINGEN; HOWARD – Atlas Fotográfico de Procedimentos de Enfermagem. 3.ª Ed. São Paulo: Artmed, 2002.
- TAYLOR et al – Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência de enfermagem. 5.ª Ed. São Paulo: Artmed, 2007. ISBN 978-85-363-0753-4.

<u>Edição atualizada e revista de:</u>

Nara Batalha - Norma de Procedimento de Enfermagem: Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Necessidade de Aspiração de Secreções (Orofaríngeas, Nasofaríngeas e Traqueobrônquicas). Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal – Equipa Docente da Unidade Curricular de Enfermagem IV, 2º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Setembro de 2015.

Norma de Procedimento 04

ASPIRAR SECREÇÕES TRAQUEOBRÔNQUICAS

Celso Ribeiro
Nara Batalha

Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Alteração da Capacidade de Eliminação de Secreções Traqueobrônquicas:
ASPIRAR SECREÇÕES TRAQUEOBRÔNQUICAS

Celso Ribeiro; Nara Batalha

DEFINIÇÃO:

Intervenção de enfermagem de carácter autónomo e interdependente, que consiste na remoção de secreções, ao nível da árvore traqueobrônquica, através da introdução de uma sonda esterilizada, via tubo endotraqueal ou traqueostomia, utilizando um sistema de vácuo (aspiração), quando a pessoa não tenha capacidade de removê-las, de forma eficaz.

OBJETIVOS:

- Manter a permeabilidade das vias aéreas[1];
- Prevenir a estase de secreções[1];
- Promover melhoria das trocas gasosas[2];
- Estimular ou substituir tosse eficaz[2];
- Prevenir complicações (infeções, atelectasias)[3];
- Otimizar a ventilação[1];
- Colher espécimes para análise[4].

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

- Avalie a presença de sinais e sintomas que indiquem a necessidade de aspiração de secreções traqueobrônquicas: presença de secreções na traqueostomia ou no tubo endotraqueal (TET); tosse ineficaz e dificuldade de mobilização de secreções da árvore traqueobrônquica; dispneias; inquietação; cianose; pele húmida; diminuição dos valores de saturação periférica de oxigénio, pressões respiratórias aumentadas em pessoas submetidas a ventilação mecânica[1];
- Atenda à privacidade da pessoa durante a execução do procedimento[1];
- Reúna o material para aspiração de secreções, que deve encontrar-se junto da pessoa, segundo protocolo da unidade[3]
- Selecione sondas de aspiração de calibre inferior a 1/3 do diâmetro do tubo endotraqueal / traqueostomia[1];
- Utilize uma sonda descartável para cada aspiração[4];

- Para a aspiração de secreções traqueobrônquicas, sempre que possível, utilize máscara com viseira, ou máscara de procedimento com óculos de proteção[3];
- Observe a pessoa durante a realização do procedimento, para eventuais efeitos adversos da respetiva aspiração, que podem incluir: Dor; Broncospasmo; Cianose; Hipoxemia; Taquipneia / Bradipneia; Arritmia cardíaca;
- Promova adequada hidratação da pessoa, de maneira a fluidificar as secreções e a facilitar a sua eliminação evitando assim, a utilização do Soro Fisiológico durante a aspiração (contraindicada, pelo aumento do risco de desenvolvimento de atelectasias)[3];
- Ajuste a pressão de aspiração, na fonte de vácuo, para valores conformes ao protocolo da unidade e que não devem ser superiores a 120 mmHg para os adultos[5];
- Nunca aspire durante a introdução da sonda, de forma a prevenir a ocorrência de traumatismo das mucosas[3];
- Aplique a pressão, de modo intermitente, enquanto retira a sonda, em movimentos circulares. Para minimizar o trauma nas mucosas, liberte a sucção a cada 1 - 2 segundos durante o procedimento, e não aspire por mais de 15 segundos, para reduzir o risco de hipoxia[3];

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Aspirador em rampa de vácuo;
- Aspirador portátil (se não existir em rampa de vácuo);
- Tabuleiro;
- Sondas de aspiração;
- Tubuladura para conectar aspirador à sonda;
- Compressas limpas;
- Adesivo;
- Recipiente com água destilada;
- Máscara com viseira/ óculos de proteçãoConexão em Y, em T ou Bicónica com Janela (caso a sonda não tenha controlador);
- Recipiente para sujos, de acordo com a norma de triagem de resíduos.
- Luva de exame esterilizada;
- Balão ressuscitador manual;
- Avental / Bata descartável.

Figura 1 – Tabuleiro com Material.

ASPIRAR SECREÇÕES TRAQUEOBRÔNQUICAS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Informe a pessoa/família sobre o procedimento, clarifique eventuais dúvidas/questões e obtenha consentimento;	1. Garante direito à informação e ao consentimento informado;
2. Explique o procedimento à pessoa e peça a sua colaboração, caso esteja consciente;	2. Diminui a ansiedade e assegura a participação/colaboração da Pessoa no procedimento;

Figura 2 – Pessoa com Traqueostomia Conectada a Dispositivos de Oxigenoterapia.

3. Prepare o material necessário e transporte-o para junto da pessoa;	3. Economiza tempo e facilita o procedimento;
4. Verifique o funcionamento do aspirador, ocluindo o final do tubo de conexão e observando a oscilação do manómetro;	4. Garante a operacionalidade do equipamento e a segurança da pessoa;

ASPIRAR SECREÇÕES TRAQUEOBRÔNQUICAS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
5. Lave as mãos;	5. Previne a infeção;
6. Posicione a pessoa: 6.1. Se Consciente: em semifowler ou fowler; 6.2. Se Inconsciente: em semifowler;	6. Facilita a execução da técnica. Promove o conforto, a ventilação e a redução do esforço da pessoa;
7. Coloque máscara com viseira e avental / bata descartável;	7. Previne a contaminação do enfermeiro ou da pessoa (conforme o caso);
8. Proceda à pré-oxigenação da pessoa, incentivando-a a fazer inspirações profundas (se estiver consciente), ou fazendo insuflações com o balão de ressuscitação manual com aporte de O_2, ou aumentando FiO_2 para 100%, se a pessoa estiver submetida a ventilação mecânica;	8. Previne a hipóxia;

Figura 3 – Pré-Oxigenação da Pessoa com Balão de Ressuscitação Manual.

9. Verifique os valores de saturação periférica de O_2;	9. Previne complicações por hipoxemia; otimiza a segurança da pessoa;
10. Proceda à lavagem asséptica das mãos;	10. Previne infeção;
11. Calce as luvas limpas;	11. Previne a infeção;
12. Abra o invólucro com a luva de exame esterilizada sobre o tórax da pessoa, deixando-a acessível e pronta a calçar;	12. Economiza tempo. Facilita o procedimento;
13. Abra a extremidade inicial da sonda, mantendo-a protegida pelo invólucro adapte-a à conexão (se necessário) e esta ao tubo de ligação ao aspirador;	13. Previne infeção; facilita o procedimento;

ASPIRAR SECREÇÕES TRAQUEOBRÔNQUICAS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
14. Fixe a sonda, protegida pelo invólucro e a tubuladura que a liga ao aspirador, sob o membro superior (lado não dominante);	14. Permite a continuidade do procedimento;
15. Ligue o aspirador e regule para a pressão adequada;	15. Permite continuar o procedimento; previne infeção;
16. Calce a luva esterilizada na mão dominante e mantenha o invólucro da luva esterilizada exposto sobre o tórax da pessoa;	16. Garante espaço asséptico, se necessário;

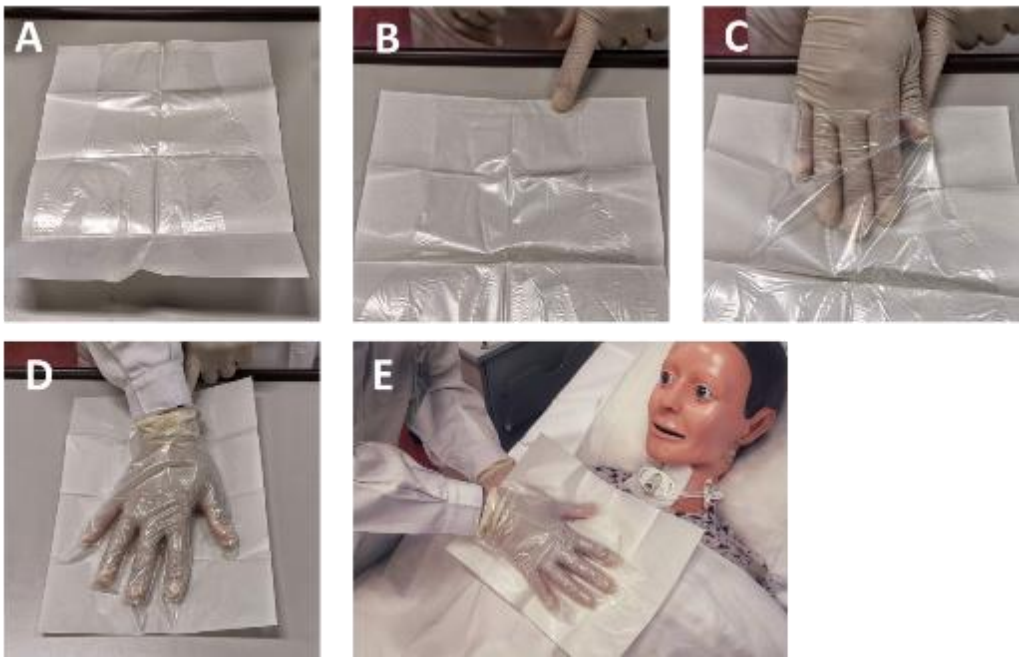


Figura 4 – Calçar a luva esterilizada na mão dominante – Sequência.

17. Remova o dispositivo de oxigenoterapia /ventilação conectado ao TET ou à Traqueostomia, com a mão não dominante;	17. Possibilita a existência de condições para introduzir a sonda e iniciar o procedimento; garante princípio de assepsia;
18. Segure a sonda de aspiração com a luva esterilizada na mão dominante e introduza-a no TET ou traqueostomia;	18. Permite a continuidade do procedimento;

ASPIRAR SECREÇÕES TRAQUEOBRÔNQUICAS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**

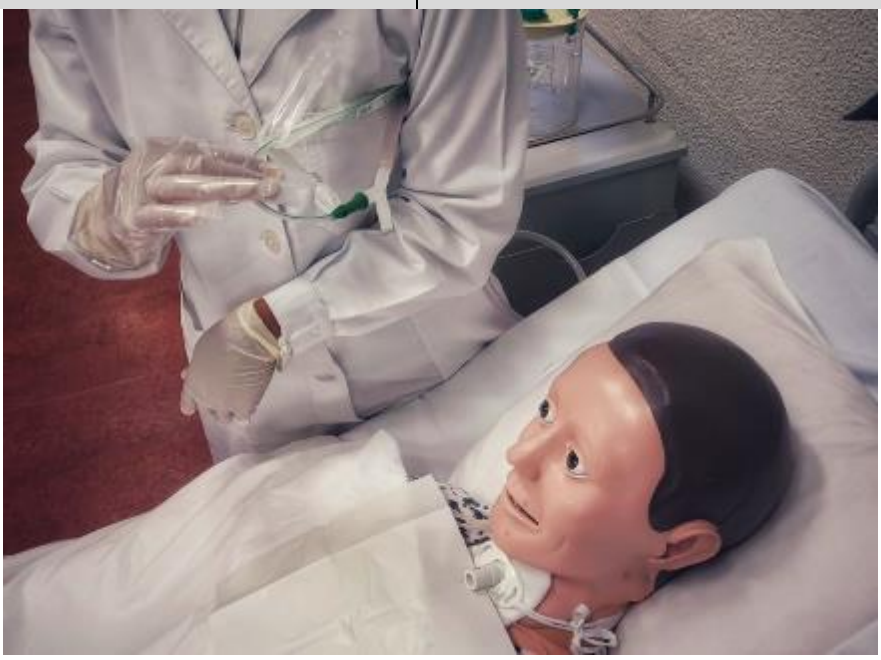


Figura 5 – Com a luva esterilizada na mão dominante, retirar a sonda de aspiração parcialmente protegida no invólucro e previamente conectada ao sistema de aspiração.

19. Proceda à aspiração em movimentos circulares com vácuo intermitente, à medida que retira a sonda;	19. Permite remover as secreções e minimizar o traumatismo da mucosa

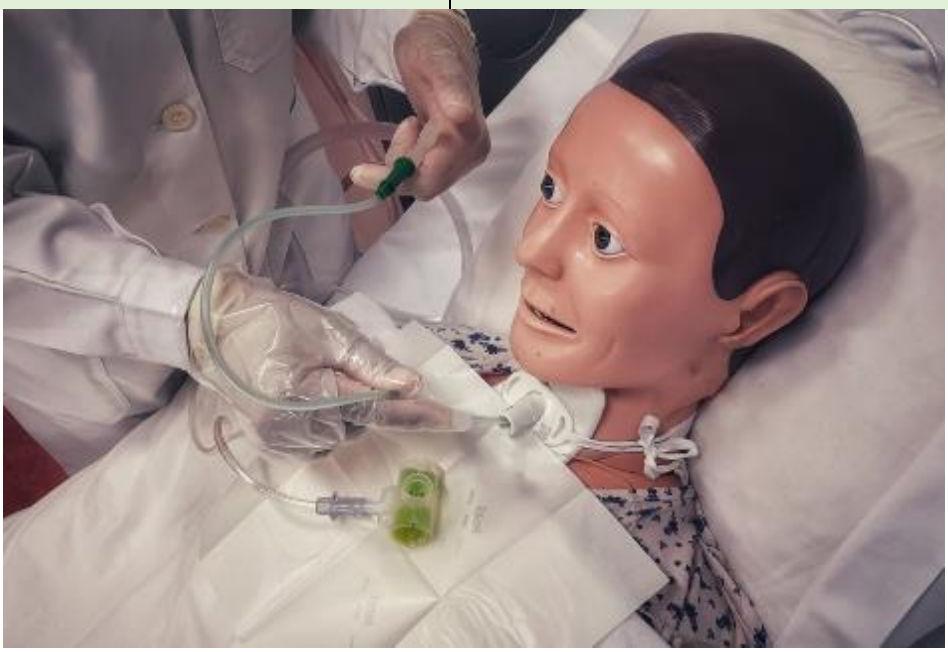


Figura 6 – Aspiração de Secreções Traqueobrônquicas por Traqueostomia.

20. Enrole a sonda de aspiração na mão dominante e descalce a luva esterilizada, deixando a sonda no seu interior;	20. Previne contaminação;

ASPIRAR SECREÇÕES TRAQUEOBRÔNQUICAS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
21. Reavalie, observando se persistem sinais e sintomas que indiciem a necessidade de repetir a aspiração de secreções; Nota: Se necessário nova aspiração, utiliza nova sonda, repetindo os passos anteriores. Caso contrário prossiga.	21. Permite aferir a necessidade de repetir o procedimento;
22. No final da aspiração adapte o dispositivo de oxigenoterapia / ventilação (retirado no passo 17 da sequência do procedimento) ao TET ou traqueostomia;	22. Garante a continuidade da administração de oxigénio ao utente;

Figura 7 –Dispositivo de Oxigenoterapia Conectado a Traqueostomia.

23. Proceda à lavagem da tubuladura do aspirador, aspirando a água destilada do recipiente, através de conexão (e adaptando nova sonda de aspiração);	23. Remove as secreções, garante a limpeza do tubo para próxima utilização;
24. Desligue a fonte de vácuo do aspirador;	24. Término do procedimento;
25. Proteja a extremidade da tubuladura com uma compressa limpa;	25. Previne contaminação;
26. Remova as luvas limpas e o avental / bata descartável;	26. Previne contaminação;
27. Retire a máscara; Nota: Se estiver a utilizar máscara de procedimentos e óculos de proteção, remova primeiro os óculos e de seguida, a máscara;	27. Previne contaminação;

ASPIRAR SECREÇÕES TRAQUEOBRÔNQUICAS	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
28. Caso a pessoa esteja consciente assegure--lhe que o procedimento terminou e reconheça a colaboração dada;	28. Promove a comunicação, reduz a ansiedade e dá feedback da colaboração – facilita o desenvolvimento de uma relação de confiança;
29. Observe a pessoa e (re)avalie o padrão respiratório, estando também atento à coloração da pele, à eventual persistência de ruídos respiratórios e valores de saturação periférica de O_2;	29. Avalia a eficácia do procedimento realizado;
30. Posicione a pessoa;	30. Promove o conforto;
31. Recolha e dê destino ao material utilizado;	31. Promove a arrumação e previne a contaminação; cumpre normas de separação de resíduos;
32. Registe e documente os resultados.	32. Permite monitorizar. Confirma o procedimento e identifica quem o executou.

REFERÊNCIAS:

- ACSS – Manual de Normas de Enfermagem: procedimentos técnicos. Lisboa: 2011. p. 126 - 131.
- OE – Parecer Conjunto N.º 03/2017. Conselho de Enfermagem (CE) e Conselho Jurisdicional (CJ): aspiração de secreções. Lisboa: 2017.
- WOTEN, M. & KORNUSKY. J. Nasopharyngeal Suctioning: Performing - Nursing Practice & Skill. Ipswich – Massachusetts: CINAHL Nursing Guide - EBSCO Publishing, 2019. Obtido a 06 de janeiro de 2020 de Nursing Reference Center: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T704279&site=nrc-live
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Recomendações para a Prevenção da Infeção Respiratória em Doente Ventilado. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004.
- MARCELINO, Paulo – Manual de Ventilação Mecânica: abordagem ao doente crítico. Loures: Lusociência, 2008. ISBN 978-972-8930-42-4.
- BOLANDER, Verolyn – Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. 1.ª Ed. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- CAPLE, C. & WOTEN, M. Nasopharyngeal Suctioning: Performing - Skill Competency Checklist. Ipswich – Massachusetts: CINAHL Nursing Guide - EBSCO Publishing, 2019. Obtido a 06 de janeiro de 2020 de Nursing Reference Center: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T704896&site=nrc-live
- ELKIN et al - Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. 2.ª Edição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-96-7.
- NUNES, Lucília; RUIVO, Alice – Manual 2006: técnicas de enfermagem. Vol. I de III. Setúbal: Escola Superior de Saúde, 2006.
- PHIPPS et al – Enfermagem Médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença. Vol. II. 6.ª Ed. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2.

- SWEARINGEN; HOWARD – Atlas Fotográfico de Procedimentos de Enfermagem. 3.ª Ed. São Paulo: Artmed, 2002.
- TAYLOR et al – Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência de enfermagem. 5.ª Ed. São Paulo: Artmed, 2007. ISBN 978-85-363-0753-4.

<u>Edição atualizada e revista de:</u>

Nara Batalha - Norma de Procedimento de Enfermagem: Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Necessidade de Aspiração de Secreções (Orofaríngeas, Nasofaríngeas e Traqueobrônquicas). Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal – Equipa Docente da Unidade Curricular de Enfermagem IV, 2º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Setembro de 2015.

página intencionalmente deixada em branco

Cuidado de Enfermagem à Pessoa Ostomizada com Traqueostomia

Norma de Procedimento 05

REALIZAR CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

Celso Ribeiro
Nara Batalha

Cuidado de Enfermagem à Pessoa Ostomizada com Traqueostomia:
REALIZAR CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

Celso Ribeiro; Nara Batalha

DEFINIÇÃO:

Intervenção de enfermagem de carácter autónoma que consiste num conjunto de procedimentos realizados à pessoa com traqueostomia e que visam a manutenção e limpeza do estoma (traqueostoma) e das cânulas, externa e interna.

OBJETIVOS:

- Manter a permeabilidade da via aérea[1];
- Prevenir complicações como a infeção e a obstrução da cânula[1];
- Promover a integridade da pele periestomal[1].

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

- A traqueostomia/traqueotomia é um procedimento cirúrgico que consiste na abertura da traqueia para o exterior, utilizado no tratamento de inúmeras patologias, com a finalidade, de manter a permeabilidade das vias áreas[2];
- A inserção da traqueostomia deverá ser entre o segundo e o terceiro anel ou, entre o terceiro e o quarto anel da traqueia, a inserção a nível do primeiro anel deverá ser evitada pelo risco aumentado de estenose subglótica[3];
- É comummente utilizado nas pessoas em situação crítica. No entanto, pessoas traqueostomizadas, são uma realidade, não só nas unidades de cuidados intensivos, como também, nos restantes serviços de saúde e no domicílio[2];
- A realização de ostomias respiratórias no adulto deve ser considerada em determinadas condições das complicações das seguintes situações clínicas: Doença inflamatória aguda ou edema angioneurótico; Doença inflamatória crónica (sífilis, doença granulomatosa e doenças do colagénio); Traumatismos faciais ou cervicais; Corpos estranhos faringolaríngeos; Estenose laríngea (glótica ou subglótica) e estenose traqueal; Controlo da ventilação em cirurgia de cabeça e pescoço; Insuficiência respiratória crónica; Entubação traqueal por mais de 5 dias (permanências longas em ventilador, quando há previsão de uso de ventilador após o 5º ou 7º dia de intubação orotraqueal, ou sendo indispensável a sedação da pessoa); Síndrome de apneia obstrutiva do sono; Obstrução aérea por retenção de secreções, ventilação ineficaz ou ambas; Paralisia bilateral das cordas vocais; Patologia neurológica e doenças degenerativas neuromusculares; Edema pós-radioterapia; Tumores da cavidade oral, faríngeos ou laríngeos (malignos/benignos; intrínsecos/extrínsecos)[4].

Antes do procedimento:

- Consulte o processo clínico e o processo de enfermagem para conhecer o estado clínico e nível de dependência da pessoa[1];
- Utilize técnica asséptica durante a permanência dos pontos de sutura do traqueostomia[1];
- O procedimento deve ser realizado no turno da manhã/de acordo com protocolo do serviço e sempre que necessário (SOS)[1];
- Se possível, incentive a pessoa a realizar higiene oral, ou substitua-a, se necessário[1];
- Incentive a pessoa a realizar inspirações e expirações profundas e a tossir para eliminar secreções antes do início dos cuidados[1];
- Verifique regularmente a pressão do cuff (e obrigatoriamente, antes do início do procedimento), se for uma cânula com cuff[1].

Durante o procedimento:

- Mantenha a fixação da cânula externa durante a limpeza do estoma e substituição da cânula interna, no sentido de evitar oscilação que desencadeia o reflexo de tosse e a exteriorização da cânula (decanulação)[1];
- Utilize técnica asséptica nos serviços de saúde (numa situação de traqueostomia definitiva, por condição crónica, as recomendações são de só utilizar técnica limpa)[1];

  Notas:
  - A substituição da cânula externa é realizada por médicos[4];
  - Se possível, utilizar pensos absorventes próprios para as traqueostomias[4];
  - Substituir a fita de nastro fixadora da cânula externa, sempre que necessário[4];
  - Em caso de pessoas a alimentar-se por via entérica, assegurar que o cuff foi insuflado previamente e, assegurar que apresenta cânula interna não fenestrada[4];
- Mantenha a pressão do cuff endotraqueal entre 20 cm a 30 cm H_2O[5];
- Pondere a necessidade de realizar hiperoxigenação (utilizando oxigénio a 100% por meio de um ambu de reanimação manual por 30 a 60 segundos), antes de iniciar a aspiração de secreções traqueobrônquicas[1].

MATERIAL NECESSÁRIO:

Procedimento Geral

- 2 Kit(s) de penso;
- Cânula interna de utilização temporária;
- Solução de Peróxido de Hidrogénio (H_2O_2);
- Soro fisiológico (NaCl 0,9%) - ampola de 10ml;
- 2 taças esterilizadas;
- Compressas esterilizadas ou penso de traqueostomia;
- Luvas esterilizadas;
- Fita de nastro (1 m);
- Luvas não esterilizadas;
- Máscara com viseira;
- Avental / Bata descartável;
- Cufómetro (caso exista)

Figura 1 – Material para Cuidados de Manutenção de Traqueostomia.

CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1- Informe a pessoa/família (se necessário), sobre o procedimento, clarifique eventuais dúvidas/questões e obtenha consentimento;	1. Garante direito à informação e ao consentimento informado;
2- Explique o procedimento à pessoa, e peça a sua colaboração, caso esteja consciente;	2. Diminui a ansiedade, respeita o direito ao consentimento e assegura a participação /colaboração da pessoa no procedimento;
3- Lave as mãos;	3. Previne a infeção;

CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
4- Posicione a pessoa em semifowler;	4. Facilita a execução da técnica. Promove o conforto, a ventilação e a redução do esforço da pessoa;
5- Coloque o resguardo sobre o tórax da pessoa;	5. Protege a pessoa;
6- Lave higienicamente as mãos;	6. Previne a infeção;
7- Coloque máscara de procedimento/viseira e Avental / Bata descartável;	7. Previne a contaminação do enfermeiro ou protege a pessoa (conforme o caso);
8- Aspire secreções traqueobrônquicas, se necessário, utilizando técnica asséptica - Consultar a NP: ASPIRAR SECREÇÕES TRAQUEOBRÔNQUICAS	8. Garante a permeabilidade da via aérea; Facilita a respiração; Previne infeção.
9- Higienize as mãos;	9. Previne a contaminação;
10- Calce luvas limpas;	10. Utiliza barreira protetora. Previne a contaminação;
11- Retire o penso existente no traqueostoma;	11. Assegura a continuidade do procedimento;
12- Remova as luvas contaminadas e lave higienicamente as mãos;	12. Previne a contaminação e a infeção;

CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA - CÂNULA INTERNA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
13- Abra o 1º Kit de penso: a) Abra os invólucros das taças esterilizadas e coloque-as no kit; b) Deite os solutos separadamente em cada uma das taças (SF numa e H_2O_2 na outra); c) Abra o invólucro da cânula interna de substituição temporária e coloque-a no Kit; d) Abra compressas esterilizadas (se não forem suficientes as existentes no kit)	13. Garante princípios de assepsia durante o procedimento.

CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA - CÂNULA INTERNA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**

Figura 2 – Primeiro Kit e Cânula de Utilização Temporária.

14- Calce luvas Limpas;	14. Assegura a continuidade do procedimento;
15- Desadapte temporariamente a fonte de O2 ou do ventilador;	15. Facilita o acesso à cânula interna;
16- Retire a cânula interna e coloque-a submersa na taça com H_2O_2;	16. Facilita a remoção de secreções acumuladas nas paredes da cânula interna
17- Coloque a cânula de utilização temporária e readapte a fonte de O2 ou do ventilador; <u>Nota:</u> assegure-se que ao colocar a cânula de utilização temporária não compromete a esterilidade do dispositivo.	17. Assegura a continuidade do suporte de O2/ventilação; Garante a assepsia no procedimento; Previne Infeção;

Figura 3 - Cânula interna submersa na taça com H2O2. Pessoa com cânula de utilização temporária adaptada a fonte de O2.

CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA - CÂNULA INTERNA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
18- Calce Luvas Esterilizadas	18. Garante assepsia na manipulação dos materiais de dispositivos presentes no campo do Kit e pensos.
19- Retire a Cânula interna da solução de H_2O_2 e mergulhe-a na taça com Soro Fisiológico: (NaCl 0,9%);	19. Elimina os vestígios da solução de limpeza e vestígios de secreções;
20- Passe uma compressa esterilizadas com Soro Fisiológico no interior da cânula interna (utilize escovilhão se disponível);	20. Elimina resíduos da solução de H_2O_2 e de secreções, nas paredes da cânula interna;
21- Seque o interior da cânula interna com compressas esterilizada secas;	21. Elimina resíduos do SF: NaCl 0,9%; Garante a secagem da cânula interna;

Figura 4 – Limpeza e Secagem do Interior da Cânula Interna.

22- Deixe a cânula interna, agora seca, em cima de uma compressa esterilizada no campo do Kit de pensos.	22. Preserva a assepsia na manipulação da cânula
23- Retire as luvas esterilizadas (entretanto contaminadas) e calce novas luvas limpas	23. Garante a continuidade do procedimento; Previna a contaminação dos dispositivos;
24- Desadaptar a fonte de O_2/ Ventilador e retire a cânula de utilização temporária;	24. Assegura a continuidade do procedimento; Garante a assepsia no procedimento;
25- Coloque a cânula interna e volte a adaptar a fonte de O2/ventilador	25. Assegura a continuidade do suporte de O_2/ventilação;
26- Remova as luvas e avental / bata descartável e lave higienicamente as mãos;	26. Assegura condições de segurança no procedimento; Previne contaminação;

CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA - REGIÃO PERI ESTOMA E CÂNULA EXTERNA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
27- Abra o 2º Kit de penso;	27. Permite assegurar os cuidados ao estoma da traqueostomia;
28- Calce luvas limpas;	28. Utiliza barreira protetora. Previne a contaminação.
29- Proceda à limpeza do pavilhão da cânula externa[1] se apresentar secreções, com compressas esterilizadas com S.F. e seque com compressas esterilizadas secas;	29. Garante a limpeza do pavilhão da cânula externa; Elimina resíduos de secreções e da solução de limpeza;

Figura 5 – Limpeza e Secagem da Cânula Externa.

30- Observe as características do estoma e pele circundante;	30. Permite avaliar o estado cicatricial do estoma[2];
31- Proceda à limpeza do estoma com compressas esterilizadas com soro fisiológico, as vezes que forem necessárias, para remover a totalidade das secreções aí existentes. Não instilar soro no estoma;	31. Previne contaminação;
32- Realizar a limpeza em torno do estoma, sem fricção;	32. Previne infeção; Permite cicatrização do estoma;
33- Seque bem a pele periestomal, com compressas esterilizadas secas.	33. Assegura a proteção da pele periestomal;

[1] Atenção, que existem cânulas suturadas à pele.

[2]Vigiar coloração, cheiro e quantidade de exsudado. Caso se observe, agravamento do rubor ou exsudado na região periestomal ou estoma, contactar/comunicar ao médico.

CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA - REGIÃO PERI ESTOMA E CÂNULA EXTERNA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**

Figura 6 – Limpeza e Secagem da Região Periestomal.

34- Coloque compressas esterilizadas secas ou penso de traqueostomia;	34. Previne maceração da pele;
35- Desaperte a fita de nastro antiga. Coloque a fita de nastro nova. Retire a fita de nastro antiga, apenas quando a nova fita estiver apertada;	35. Previne complicações;

Figura 7 –Substituição da Fita de Nastro.

36- Substitua a fita de nastro sempre que necessário;	36. Proporciona conforto; Previne a infeção;
37- Limpe e hidrate a pele da região cervical anterior e posterior, com particular atenção para as regiões da pele que ficam sujeitas à maceração provocada pelas fitas de nastro;	37. Assegura proteção da pele; Previne maceração da pele;

CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA - REGIÃO PERI ESTOMA E CÂNULA EXTERNA	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
38- Remova as luvas e o avental / bata descartável e lave higienicamente as mãos;	38. Previne a contaminação;
39- Assegure a fixação da cânula, mantendo o espaço de um dedo entre as fitas de nastro;	39. Promove conforto à pessoa; Previne congestão venosa; Previne maceração da pele;
40- Confirme a pressão do cuff utilizando o cufómetro, mantendo as pressões entre 25 e 30 cm H_2O;	40. Previne complicações secundárias da traqueostomia na traqueia (traqueomalácia)
41- Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado;	41. Promove a arrumação; Previne acidentes; Cumpre normas de separação de resíduos;
42- Registe e documente os resultados: • Características do estoma e região circundante. • Características das secreções. • Alterações observadas.	42. Permite monitorizar; Confirma a realização do procedimento; Identifica quem o executou.

REFERÊNCIAS:

- BOLING, B & KORNUSKY. J. *Tracheostomy Care: Providing.* Ipswich – Massachusetts: CINAHL Nursing Guide - EBSCO Publishing, 2017. Obtido a 06 de janeiro de 2020 de Nursing Reference Center: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703833&site=nrc-live.
- THELAN *et al* – Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção. 5.ª Ed. Lisboa: Lusodidactica, 2008.
- VALLAMKONDU, V; VISVANATHAN, V – Ckinical Review of Adult Tracheostomy. Clinical Feature. 2011. 25 (5) 172-176.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Indicações Clínicas e Intervenções nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Departamento da Qualidade na Saúde, 2016. Obtido a 09 de Dezembro de 2019. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112016-de-28102016-pdf.aspx.
- KUCAN *et al* – The Influence of the Endotracheal Tube Cuff on the Occurrence of the Ventilator-associated Pneumonia. 2015. Obzornik zdravstvene nege, 49(3), pp. 222–232.
- ACSS – Manual de Normas de Enfermagem: procedimentos técnicos. Lisboa: 2011. p. 122 - 125.
- BOLANDER, Verolyn – Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. 1.ª Ed. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- CAMPOS, Ana et al – Manual de Normas e Procedimentos Técnicos de Enfermagem.Lisboa: Ed. Ministério da Saúde, 2001. ISBN 972-97200-1-0.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Recomendações para a Prevenção da Infeção Respiratória em Doente Ventilado. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004.
- ELKIN et al - Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. 2.ª Edição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-96-7.
- INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE - Normas para cuidados em alterações do aparelho Respiratório. Manual de Normas de Procedimentos Técnicos de Enfermagem.

Norma de Traqueostomia. Capitulo III –Norma 3. p. 1-7. Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e de Gestão. Ministério da Saúde. 2001.

- MACINTYR *et al*. - Evidence-based Guidelines for Weaning and Discontinuing Ventilatory Support: a collective task force facilitated by the American College of Chest Physicians; the American Association for Respiratory Care; and the American College of Critical Care Medicine American College of Chest Physicians; American Association for Respiratory Care; American College of Critical Care Medicine. Chest, 2001. 120 (6 Suppl): p. 375S-395S
- NUNES, Lucília; RUIVO, Alice – Manual 2006: técnicas de enfermagem. Vol. I de III. Setúbal: Escola Superior de Saúde, 2006.
- OE – Parecer Conjunto N.º 03/2017. Conselho de Enfermagem (CE) e Conselho Jurisdicional (CJ): aspiração de secreções. Lisboa: 2017.
- PHIPPS et al – Enfermagem Médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença. Vol. II. 6.ª Ed. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2.
- PILGRIM, J, & KARAKASHIAN, AL. *Tracheostomy Tubes: Suctioning Using an Open System - Nursing Practice and Skill.* Ipswich – Massachusetts: CINAHL Nursing Guide - EBSCO Publishing, 2018. Obtido a 6 de janeiro de 2020 de Nursing Reference Center: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T706734&site=nrc-live
- SWEARINGEN; HOWARD – Atlas Fotográfico de Procedimentos de Enfermagem. 3.ª Ed. São Paulo: Artmed, 2002.
- TAYLOR et al – Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência de enfermagem. 5.ª Ed. São Paulo: Artmed, 2007. ISBN 978-85-363-0753-4.

Edição atualizada e revista de:

Miguel Oliveira - Norma de Procedimento de Enfermagem: Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Trequeostomia. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal – Equipa Docente da Unidade Curricular de Enfermagem IV, 2º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Novembro de 2015.

Cuidado de Enfermagem à Pessoa Ostomizada com Colostomia/Ileostomia

Norma de Procedimento 06

COLOCAR E TROCAR DISPOSITIVOS DE ELIMINAÇÃO DE COLOSTOMIA / ILEOSTOMIA

Lino Ramos

Rui Inês

DEFINIÇÃO:

Intervenção de enfermagem de caráter autónomo que consiste na colocação / substituição de dispositivos de eliminação de colostomia / Ileostomia e cuidados ao estoma e região periestomal.

– Uma colostomia é uma abertura cirúrgica do cólon ascendente, transversal ou descendente para a parede abdominal criada, de forma temporária ou permanente/definitiva, para drenagem de resíduos fecais que variam, na sua consistência, de fezes líquidas a fezes moldadas e duras.

- Uma ileostomia é uma abertura cirúrgica do íleo (isto é, a seção distal do intestino delgado) para a parede abdominal criada, de forma temporária ou permanente/definitiva, para drenagem de resíduos fecais, geralmente fezes líquidas.

OBJETIVOS:

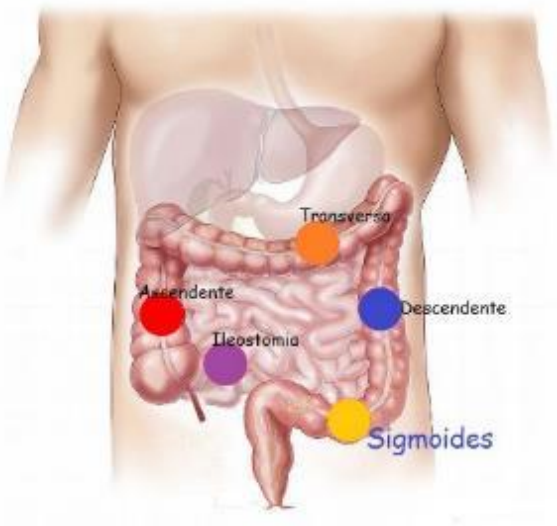
- Promover autonomia no processo de eliminação intestinal na pessoa colostomizada / ileostomizada;
- Promover conforto e a segurança;
- Garantir a integridade do sistema de eliminação de uma peça, ou de duas peças e sua adaptação à pele periestomal;
- Garantir a integridade do estoma e da pele periestomal;
- Prevenir infeção e outras complicações;
- Garantir a capacidade de contenção de fezes no saco.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

- Reveja os seus conhecimentos da anatomia e fisiologia do sistema gastrointestinal e sobre indicações comuns para uma colostomia / ileostomia.
- Assegure-se da sua capacidade de avaliar o estoma de um paciente bem como de identificar precocemente alterações e/ou complicações que careçam de abordagem e encaminhamento:
  - Os estomas são tipicamente vermelho-rosados, húmidos e quentes ao toque. Podem sangrar quando esfregados vigorosamente e não têm sensibilidade. Podem apesentar-se edemaciados logo após a cirurgia, mas é esperado que o edema diminua, gradualmente, ao longo do tempo.
  - Um estoma de cor cinza, púrpura ou preto é sinal de alarme pois indica compromisso do fluxo sanguíneo local e possível necrose tecidular. A pessoa com estes sinais deve ser encaminhada para o seu médico assistente.
  - A presença de algumas gotas de sangue na limpeza de um estoma geralmente não constitui problema. Um fluxo contínuo ou constante de sangue que não pare com pressão direta, aplicação de gelo e / ou aplicação de nitrato de prata, deve ser relatado com urgência ao médico assistente.

- Na ileostomia, o conteúdo fecal contém uma concentração maior de enzimas digestivas do que as encontradas nas fezes proveniente de colostomia. A dermatite de contato é por isso mais comum em pessoas com ileostomia do que em pessoas com colostomia.
- A dor, a dermatite periestomal e as infeções cutâneas (foliculite, candidíase) periestomais, estão entre as complicações mais frequentes e devem-se sobretudo a lesões da pele causadas pelo contato com a fezes. Quando presentes, estas complicações devem ser abordadas do ponto de vista terapêutico, considerando-se: analgesia sobretudo prévia à substituição dos dipositivos de eliminação; aplicação de barreiras que promovam a adaptação da placa à pele (de forma particular em estomas retraídos, ou com irregularidades na pele periestomal) e que protejam esta última do contacto com as fezes; a utilização de anti-infeciosos sistémicos, se indicado. A correta medição e corte da placa, que promova a sua adaptação e proteção da pele periestomal são relevantes, quer na prevenção destas complicações, quer na sua abordagem.
- O prolapso do estoma (quando o intestino se projeta para fora do estoma para além do nível da pele) a as Hérnias perístoma (que podem ocorrer quando a fraqueza relacionada à ostomia na parede abdominal permite que os órgãos abdominais - geralmente o intestino - se projetem, através do defeito fascial ao redor do estoma e no tecido subcutâneo) devem ser reportadas ao médico assistente para avaliação e eventual correção cirúrgica.
- A Estenose (ou seja, estreitamento do estoma no nível da pele ou abaixo dela) que, se agrave, pode causar obstrução à saída das fezes. Deve ser reportada ao médico assistente para avaliação e eventual correção cirúrgica.
- Paragem na emissão de fezes ou flatos em ostomia previamente funcionante deve ser igualmente valorizado.

- A eliminação por uma colostomia inclui fezes, que variam em consistência, de fezes duras e moldadas a fezes líquidas (dependendo do tipo de colostomia) e flatos.
  - Numa pessoa com uma colostomia ascendente (ou seja, uma abertura cirúrgica no cólon ascendente, a primeira seção do intestino grosso), em que o estoma está localizado no lado direito do abdômen, o conteúdo fecal é líquido.
  - Numa pessoa com colostomia transversal (isto é, uma abertura cirúrgica na seção intermediária/transversa do intestino grosso), na qual o estoma está localizado na parte superior do abdômen, o conteúdo fecal será mais semilíquido e moldado.
  - Numa pessoa com uma colostomia descendente ou sigmoide (ou seja, uma abertura cirúrgica na última seção do intestino grosso), na qual o estoma está localizado no lado esquerdo do abdómen, o conteúdo fecal será mais consistente. Podem ocorrer casos de presença de fezes duras e obstipação.
- A eliminação por uma ileostomia, inclui conteúdo fecal de fezes líquidas e flatos.



https://www.google.com/search?q=colostomias&tbm=isch&ved=2a

Figura 1 - Locais de ostomias e sua designação.

- Conheça os vários dispositivos de eliminação disponíveis, suas características e indicações de utilização.
    - Os dispositivos de eliminação devem ser capazes de se adaptar firmemente à pele e conter a saída de conteúdo fecal e flatos.
    - Devem ser pouco lesivos para a pele e fáceis de remover.
    - Os sistemas de eliminação de colostomia e de ileostomia estão disponíveis como dispositivos de uma, ou de duas peças.
    - Os sistemas de peça única são descartáveis (isto é, não reutilizáveis); a placa adesiva da pele e o saco são fornecidos juntos como uma unidade. Quando o saco é removido e substituído, a placa cutânea também é removida.
    - Os sistemas de duas peças compreendem uma placa cutânea e um saco fornecidos separadamente (mas de diâmetro correspondente); o saco pode ser descartável ou reutilizável. A placa cutânea não precisa ser removida toda a vez que um novo saco é colocado; podendo ser mantida no local por vários dias (3 a 7 dias), a menos que fique suja ou que se desadapte da pele.
    - Os componentes dos sistemas de duas peças podem ser conectados de várias maneiras, habitualmente com um sistema de 'clique' composto por dois anéis, em que um faz parte da placa cutânea e o outro faz parte do saco (ver fig.2). Alguns modelos mais recentes usam adesivo, ou outros mecanismos para garantir a união das duas partes.
    - Alguns sacos de colostomia e de ileostomia têm filtros de carvão, que permitem a libertação de gás lentamente e ajudam a diminuir o odor do gás, sem permitir a saída de conteúdo fecal através do filtro. Estes filtros deverão ser protegidos do contacto com a água, nomeadamente nos cuidados de higiene (uma vez que molhados, perdem a sua qualidade de ação).

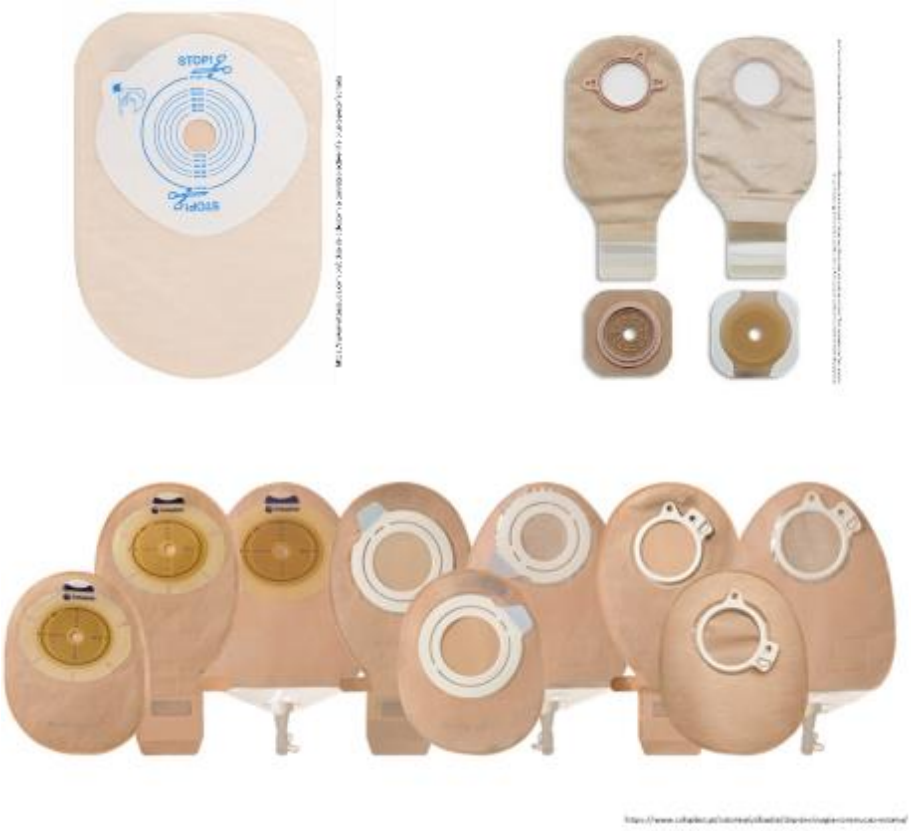


Figura 2 – Exemplos de dispositivos de eliminação de colostommia e de Ileostomia.

- Os sacos de ileostomia e alguns de colostomia (particularmente para colostomia ascendente) podem ter uma abertura no fundo, que pode ser usada para drenar o conteúdo fecal líquido.
- Os sacos fechados devem ser removidos e descartados e geralmente são usadas por pacientes com colostomias descendentes ou sigmoides, nas quais as fezes são mais consistentes.

- Relativamente à frequência de substituição:
    - A maioria das pacas cutâneas (em sistemas de duas peças) é projetada para ser trocada a cada 3 a 7 dias, mas alguns sistemas devem ser substituídos diariamente (WOCN, 2012). Fatores individuais como tipo de estoma, localização, tipo de conteúdo fecal, tipo de sistema de sacos, nível de atividade e a configuração corporal a pessoa, podem afetar a frequência com que os sistemas são trocados.
    - Para evitar a quebra da integridade do sistema de eliminação a exteriorização de fezes, o sistema / saco deve ser esvaziado / trocado quando estiver entre um terço e metade da sua capacidade (WOCN, 2012; UOAA, 2017)
- Reveja o protocolo específico do Serviço/Unidade para tratamento de ostomias, se disponível.
- Reveja as instruções do fabricante para todo o equipamento a ser utilizado e verifique se está em boas condições de funcionamento.

- Escolha trocar o sistema de eliminação, numa hora do dia em que haja menos produção de conteúdo fecal no estoma (por exemplo, de manhã cedo, antes de o paciente consumir alimentos ou bebidas).
- Consulte o processo clínico da pessoa, de forma a conhecer a sua história clínica. Atente a aspetos como: alergias (por exemplo, ao látex, medicamentos e outras substâncias). Use materiais alternativos, conforme apropriado.
- Avalie conhecimento, ansiedade e *coping* da pessoa / família em relação aos cuidados com a ostomia.
- Verifique se pessoa e/ou família estão recetivos e preparados para realizar os cuidados à colostomia / ileostomia e ensine em conformidade. Explique detalhes dos cuidados com ostomia, sempre que se diagnostique deficit de conhecimentos, a pessoa revele interesse e no sentido da sua autonomia / capacitação no autocuidado. Responda a questões e forneça apoio emocional, conforme necessário.
- Se o paciente for atendido em casa ou estiver na iminência de regressar a casa, verifique se a pessoa e/ou a sua família estão preparados para executar todos os componentes do tratamento de ostomia; instrua o paciente e/ou a família sobre os sinais e sintomas clínicos que devem motivar a procura de um profissional de saúde (enfermeiro; estomoterapeuta; médico assistente).
- Incentive a discussão sobre a alteração da imagem corporal, problemas de disfunção sexual e outros problemas de ajuste. Solicite encaminhamento se apropriado.
- É importante que o enfermeiro, ou outro cuidador, não reajam negativamente ao odor ou aparência do conteúdo fecal da ostomia. Essa reação dos cuidadores pode agravar os sentimentos negativos do paciente sobre sua ostomia.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Luvas limpas;
- Resguardo descartável;
- Compressas limpas;
- Placa e/ou saco (sistema de uma peça ou de duas peças);
- Tesoura de pontas redondas;
- Régua de diâmetro do estoma;
- Espelho;
- Sabão neutro (sem associação de óleos, cremes ou perfumes);
- Bacia com água tépida;
- Avental;
- Lixo (preto ou branco de acordo com a situação).

Colocar e Trocar Dispositivos de Eliminação de Colostomia / Ileostomia	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Identifique a Pessoa.	1. Garante a segurança e a qualidade dos cuidados; previne erros.
2. Explique o procedimento à pessoa/cliente e peça o seu consentimento e colaboração.	2. Diminui a ansiedade, respeita o direito ao consentimento, promove aprendizagem da pessoa e assegura a sua colaboração no procedimento.

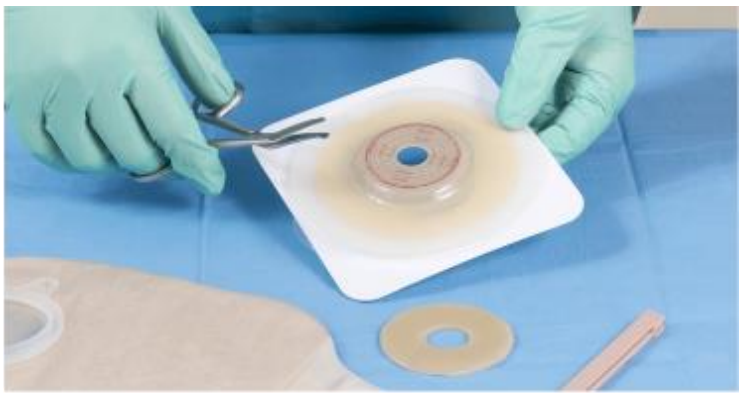
Colocar e Trocar Dispositivos de Eliminação de Colostomia / Ileostomia	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
3. Lave higienicamente as mãos.	3. Previne infeção.
4. Reúna o material necessário e transporte para a unidade da Pessoa.	4. Garante condições para a realização do procedimento; melhora a gestão dos cuidados.
5. Crie condições de privacidade para a pessoa na realização do procedimento (feche a porta do quarto / corra as cortinas da unidade).	5. Respeito pelos direitos da pessoa; cria ambiente favorável à expressão de dúvidas, problemas.
6. Posicione a pessoa em posição de semifowler; e de forma a que, querendo, possa observar e aprender o procedimento. <u>Nota:</u> Recorra a um espelho, se necessário, para facilitar a visualização. Se for a pessoa a realizar o autocuidado, decida com esta o posicionamento mais favorável para o realizar.	6. Favorece a realização do procedimento pelo próprio ou pelo enfermeiro; Permite a visualização do cuidado e a aprendizagem pela pessoa.
7. Calce as luvas.	7. Previne a contaminação / infeção.
8. Coloque o resguardo sob a região abdominal.	8. Protege os lençóis da cama.
9. Inspecione a placa e o saco quanto à sua integridade e ajuste (à pele e entre as peças), assim como ao período de tempo no local. **A -** Se identificar compromisso da integridade do sistema de eliminação, com saída de conteúdo fecal, mude saco e placa. **B -** Se o sistema de eliminação estiver integro e for um dispositivo de duas peças mude o saco, sempre que o volume fecal o indique (1/3 a 1/2 da capacidade do saco) e a placa a cada 3-7 dias, dependendo do tipo de ostomia e das necessidades do paciente. Considere a este nível o protocolo da instituição. **C-** Se o sistema de eliminação estiver integro e for um dispositivo de uma peça mude saco e placa, sempre que o volume fecal o indique (1/3 a 1/2 da capacidade do saco).	9. Permite avaliar e decidir de forma adequada; Permite garantir a integridade do sistema de eliminação; permite substituir a componente do sistema (saco e/ou placa) de forma adequada.
9.1 Quanto retirar saco (em dispositivos de uma peça ou de duas peças) faça-o no sentido favorável à ação da gravidade (de cima para baixo)	9.1. Garante a continuidade do procedimento o previna a saída de fezes do saco.

Colocar e Trocar Dispositivos de Eliminação de Colostomia / Ileostomia	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
Nota: Quando estiver a retirar o saco, num dispositivo de duas peças, contenha a placa contra a pele com o indicador e o polegar da outra mão.	Previna a desadaptação da placa cutânea, quando queremos que esta se mantenha bem aderente e ajustada à pele.

Figura 3 – Retirar dispositivo de uma peça no sentido favorável à ação da gravidade.

10. Avalie as características e a quantidade do conteúdo fecal presente no saco de ostomia antes de o descartar adequadamente.	10. Permite avaliar o padrão de eliminação intestinal; permite caracterizar o conteúdo fecal eliminado.
11. Retire a placa (quando indicado).	11. Permite dar continuidade ao procedimento.
12. Avaliar o estado do estoma e da pele periestomal quanto à cor, edema, eventual trauma, cicatrização e irritação. Observe e, quando presentes, caracterize o tipo e a extensão das áreas dolorosas, do rubor, do compromisso da integridade cutânea, das lesões e da hemorragia. <u>Nota:</u> Faça recurso a imagem quando protocolado na Instituição e com o consentimento da pessoa.	12. Permite identificar e intervir precocemente sobre eventuais complicações do estoma e/ou região periestomal; permite registar e comparar evolução.
13. Limpe a pele periestomal com compressas limpas e água tépida, tendo o cuidado de não esfrega.	13. Garante a higienização a pele; previne lesões da pele e estoma e infeção.
14. Seque suavemente a pele com compressas limpas secas (ou com toalha).	14. Promove a integridade da pele; promove a adesão da placa.
15. Coloque uma compressa limpa sobre o estoma.	15. Contém a eventual saída de fezes durante a realização das etapas seguinte do procedimento.
16. Mude de luvas limpas e lave higienicamente as mãos	16. Previne a contaminação; garante a continuidade do procedimento.

Colocar e Trocar Dispositivos de Eliminação de Colostomia / Ileostomia	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
17. Se a pele periestomal for irregular, use pasta de barreira ou anel de barreira para nivelar a superfície de contato com a placa. <u>Nota:</u> Permita o tempo de secagem da pasta (geralmente um minuto) e tenha em atenção a eventual saída de fezes (se o estoma estiver atualmente "ativo"), impedindo a conspurcação da pasta e região periestomal.	17. Promove a adaptação da placa à pele, a integridade da pele e o funcionamento do sistema de eliminação.
18. Meça o estoma usando um guia/régua de medição de diâmetro do estoma e selecione /marque, na placa, um círculo cuja medida se ajusta à do estoma mais uma margem de pelo menos 0,3 cm. <u>Nota:</u> Se o estoma tiver uma forma oval, meça o comprimento e a largura do estoma, marque as medidas na placa e desenhe a forma oval que guiará o corte.	18. Permite ajustar o corte da placa à medida do estoma; Promove a proteção da pele na região periestomal e a adesão da placa à pele.
19. Use uma tesoura de pontas redondas para cortar, na placa, a abertura de tamanho apropriado (determinada no ponto anterior).	19. Permite ajustar o corte da placa à medida do estoma; Promove a proteção da pele na região periestomal e a adesão da placa à pele.



https://www.cuf.pt/cuf-oncologia/precisa-de-ajuda/estomaterapia

Figura 4 – Material para corte e preparação de placa em medida ajustada ao estoma.

20. Retire o protetor da face aderente da placa e segure-a de forma a não tocar na face aderente (agora a descoberto).	20. Garante as condições para a aplicação da placa na pele; mantém as condições de aderência da placa.
21. Aplique a placa sobre a região periestomal (com o limite da margem da abertura definida de cerca de 0,3 cm do estoma) e pressiona firmemente.	21. Garante condições para adaptação da placa na pele; Promove a proteção da pele na região periestomal.

Colocar e Trocar Dispositivos de Eliminação de Colostomia / Ileostomia	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
Adapte a placa, pressionando com os dedos do centro para a periferia, passando por toda a placa, para promover a sua adaptação firme à pele.	
22. Adapte o saco à placa (se estiver a usar um dispositivo de duas peças) e assegure-se (puxando suavemente o saco) de que as peças ficam devidamente adaptadas. <u>Nota:</u> Nos dispositivos de duas peças que tem sistemas de segurança, certifique-se de que ficam devidamente colocados/fechados.	22. Garante a integridade do sistema de eliminação de duas peças; permite identificar eventuais falhas na adaptação entre o saco e a placa e/ou entre a placa e a pele.

Figura 5 – Modo de adaptação de dispositivos de 2 peças com sistema composto por anéis.

23. Retire as luvas.	23. Permite dar continuidade ao procedimento.
24. Posicione a pessoa/cliente.	24. Proporciona conforto.
25. Providencie a arrumação do material.	25. Mantém a unidade arrumada; cumpre normas de separação de resíduos.
26. Proceda à lavagem higiénica das mãos.	26. Previne contaminação / infeção.
27. Registe e documente os resultados, incluindo: data e hora; características do estoma e pele periestomal; presença de dor relatada pelo paciente na área periestomal; tipo de materiais de ostomia utilizados; medidas do estoma; quantidade e características do conteúdo fecal drenado no saco de colostomia/ileostomia; nível de participação da pessoa / família;	27. Permite monitorizar e dar continuidade aos cuidados; Confirma o procedimento; Identifica quem o executou.

Colocar e Trocar Dispositivos de Eliminação de Colostomia / Ileostomia	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
quaisquer eventos ou resultados inesperados, intervenções realizadas e se o médico assistente foi ou não notificado; fotografias (se existirem).	

REFERÊNCIAS:

1. CAPLE, Carita – **Patient Education: Teaching the Patient with a Stoma.** *Nursing Practice & Skill*. CINAHL Nursing Guide - EBSCO Publishing. 2018, octo. Obtido em 21 e fev de 2020. Disponível em: http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=20&sid=c432d9af-42d7-44f6-a9dd-c906829ec6ab%40sessionmgr101.
2. CAPLE, Carita; DEVESTY, Gina – **Fecal Ostomy Appliances: Types – An Overview**. *Nursing Practice & Skill*. CINAHL Nursing Guide - EBSCO Publishing. 2018, jan. Obtido em 20 e fev de 2020. Disponível em:http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=3&sid=c432d9af-42d7-44f6-a9dd-c906829ec6ab%40sessionmgr101.
3. DEVESTY, Gina; KORNUSKY, Jennifer – **Stoma Care: Preventing Skin Complications.** *Nursing Practice & Skill*. CINAHL Nursing Guide - EBSCO Publishing. 2018, mai. Obtido em 20 e fev de 2020. Disponível em:http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=13&sid=c432d9af-42d7-44f6-a9dd-c906829ec6ab%40sessionmgr101.
4. SANTOS, Isabel; SEIÇA, Ana et all – **Estomaterapia – O Saber e o Cuidar.** Lisboa: Lidel, 2012. ISBN 978 972 757 881 8.
5. SCHUB, Tanja; PILGRIM, Jennifer – **Ostomy Care: An Overview.** *Nursing Practice & Skill*. CINAHL Nursing Guide - EBSCO Publishing. 2018, mai. Obtido em 21 e fev de 2020. Disponível em: http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=23&sid=c432d9af-42d7-44f6-a9dd-c906829ec6ab%40sessionmgr101 .

Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Alteração do Padrão Vesical e Algaliada

Norma de Procedimento 07

REALIZAR IRRIGAÇÃO VESICAL

Nara Batalha

DEFINIÇÃO:

Intervenção de enfermagem de carácter interdependente ou autónomo que consiste na introdução e aspiração de uma solução asséptica na bexiga, através de uma seringa adaptada à sonda vesical.

OBJETIVOS:

- Manter a permeabilidade da sonda vesical[1];
- Remover potenciais fontes de obstrução tais como, coágulos de sangue ou sedimento[1];
- Irrigar a bexiga com solução terapêutica (p.ex.: antibióticos, citostáticos, meios de contraste)[1].

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

- A lavagem vesical está indicada quanto existe suspeita de obstrução da sonda vesical:
    - Pela diminuição ou ausência de débito urinário, apesar de hidratação adequada;
    - Pela distensão suprapúbica[3];
    - Por queixas de desconforto abdominal e agitação;
    - Pela persistência de perdas de urina extra-catéter / extra-algália[3];
- A lavagem vesical está também indicada:
    - Na presença de sedimento abundante, por exemplo, proveniente de uma infeção urinária;
    - Na presença de hematúria moderada ou severa (de etiologia vária e por vezes, decorrente de cirurgia geniturinária)[1];
- Sempre que se preveja a necessidade de realização de irrigação vesical contínua, ou intermitente (p.ex.: situações de hematúria franca com coágulos, ou quando a urina apresente muito sedimento), opte pela colocação de uma algália de 3 vias[2];

<u>Antes do procedimento:</u>

- Reveja os conhecimentos de anatomofisiologia do sistema urinário[1];
- Assegure a assepsia, na manipulação das conexões do sistema fechado em todo o procedimento[4];

<u>Durante o procedimento:</u>

- A solução de irrigação deve estar à temperatura ambiente (exceto, quando exista indicação contrária)[3];

- Se encontrar resistência durante a instilação e/ou não conseguir aspirar o líquido introduzido, considere a possibilidade de substituir a algália (confirmando se não existe contraindicação)[3];

Após o procedimento:

- Coloque o sistema de drenagem, abaixo do nível da bexiga, de forma a favorecer a drenagem, pela ação da gravidade[3];
- Observar as características do líquido de retorno[3].

MATERIAL NECESSÁRIO:

Tabuleiro com:

- Avental descartável;
- Seringa vesical (100 ml);
- Soro Fisiológico 0.9% de lavagem (250ml ou 500ml);
- Luvas limpas;
- Taça esterilizada (com pelo menos 15 a 20 cm, de diâmetro);
  Cuvete reniforme;
- Compressas esterilizadas;
- Resguardo;
- Saco coletor.

PROCEDIMENTO GERAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Veja o processo / plano de cuidados da pessoa para validar a prescrição e verificar se não existe contraindicação para a realização do procedimento[1,2];	1. Valida a indicação; Previne o erro e complicações;
2. Identifique a pessoa;	2. Previne erros;
3. Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração;	3. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa;
4. Lave higienicamente as mãos;	4. Previne contaminação;
5. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa;	5. Economiza tempo e facilita procedimento;
6. Posicione a pessoa, preferencialmente, em decúbito dorsal, com ligeira abdução das pernas e flexão dos joelhos[1];	6. Facilita o procedimento;

PROCEDIMENTO GERAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
7. Coloque o resguardo descartável sob a região genital;	7. Protege a roupa da cama da pessoa e promove conforto;
8. Lave as mãos;	8. Previne a infeção;
9. Abra os invólucros: da taça esterilizada; da cuvete reniforme; das compressas esterilizadas; e do saco coletor (novo) (fig. 1A). <u>Nota:</u> Se possível, mantenha este material nos respetivos invólucros, dentro do tabuleiro;	9. Facilita o procedimento;
10. Deite o soro fisiológico de lavagem para dentro da taça esterilizada (fig.1B);	10. Permite dar continuidade ao procedimento;

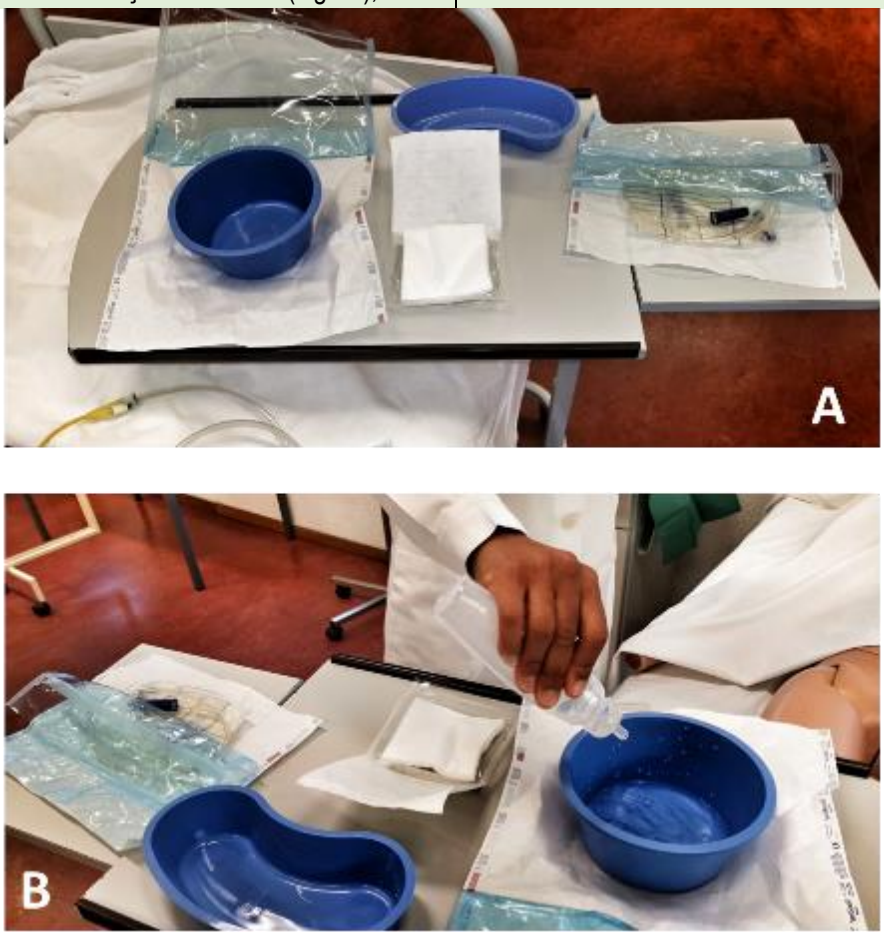


Figura 1 – Abertura dos Invólucros do Material e Disponibilização de Soro Fisiológico em Taça Esterilizada.

11. Abra a seringa vesical, mantendo-a protegida pelo invólucro;	11. Idem;

PROCEDIMENTO GERAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**

Figura 2 – Abertura da Seringa Vesical no seu Invólucro.

12. Calce as luvas limpas e coloque o avental;	12. Protege o enfermeiro;
13. Coloque a cuvete reniforme entre as pernas da pessoa;	13. Protege a pessoa;
14. Aspire cerca de 60cc ou 100cc de soro fisiológico de lavagem da taça (dependendo, se pretende remover sedimentos ou coágulos);	14. Permite obter o volume de soro na seringa para a realização do procedimento;
15. Clampe a algália, desadapte o saco coletor da algália e segure na extremidade da algália com a mão não dominante; Nota: Tenha o cuidado de não contaminar a abertura da algalia.	15. Idem;

Figura 3 – Desadaptação de Saco Coletor de Algália Previamente Clampada.

I – IRRIGAÇÃO VESICAL PARA ELIMINAÇÃO DE SEDIMENTO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
16. Com a mão dominante adapte a seringa à extremidade da sonda e instile suavemente os 60cc soro fisiológico (fig.4A);	16. Permite inserir o soro de lavagem na bexiga sem provocar lesão; permite gerar uma pressão de saída de urina e soro, favorecendo a lavagem passiva
17. Desadapte a seringa da algália e deixe sair o soro introduzido de forma passiva, para a cuvete reniforme (fig.4B); NOTA: Assegure-se que a quantidade de líquido drenado é semelhante à quantidade de líquido instilado. Tenha o cuidado de não tocar com a extremidade da algália na cuvete reniforme e seu conteúdo.	17. Permite obter a permeabilidade da sonda vesical;

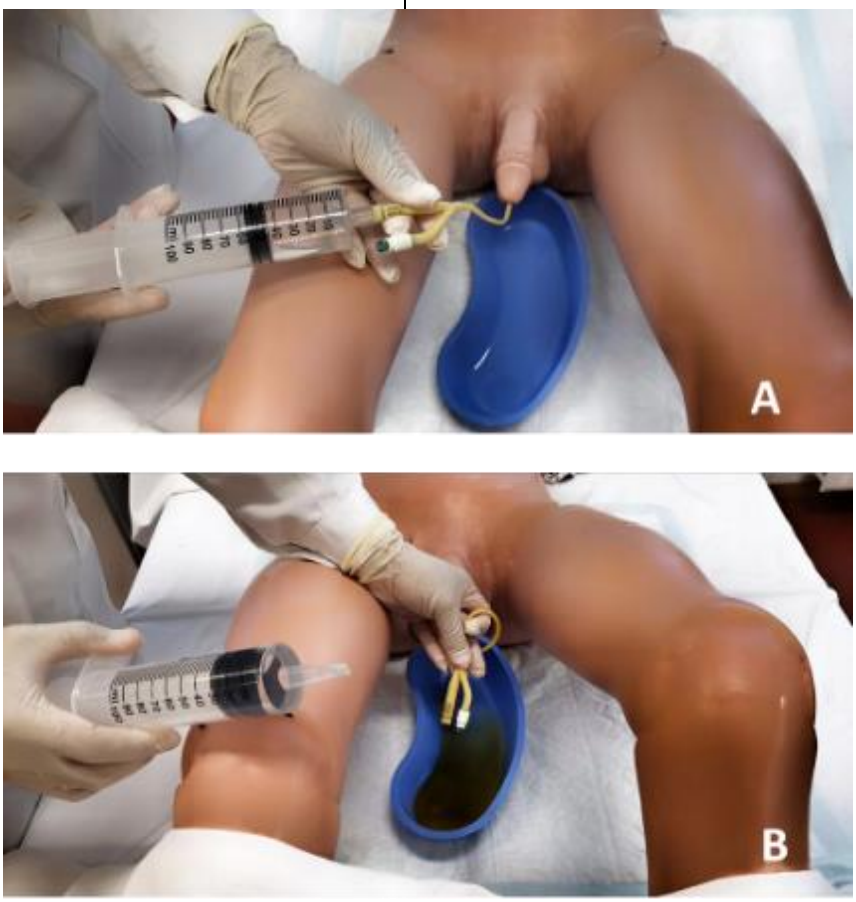


Figura 4 – Instilação de Soro Fisiológico (A) e Drenagem Passiva de Conteúdo Para Cuvete Reniforme (B).

18. Repita os dois passos anteriores até o líquido de retorno sair sem sedimento;	18. Permite obter e manter a permeabilidade da sonda vesical e da drenagem vesical contínua;
19. Adapte o novo saco coletor à algália;	19. Permite a drenagem vesical contínua; Previne contaminação
20. Retire as luvas e o avental;	20. Previne contaminação

I – IRRIGAÇÃO VESICAL PARA ELIMINAÇÃO DE SEDIMENTO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
21. Lave higienicamente as mãos;	21. Idem
22. Posicione a pessoa confortavelmente;	22. Promove o conforto da pessoa
23. Reúna e acondicione o material utilizado;	23. Promove a arrumação e previne a contaminação; cumpre normas de separação de resíduos;
24. Registe e documente os dados.	24. Confirma a realização do procedimento e identifica quem o executou.

II - IRRIGAÇÃO VESICAL PARA ELIMINAÇÃO DE COÁGULOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
Execute a sequência de 1 a 15 do procedimento geral;	
16. Com a mão dominante adapte a seringa à extremidade da sonda e instile, com alguma pressão, 100cc de soro fisiológico de lavagem (aspirado no passo 14) (fig. 5A);	16. Permite a remoção dos coágulos da bexiga;
17. Sem desadaptar a seringa, aspire o soro fisiológico instilado (fig. 5B), <u>NOTA</u>: Assegure-se que a quantidade de líquido drenado é semelhante à quantidade de líquido instilado.	17. Idem;
18. Deite o líquido de retorno aspirado na cuvete reniforme;	18. Permite dar continuidade ao procedimento;

II - IRRIGAÇÃO VESICAL PARA ELIMINAÇÃO DE COÁGULOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação

Figura 5 – Instilação de Soro Fisiológico (A) e Aspiração de Conteúdo (B).

19. Volte a aspirar 100cc de Soro fisiológico de lavagem da taça e repita os três passos anteriores até o líquido de retorno sair sem coágulos ou urina menos hemática;	19. Permite manter a permeabilidade da sonda vesical;
20. Adapte novo saco coletor à algália;	20. Mantém drenagem vesical contínua; previne contaminação;
21. Retire as luvas e o avental;	21. Previne contaminação;
22. Lave higienicamente as mãos;	22. Idem
23. Posicione a pessoa confortavelmente;	23. Promove o conforto da pessoa/cliente;
24. Reúna e acondicione o material utilizado;	24. Promove a arrumação e previne a contaminação; cumpre normas de separação de resíduos;
25. Registe e documente os dados.	25. Confirma o procedimento e identifica quem executou.

REFERÊNCIAS:

- RICHARDS, S, & WOTEN, M. *Bladder Irrigation, Open: Manual – Performing - Skill Competency Checklist.* Ipswich – Massachusetts: CINAHL Nursing Guide -EBSCO Publishing, 2018. Obtido a 06 de janeiro de 2020 de Nursing Reference Center: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T707599&site=nrc-live
- ACSS – Manual de Normas de Enfermagem: procedimentos técnicos. Lisboa: 2011. p. 126 - 131.

- CAPLE, C. & WOTEN, M. *Bladder Irrigation, Closed:Intermitent - Performing.* Ipswich – Massachusetts: CINAHL Nursing Guide - EBSCO Publishing, 2017. Obtido a 06 de janeiro de 2020 de Nursing Reference Center:https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T704452&site=nrc-live.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde, 2017.
- BOLANDER, Verolyn – Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. 1.ª Ed. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- CAMPOS et al - Manual de Normas e Procedimentos Técnicos de Enfermagem. Lisboa: Ministério da Saúde, 2001, ISBN 972-97200-1-0.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Recomendações para a Prevenção da Infeção Respiratória em Doente Ventilado. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004.
- ELKIN et al - Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. 2.ª Edição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-96-7.
- NUNES, Lucília; RUIVO, Alice – Manual 2006: técnicas de enfermagem. Vol. I de III. Setúbal: Escola Superior de Saúde, 2006.
- PHIPPS et al – Enfermagem Médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença. Vol. II. 6.ª Ed. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2.
- SWEARINGEN; HOWARD – Atlas Fotográfico de Procedimentos de Enfermagem. 3.ª Ed. São Paulo: Artmed, 2002.

Edição atualizada e revista de:

Nara Batalha; Joana Mestrinho; Paula Leal - Norma de Procedimento de Enfermagem: Cuidado de Enfermagem na Irrigação Vesical Manual. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal – Equipa Docente da Unidade Curricular de Enfermagem IV, 2º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Janeiro de 2016.

Cuidado de Enfermagem no âmbito dos Cuidados à Ferida Cirúrgica

Norma de Procedimento 08

EXECUTAR PENSO DE FERIDA CIRÚRGICA

António Freitas

DEFINIÇÃO:

Procedimento autónomo ou interdependente de enfermagem que consiste na limpeza e desinfeção de uma sutura cirúrgica, pele envolvente da sutura e possível local de inserção de dreno, colocando-lhe um penso protetor.

OBJETIVOS:

- Prevenir infeção da ferida cirúrgica;
- Manter ferida cirúrgica limpa;
- Favorecer processo de cicatrização da ferida cirúrgica

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

- Respeite a privacidade/intimidade da pessoa/cliente;
- Forneça informação à pessoa/cliente sobre o procedimento;
- Obtenha consentimento para a realização do penso;
- Verifique protocolo existente em cada unidade;
- Utilize uma compressa diferente para cada movimento de limpeza.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Luvas limpas;
- Kit de penso (caso exista), ou
- Tabuleiro com:
  - campo esterilizado;
  - compressas esterilizadas;
  - recipiente para soro fisiológico;
  - recipiente para desinfetante (se necessário);
  - pinça de kocker
  - pinça de dissecção ou luvas esterilizadas
- Soro fisiológico
- Antisséptico, se necessário
- Resguardo impermeável
- Adesivo
- Recipiente para resíduos

I - EXECUTAR PENSO DE FERIDA CIRÚRGICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Explique o procedimento à pessoa/cliente e peça o seu consentimento e colaboração;	1. Informa acerca do procedimento, obtendo o consentimento e colaboração. Diminui a ansiedade;
2. Prepare o material e transporte-o para junto da pessoa/cliente;	2. Economiza tempo e facilita o procedimento;
3. Lave higienicamente as mãos;	3. Previne infeção;

I - EXECUTAR PENSO DE FERIDA CIRÚRGICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
4. Calce luvas limpas;	4. Previne a contaminação do prestador;
5. Retire o penso, puxando o adesivo ao longo da linha de sutura; **Nota:** Se o penso estiver colado à sutura, humedeça-o com Soro Fisiológico e retire-o depois lentamente.	5. Evita tensão na sutura;
6. Observe a sutura e características do penso retirado;	6. Permite avaliar a sutura: Processo de cicatrização, sinais inflamatórios; presença de exsudado;
7. Retire as luvas;	7. Previne contaminação;
8. Abra o Kit de pensos [Consultar NP abertura de kit de penso em e-book ACS I I	8. Permite dar continuidade ao procedimento;
Se não tiver Kit de pensos: 9. Abra um campo esterilizado e coloque todo o material (esterilizado e com técnica assetica) necessário para a sua execução: – Campo esrterilizado – Pinça de disseção – Pinça de Kocher – Taça com soro – Compressas	9. Permite ter campo asséptico para colocar material e permitir o uso de técnica asséptica;

I - EXECUTAR PENSO DE FERIDA CIRÚRGICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação

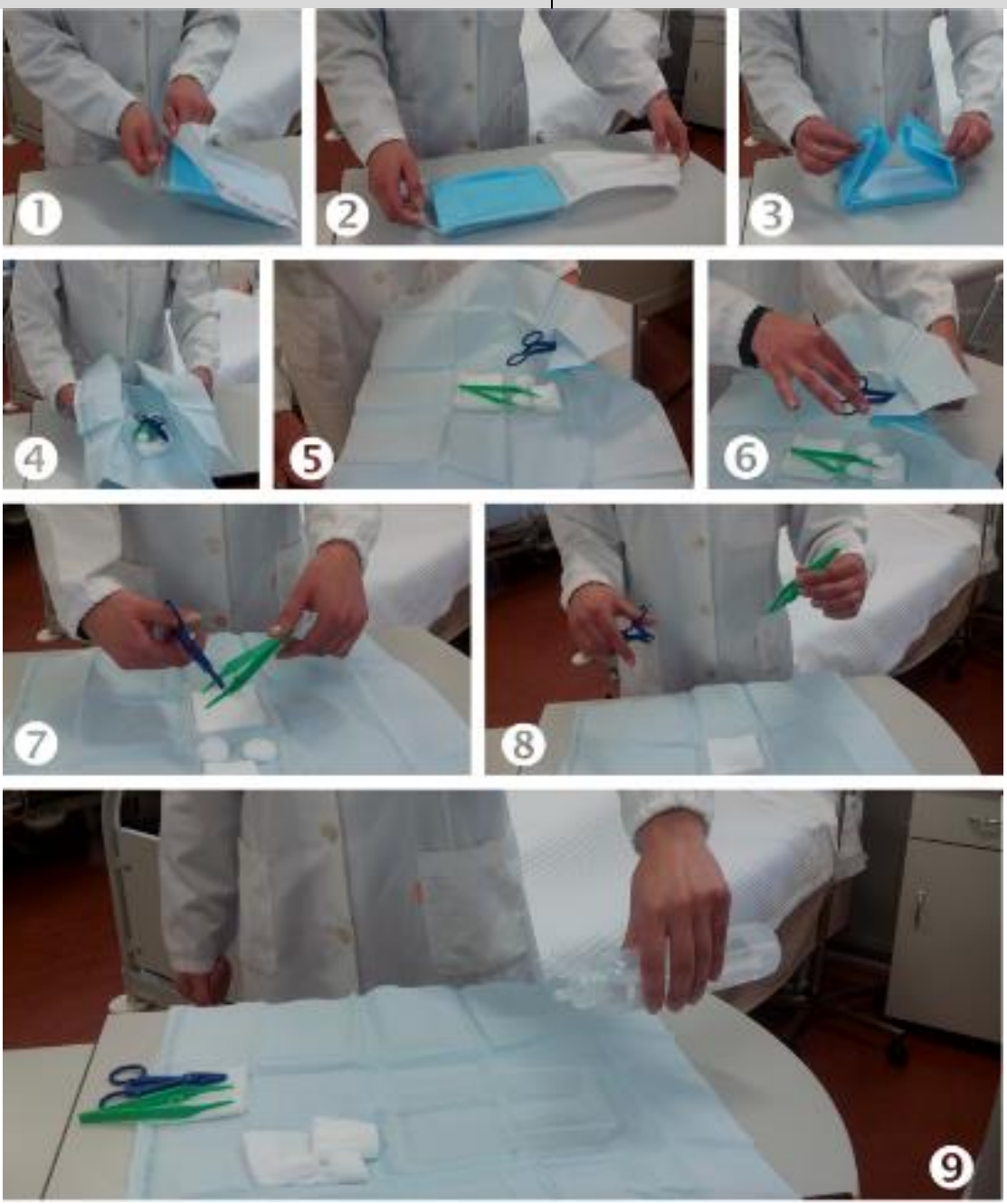
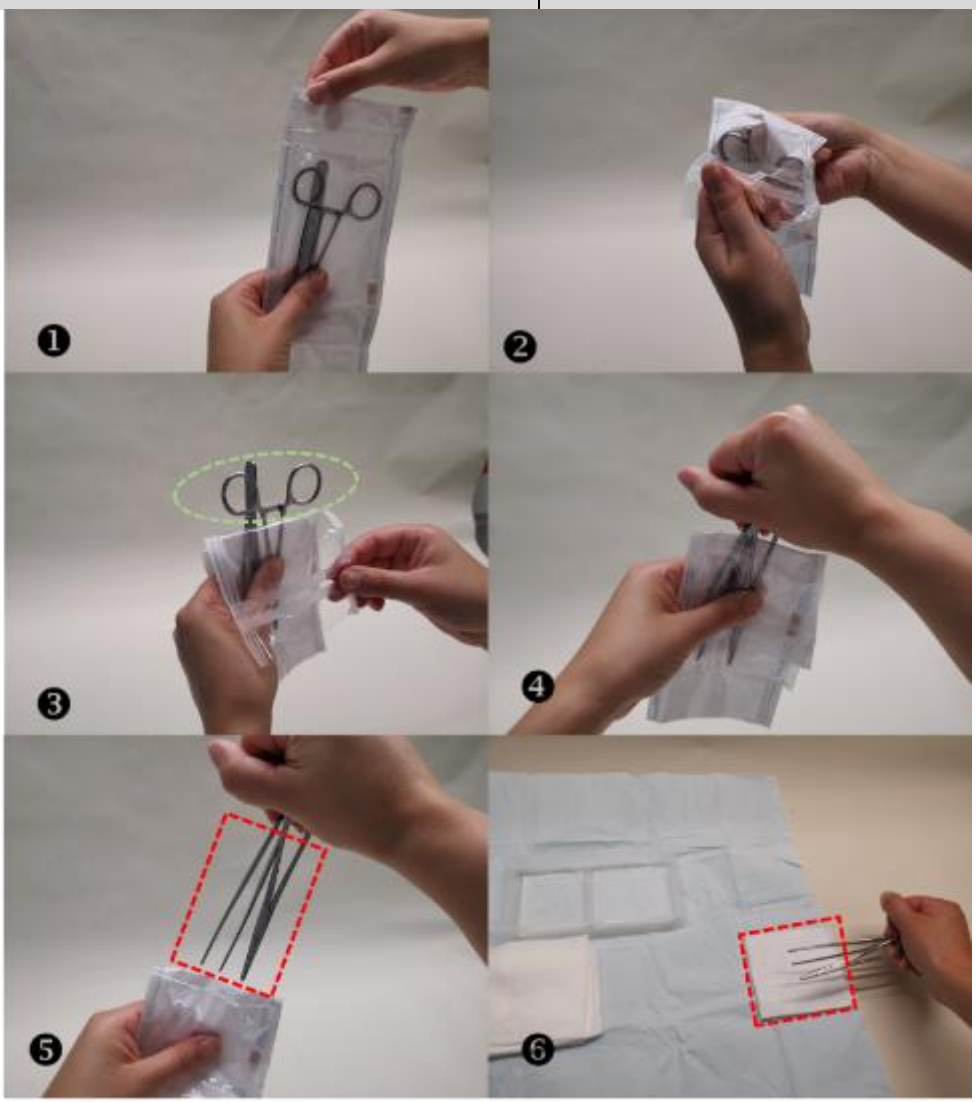
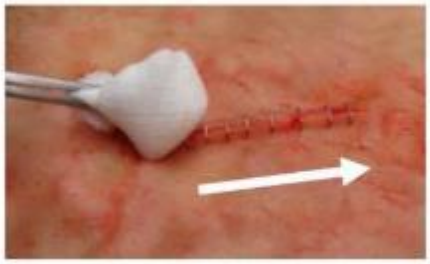
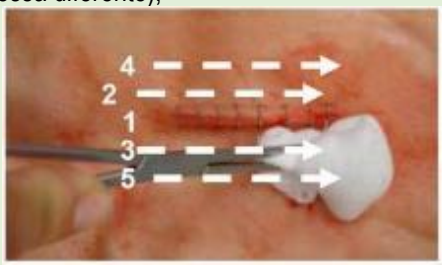
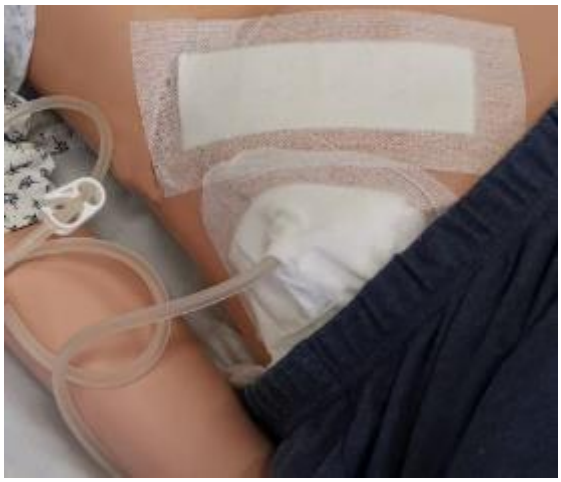


Fig 1 - Abertura das pinças em pacote estéril e a sua colocação no capo estéril]

I - EXECUTAR PENSO DE FERIDA CIRÚRGICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
 Fig 2 – Sequência da abertura de kit de pinças	
1- verifique a integridade da manga e certifique-se que as duas pinças estão colocadas na mesma orientação, ou seja, de forma que as extremidades que se podem tocar estão no topo **2**- abra a manga **3-** abra a manga expondo os aros da pinça de Kocher e a extremidade da pinça de disseção (assinalado a verde, está a área das pinças onde se pode tocar)	**4** e **5** - num movimento único retire as duas pinças mantendo a esterilidade das suas extremidades **6**- pouse as pinças no campo assegurando que somente a zona esterilizada destas fique em contacto com o campo esteril
10. Segure a pinça de Kocker na mão dominante e a pinça de dissecção na outra.	10. Permite dar continuidade ao procedimento;

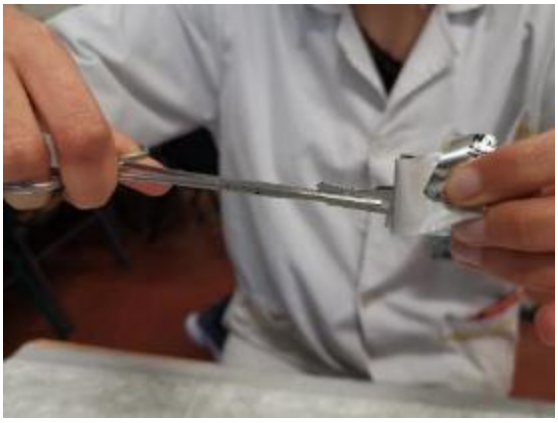
I - EXECUTAR PENSO DE FERIDA CIRÚRGICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
11. Limpe a sutura com compressa e soro fisiológico, só num sentido; 	11. Previne a propagação de microrganismos;
12. Limpe a pele envolvente da sutura, no sentido da sutura para o exterior; (cada movimento com uma compressa diferente); 	12. idem
13. Se indicado, proceda do mesmo modo com as compressas com antisséptico;	13. Elimina microorganismos causadores de infeção;
14. Secar a sutura e a pele envolvente, com compressas secas (com os mesmos movimentos utilizados na limpeza);	14. Mantém a sutura e a pele circundante secas;
15. Tapar com compressas secas, colocando cada compressa sobre 2/3 da anterior; fixar com adesivo; Fixe com adesivo. 	15. Protege a sutura; reforça absorção do exsudado;

I - EXECUTAR PENSO DE FERIDA CIRÚRGICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
SE EXISTIR DRENO: 	
16. Limpe o local de inserção do dreno com compressa e soro fisiológico, com movimentos circulares, de dentro para fora;	16. Previne infeção do local do dreno;
17. Seque com compressa seca (com o mesmo movimento);	17. Mantém a pele seca;
18. Coloque duas compressas secas a envolver o dreno;	18. Permite proteger o local de inserção do dreno;
19. Coloque compressas em cima do dreno;	19. Permite absorver o conteúdo drenado pelo dreno
20. Fixe com adesivo;  **Nota**: Os pensos do dreno e da sutura devem ficar separados.	20. Fixa as compressas;
21. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado;	21. Promove a arrumação, previne acidentes, cumpre normas de separação de resíduos;
22. Registe e documente os dados	22. Confirma o procedimento e identifica quem o executou.

II- RETIRAR PONTOS

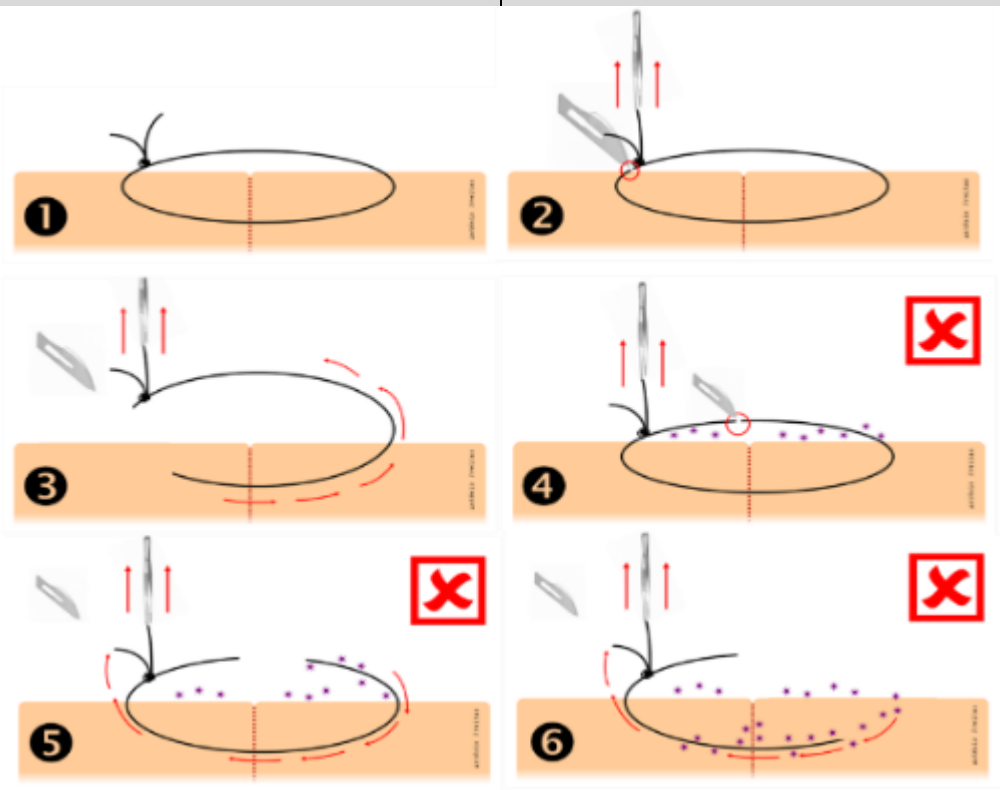
Material necessário:
- Material penso
- Tesoura esterilizada ou
- Lâmina de bisturi

Sequência do procedimento	Fundamentação
Execute os passos de 1 a 14 da sequência "I - Executar Penso de Ferida Cirúrgica"	
15. Coloque uma compressa junto à sutura	15. Permite colocar os pontos retirados;
Se utilizar Lâmina de bistury:	
16. Fixe a lâmina de bisturi na pinça de Kocker	16. Facilita o corte dos pontos;



17. Levante o ponto a retirar com a pinça de disseção;	17. Facilita o procedimento; Permite uma melhor exposição do ponto;
18. Com a tesoura ou Pinça de Kocker com Lâmina de bisturi, corte o ponto na porção mais curta da linha, (manter linha de corte da lâmina, virada para cima);	18. Permite que ao retirar o ponto uma menor quantidade de linha atravesse a pele; Diminui risco de lesão da pele (corte);

II- RETIRAR PONTOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação



De 1 a 3 - Forma correta de cortar o ponto de sutura
DE 4 a 6 - Forma incorreta de cortar o ponto.
Ao cortar-se o ponto como indicado na imagem 4, existe elevado risco de contaminação do tecido celular subcutâneo, uma vez que assim arrastam-se microrganismos com a linha de sutura quando esta é extraída.

19. Puxe o ponto com a pinça de dissecção e coloque-o em cima da compressa; 	19. Permite continuar o procedimento no mesmo campo de visão; facilita a contagem dos pontos;
20. Limpe a sutura com compressa e soro fisiológico e tape com compressa e adesivo ou deixe a céu aberto (de acordo com protocolo do serviço ou indicação médica).	20. Termina procedimento.
Execute os passos 21 e 22 da sequência "I - Executar Penso de Ferida Cirúrgica"	

III - RETIRAR AGRAFES

Material necessário:
- Material de penso
- Pinça de tirar agrafes,

Sequência do procedimento	Fundamentação
Execute os passos de 1 a 14 da sequência "I - Executar Penso de Ferida Cirúrgica"	
16. Coloque uma compressa junto à sutura; 17.	15. Permite receber os agrafes tirados;
16. Insira a pinça de tirar agrafes por baixo do agrafe e feche a pinça; 	16. Permite que o agrafe ao dobrar-se, abre-se, fica exposto e seja retirado da pele; 
17. Quando as duas pontas do agrafe estiverem visíveis, levante e afaste suavemente da superfície cutânea; 	17.Permite retirar o agrafe;
18. Limpe a sutura com compressa e soro fisiológico e tape com compressa e adesivo ou deixe exposta (céu aberto), (de acordo com protocolo do serviço ou indicação médica).	18. Termina o procedimento;
Execute os passos 21 e 22 da sequência "I - Executar Penso de Ferida Cirúrgica"	

IV - Esvaziar o Reservatório de Dreno Aspirativo tipo Jackson Pratt ® ou Dreno JP

Material necessário:

- Luvas Limpas
- Resguardo
- Taça Reniforme

Imagens	Sequência do Procedimento / Fundamentação
	1- O dreno aspirativo deverá ser esvaziado nas seguintes situações: – Quando o reservatório está cheio, ou seja, a sua capacidade foi atingida e não é possível recolher mais fluidos – Quando o reservatório perdeu o vácuo, ou seja, perdeu a sua capacidade aspirativa
	2- Calce luvas limpas 3- Coloque o resguardo junto ao local de inserção do dreno aspirativo e, sobre este, coloque a taça reniforme 4- Antes de esvaziar o reservatório, verifique e registe o nível em que se encontra a drenagem e as suas características
	5- Dobre o tubo de drenagem que conecta ao reservatório, impedido a entrada de ar, ou liquido de retorno, no sistema de drenagem quando este for desadaptado

IV - Esvaziar o Reservatório de Dreno Aspirativo tipo Jackson Pratt ® ou Dreno JP

6- Abra a tampa do reservatório, mantendo o tubo dobrado

7- Despeje o conteúdo na taça reniforme e volte a analisar as características do liquido drenado (ex: liquido hemático, sero-hemático, seroso, purulento, etc…)

8- Mantendo o tubo dobrado, aperte o reservatório e coloque a tampa do reservatório de forma a que o reservatório fique com pressão negativa e possa continuar a aspirar

IV - ESVAZIAR O RESERVATÓRIO DE DRENO ASPIRATIVO TIPO JACKSON PRATT ® OU DRENO JP

9- Posicione o reservatório de forma a que não faça tração no local de inserção do dreno.
Se a pessoa for autónoma nas suas AVDs, pode prender o reservatório à roupa para lhe permitir mobilidade de movimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BOLANDER, Verolyn Barnes – Enfermagem fundamental: abordagem psicofiosológica. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático Lda., 1998. ISBN 972-96610-6-5
- DING S, Lin F, Gillespie BM. Surgical wound assessment and documentation of nurses: an integrative review. J Wound Care. 2016 May;25(5):232-40. doi: 10.12968/jowc.2016.25.5.232. PMID: 27169338.
- ELKIN, Martha K.; PERY, Anne G.; POTTER, Patricia A.- Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. 2ª Edição. Loures: Lusociência. 2005. 1031p.ISBN 972-8383-96-7.
- GILLESPIE BM, Walker RM, McInnes E, Moore Z, Eskes AM, O'Connor T, Harbeck E, White C, Scott IA, Vermeulen H, Chaboyer W. Preoperative and postoperative recommendations to surgical wound care interventions: A systematic meta-review of Cochrane reviews. Int J Nurs Stud. 2020 Feb;102:103486. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103486. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31810020.
- MEYERSON, Joseph M. (2016). A Brief History of Two Common Surgical Drains. Annals of Plastic Surgery, 77(1), 4–5. doi:10.1097/sap.0000000000000734
- MIRMOHAMMAD-Sadeghi M, Pourazari P, Akbari M. Comparison consequences of Jackson-Pratt drain versus chest tube after coronary artery bypass grafting: A randomized controlled clinical trial. J Res Med Sci. 2017 Dec 26;22:134. doi: 10.4103/jrms.JRMS_739_17. PMID: 29387121; PMCID: PMC5767813
- MONAHAN; Sands; et All - Enfermagem Médico-Cirúrgica Phipps, 8.ª Edição, Lusodidacta, Loures, 2009, ISBN: 9789898075222
- NISHIOKA H, Yasunaga Y, Yanagisawa D, Yuzuriha S, Ito KI. Where do you insert a drain tube during breast reconstruction? Surg Today. 2020 Dec;50(12):1626-1632. doi: 10.1007/s00595-020-02043-1. Epub 2020 Jun 7. PMID: 32507906.
- PAUCHET, TRAVESAT, Anne-Françoise et al – Cuidados de enfermagem: Fichas técnicas. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 855 p. ISBN 972-8383-51-7
- QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina et al – Técnicas de Enfermagem II. 1ª Ed. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 1998. 127 p. ISBN 972-8485-03-4
- SEOL J, Yoon KC, Park J, Kim KG. Design of an Automatic Jackson-Pratt Drain Auxiliary System for Postoperative Management Applications. Surg Innov. 2022 Jun 15:15533506221108303. doi: 10.1177/15533506221108303. Epub ahead of print. PMID: 35703392.

- SHIN YS, You JH, Ko MH, Park JK. A New Efficient Trocar to Insert the Wound Drainage Tube: Jackson-Pratt Drainage Tube. Videourology (New Rochelle). 2017 Feb 13;31(3):vid.2016.0065. doi: 10.1089/vid.2016.0065. PMID: 31976151; PMCID: PMC6964237.
- SINHA S. Management of post-surgical wounds in general practice. Aust J Gen Pract. 2019 Sep;48(9):596-599. doi: 10.31128/AJGP-04-19-4921. PMID: 31476832.
- YUE B, Nizzero D, Zhang C, van Zyl N, Ting J. Accuracy of surgical wound drainage measurements: an analysis and comparison. ANZ J Surg. 2015 May;85(5):327-9. doi: 10.1111/ans.12657. Epub 2014 May 29. PMID: 24891212.

página intencionalmente deixada em branco

Cuidado de Enfermagem à Pessoa com Cateter Venoso Central

Norma de Procedimento 09

EXECUTAR PENSO DE CATETER VENOSO CENTRAL

António Freitas
Rui Inês

DEFINIÇÃO:

Procedimento autónomo de enfermagem que consiste na limpeza e desinfeção do local de inserção do Cateter Venoso Central (CVC), pele envolvente e local de fixação (pontos de sutura), colocando-lhe um penso protetor.

OBJETIVOS:

• Prevenir infeção do local de inserção do CVC e dos respetivos pontos de fixação (sutura);
• Prevenir infeções sistémicas
• Proteger o local de inserção do CVC

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Os CVCs são dispositivos estéreis de acesso vascular feitos de teflon, poliuretano ou silicone. São colocados, pelo clínico, em veias do sistema venoso central (jugular, femoral, subclávia, braquiocefálica). Estes cateteres intra-vasculares, são de extrema importância pois aumentam as opções disponíveis para terapia intravenosa, permitem a monitorização hemodinâmica contínua (através de avaliação de Pressão Venosa Central – ver norma especifica) e permitem a obtenção de amostras de sangue sem a necessidade de venopunção.

O risco de infeção relacionada ao CVC aumenta com o número de lumens do cateter, o tempo de permanência (isto é, o período de tempo que este acesso vascular permanece na pessoa) e a frequência de utilização. A contaminação do local de inserção do cateter (pele) é a principal causa de infeções e pode ocorrer após 7 dias após a sua inserção (DeVesty; Schub, 2019).

O penso do local de inserção deve ser sempre realizado quando o dispositivo é colocado, retirado ou substituído, ou sempre que o penso se encontre húmido, descolado, repassado ou quando for necessário inspecionar o local de inserção (DGS - Instituto Ricardo Jorge, 2006).

Poderão ser utilizados dois tipos de pensos para proteger o local de inserção do CVC: os pensos transparentes de poliuretano semi-permeáveis ("pensos transparentes") e os pensos cirúrgicos (compressa com banda adesiva). Ambos devem ser permeáveis ao vapor de água e estéreis, de forma a manter um ambiente limpo e seco no local de inserção (DGS - Instituto Ricardo Jorge, 2006).

Os pensos transparentes têm como vantagens complementares à fixação do cateter: permitir uma inspeção visual contínua; permitir o banho no duche sem saturar o penso e requer mudanças menos frequentes do que os pensos de gaze (DGS - IRJ, 2006, DeVesty, Schub, 2019).

A durabilidade e substituição dos pensos deverá ser em função da tipologia do penso adotado (DGS, 2015):

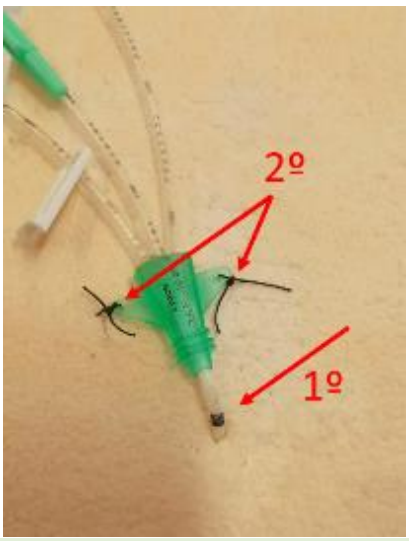
- Penso com compressa: substituir após 48 horas após a sua realização;
- Penso transparente de poliuretano: substituir após 7 dias após a sua realização;
- Ou, penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele

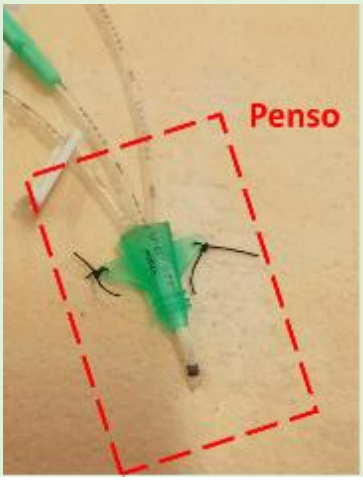
A desinfeção do local de inserção do cateter e pontos de fixação do mesmo, deverá ser feita com cloro-hexidina a 2% em álcool (DGS, 2015) ou outro soluto antisséptico utlizado e preconizado pela Comissão de Controle de Infeção da Instituição de saúde.

MATERIAL NECESSÁRIO:

• Luvas limpas;
• Mascara cirúrgica
• Kit de penso (caso exista), ou
• Tabuleiro com:
  – campo esterilizado;
  – compressas esterilizadas;
  – recipiente para soro fisiológico;
  – recipiente para desinfetante (se necessário);
  – pinça de kocher
  – pinça de dissecção ou luvas esterilizadas
• Soro fisiológico
• Antisséptico: cloro-hexidina a 2% em álcool
• Resguardo impermeável
• Penso transparente ou penso cirúrgico (compressa e adesivo)
• Recipiente para resíduos

EXECUTAR PENSO DE CATETER VENOSO CENTRAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Explique o procedimento à pessoa/cliente e peça o seu consentimento e colaboração;	1. Informa acerca do procedimento, obtendo o consentimento e colaboração. Diminui a ansiedade;
2. Prepare o material e transporte-o para junto da pessoa/cliente;	2. Economiza tempo e facilita o procedimento;
3. Lave higienicamente as mãos;	3. Previne infeção;
4. Coloque a mascara cirúrgica	4. Previne a contaminação via aérea;
5. Calce luvas limpas;	5. Previne a contaminação;
6. Retire o penso, descolando as diferentes extremidades do penso Nota: Se o penso estiver muito aderente à pele, humedeça-o com Soro Fisiológico e retire-o depois lentamente.	6. Evita a extração acidental do cateter;
7. Observe o local de inserção do cateter e os ponto de fixação do cateter	7. Permite avaliar local de inserção do cateter e os ponto de fixação do cateter, sinais inflamatórios; presença de exsudado;
8. Retire as luvas;	8. Previne contaminação;
Se tiver Kit de pensos:	
9. Abra o Kit;	9. Permite dar continuidade ao procedimento;
a) Retire a pinça dissecção do campo com a mão dominante, sem tocar no resto do material esterilizado;	a) Permite retirar a pinça dissecção do campo, sem o infetar:
b) Com a mão dominante, retire a pinça de Kocher do campo, pegando-lhe por baixo do campo estéril	b)Permite retirar a pinça de Kocher do campo, sem o infetar;

EXECUTAR PENSO DE CATETER VENOSO CENTRAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
c)Coloque as duas pinças com as extremidades que seguram na compressa dentro do campo e as extremidades em contacto com as mãos, fora do campo;	c)Mantém esterilidade das extremidades finais das pinças e mantém campo estéril;
Se não tiver Kit de pensos:	
10. Abra um campo esterilizado: a) Coloque uma pinça de Kocker e uma de dissecção com as extremidades que seguram na compressa dentro do campo e as extremidades em contacto com as mãos, fora do campo; b) Abra o pacote de compressas para o campo; c) Abra o pacote da taça esterilizada e coloque-a no campo sem lhe tocar;	10. Permite ter campo asséptico para colocar material e permitir o uso de técnica asséptica; a) Mantém assépsia das extremidades finais das pinças e mantém campo estéril; b) Mantém esterilidade das compressas e do campo; c) Mantém assépsia;
11. Segure a pinça de Kocker na mão dominante e a pinça de dissecção na outra.	11. Permite dar continuidade ao procedimento;
12. Desinfete o local de inserção do cateter e em seguida e os pontos de sutura de fixação do cateter, com compressas diferentes  	12. Elimina microorganismos causadores de infeção;
13. Limpe a pele envolvente ao cateter, no sentido do centro para a periferia	13. Previne a propagação de microrganismos
14. Se necessário secar a pele envolvente, com compressas secas (com os mesmos movimentos utilizados na limpeza);	14. Mantém a pele seca e melhora a aderência do penso.

EXECUTAR PENSO DE CATETER VENOSO CENTRAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
15. Tapar o local de inserção do cateter e dos pontos de fixação com penso cirúrgico (compressa e adesivo) ou com penso transparente 	15. Protege o local de inserção do cateter e pontos de fixação;
16. Colocar data de colocação do penso 	16. Permite identificar a durabilidade do penso e o dia em que deverá ser substituído: - Penso com compressa: substituir após 48 horas após a sua realização - Penso transparente de poliuretano: substituir após 7 dias após a sua realização
17. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado;	17. Promove a arrumação, previne acidentes, cumpre normas de separação de resíduos;
18. Registe e documente os dados	18. Confirma o procedimento e identifica quem o executou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BOLANDER, Verolyn Barnes – Enfermagem fundamental: abordagem psicofiosológica. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático Lda., 1998. ISBN 972-96610-6-5
- BUETTI N, Timsit JF. Management and Prevention of Central Venous Catheter-Related Infections in the ICU. Semin Respir Crit Care Med. 2019 Aug;40(4):508-523. doi: 10.1055/s-0039-1693705. Epub 2019 Oct 4. PMID: 31585477.
- DEVESTY, G; Schub, T. (2019). Central Venous Catheters: Using – an Overview. Nursing Rerence, Cinahl Information Systems, 2019.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Instituto Ricardo Jorge, Programa Nacional de Controlo De Infecção - Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares, 2006

- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central, 2015
- ELKIN, Martha K.; PERY, Anne G.; POTTER, Patricia A.- Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. 2ª Edição. Loures: Lusociência. 2005. 1031p.ISBN 972-8383-96-7.
- GAVIN NC, Webster J, Chan RJ, Rickard CM. Frequency of dressing changes for central venous access devices on catheter-related infections. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 1;2(2):CD009213. doi: 10.1002/14651858.CD009213.pub2. PMID: 26827714; PMCID: PMC8765739.
- MONAHAN; Sands; et All - Enfermagem Médico-Cirúrgica Phipps, 8.ª Edição, Lusodidacta, Loures, 2009, ISBN: 9789898075222
- PAUCHET, TRAVESAT, Anne-Françoise et al – Cuidados de enfermagem: Fichas técnicas. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 855 p. ISBN 972-8383-51-7
- QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina et al – Técnicas de Enfermagem II. 1ª Ed. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 1998. 127 p. ISBN 972-8485-03-4
- Wei L, Li Y, Li X, Bian L, Wen Z, Li M. Chlorhexidine-impregnated dressing for the prophylaxis of central venous catheter-related complications: a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2019 May 16;19(1):429. doi: 10.1186/s12879-019-4029-9. PMID: 31096918; PMCID: PMC6524337.

Norma de Procedimento 10

AVALIAR A PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)

António Freitas

Rui Inês

Lino Ramos

AVALIAR A PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)

António Freitas; Rui Inês; Lino Ramos

DEFINIÇÃO:

Intervenção de enfermagem de caráter interdependente que consiste na avaliação da pressão sanguínea em veia central através de linha de perfusão conectada a Cateter Venoso Central (CVC). Esta avaliação permite estimar a pressão sanguínea na aurícula direita e a pré-carga.

OBJETIVOS:

- Avaliar a volemia da pessoa/cliente;
- Avaliar a pressão de enchimento ventricular direito (retorno venoso ao coração);
- Monitorizar alterações hemodinâmicas (pré-carga);
- Orientar a reposição de líquidos em situação de hipovolemia;
- Prevenir complicações decorrentes de alterações do volume de líquidos.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

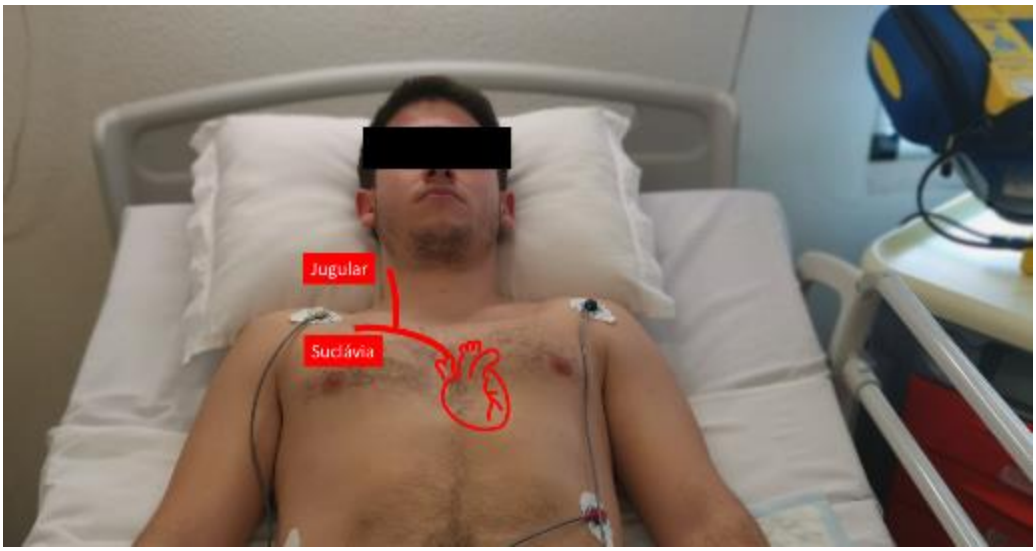


Figura 1 – Identificação esquemática das veias jugular e subclávia diretas.

- As principais veias centrais para avaliação da PVC são: as veias jugulares, as veias subclávias e as veias braquiocefálicas. A avaliação da PVC na veia femoral não está recomendada, dado que o cateter venoso central se encontra, nesse caso, distante da aurícula direita, não fornecendo medições precisas, além de se encontrar num local com elevado risco de infeção;
- Utilizar Cloreto de Sódio isotónico (NaCl 0,9%) para o preenchimento do sistema de avaliação de PVC (não usar soluções com dextrose porque são meios de cultura preferenciais);
- O Sistema de Avaliação de PVC deve ficar conectado à linha de perfusão do lúmen distal do CVC (mais próximo da aurícula direita);

- Todas as perfusões em curso no CVC devem ser temporariamente interrompidas durante a avaliação da PVC, se o estado clínico da pessoa/cliente assim o permitir**;**
- O sistema para avaliação da PVC deve ser substituído de acordo com protocolo da unidade (p.ex.: de 48 em 48 horas);
- Os valores de PVC são expressos em cm de H2O.
- Consideram-se valores normais de PVC os que se situem no intervalo entre 5 e 15 cmH_2O.
- A monitorização da PVC permite identificar e orientar o tratamento de situações de hipovolemia (PVC abaixo de 5 cm H2O), ou de hipervolemia (PVC acima de 15 cmH2O), mesmo antes destas condições se tornarem clínicamente evidentes (sinais de hipovolemia: sede; oligúria; taquicardia; mucosas secas. Sinais de hipervolemia: dispneia; alteração dos sons respiratórios; edema periférico; ingurgitamento jugular e taquicardia).
- Permite identificar e monitorizar também outras situações patológicas com implicações diretas nos valores de pressão sanguínea, como: patologia cardíaca, choque, estase e sobrecarga cardíaca direita**.**
- Variações significativas em relação as valores de PVC anteriormente avaliados na pessoa/cliente, mesmo que no intervalo valores considerados normais, devem ser comunicados ao médico, uma vez que traduzem alterações valorizáveis do estado prévio.
- São contraindicações para avaliação da PVC por régua de pressão de água:
  - Infeção grave no local de inserção do Cateter Venoso Central;
  - Síndrome da veia cava superior;
  - Neoplasia ou trombo no coração direito.
- A avaliação da PVC visa suportar processos de tomada de decisão, que permitem ao profissional de saúde otimizar a pressão arterial média da pessoa e melhorar a perfusão e oxigenação de tecidos e órgãos. Os valores de PVC, sendo um dado relevante na avaliação do estado de saúde da pessoa, não devem ser lidos de forma isolada, mas conjugada e integrada com outros indicadores objetivos (pressão arterial, frequência cardíaca, tempo de preenchimento capilar, débito urinário) e estado clínico da pessoa.

Figura 2 – Régua de Avaliação de Pressão Venosa Central (PVC).

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Soro fisiológico (NaCl 0,9%);
- Régua de avaliação da PVC,
- Sistema de avaliação de PVC;
- Material para nivelar o ponto zero da escala da régua (se esta não o tiver).

Condição Necessária: Que a pessoa tenha um CVC colocado em veia central (jugular, subclávia, braquiocefálica).

AVALIAR A PRESSÃO VENOSA CENTRAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
1. Explique o procedimento à pessoa/cliente e peça o seu consentimento e colaboração;	1. Diminui a ansiedade, respeita o direito ao consentimento e assegura a colaboração no procedimento;
2. Lave higienicamente as mãos.;	2. Previne infeção;
3. Fixe a régua de avaliação de PVC num suporte de sistema de soros.	3. Permite a correta execução do procedimento.

Figura 3 – Fixação da Régua de Avaliação de PVC num Suporte de Sistemas de Soros.

4. Abra a embalagem do Sistema de Avaliação de PVC e conecte-o, pelo espigão, a um frasco de Soro Fisiológico de 500cc ou 1000cc. De seguida, fixe a componente própria do Sistema de Avaliação de PVC, na Régua de Avaliação de PVC.	4. Permite a correta execução do procedimento.

AVALIAR A PRESSÃO VENOSA CENTRAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**

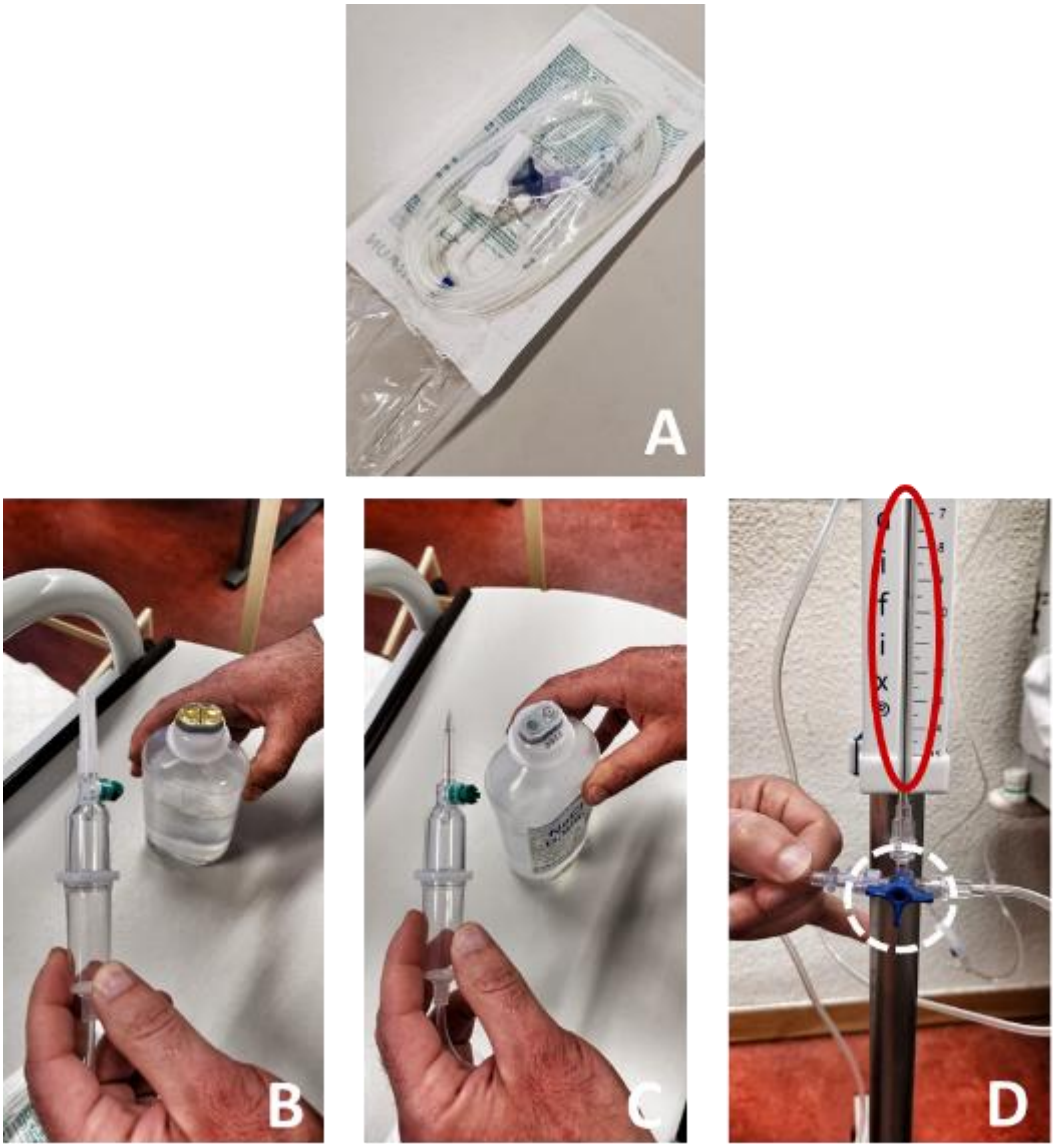


Figura 4 – Etapas da Montagem do Sistema de Avaliação de PVC na Régua de Avaliação da PVC.

(A) – Abertura da embalagem dos Sistema de Avaliação da PVC.
(B) e (C) –Etapas da conexão do espigão do Sistema de Avaliação da PVC no frasco de Soro Fisiológico.
(D) - Fixação da componente própria do Sistema de Avaliação de PVC (sinalizada com circulo vermelho), na Régua de Avaliação de PVC.

5. Expurgue o Sistema de Avaliação da PVC. <u>Nota 1</u>: Expurgue a componente deste sistema que liga o frasco de soro fisiológico à torneira de 3 vias (que deverá estar fechada para a componente do sistema de Avaliação da PCV previamente fixado à Régua de Avaliação da PVC - Fig.4C) e esta ao prolongamento que vai conectar à linha de infusão	5. Previne embolia gasosa; permite a correta execução do procedimento; previne infeção

AVALIAR A PRESSÃO VENOSA CENTRAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
da pessoa que, por sua vez, estará conectado ao lúmen distal do Cateter Venosos Central. Nota 2: Não expurgue a componente do Sistema de Avaliação da PVC que está fixo na régua de avaliação de PVC, que será preenchida de soro, num passo posterior desta sequência do procedimento – passo 9. Nota 3: Mantenha a assepsia na manipulação das conexões dos sistemas (Soros; PVC) ligados ao CVC.	

Figura 5 – Expurgar o Sistema de Avaliação da PVC.

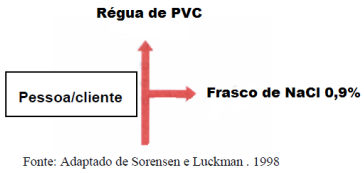
6. Conecte o terminal do prolongamento do Sistema de Avaliação da PVC à torneira de 3 vias da linha de perfusão da pessoa (que estiver conectada ao lúmen distal do CVC).	6. Permite a correta execução do procedimento; garante que a avaliação da PVC será feita no lúmen distal do CVC, situado, na veia central, mais próximo da aurícula direita.

AVALIAR A PRESSÃO VENOSA CENTRAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**

Figura 6 – Conexão do Sistema de Avaliação da PVC à Linha de Infusão da Pessoa.

7. Posicione a pessoa/cliente: • Decúbito dorsal com plano dos membros e da cabeceira a 0º; • Se a pessoa não tolerar o plano da cabeceira a 0º, elevar ligeiramente até ao máximo de 30º; • Retire todas as almofadas de posicionamento.	7. Permite a obtenção de valores válidos na avaliação;

Figura 7 – Posicionamento da Pessoa e Determinação do Ponto Zero de Referência para Avaliação da PVC.

AVALIAR A PRESSÃO VENOSA CENTRAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
8. Coloque a régua, fixa ao suporte de soros, de modo a que o ponto zero da escala fique ao nível da aurícula direita. <u>Nota:</u> Utilize como referência anatómica do nível aproximado da aurícula direita, o ponto de cruzamento da linha média axilar com o quarto espaço intercostal.	8. Garante que todas as avaliações sejam efetuadas em igual condição e ao nível da aurícula direita;
9. Preencha a componente do sistema de avaliação de PVC colocado na régua, virando a torneira de 3 vias de maneira que o soro fisiológico preencha a régua até 2/3 acima do nível esperado para o valor de PVC; <u>Nota</u>: Utilize como referência o valor de PVC obtido na última avaliação.	9. Permite a execução do procedimento;  Fonte: Adaptado de Sorensen e Luckman . 1998

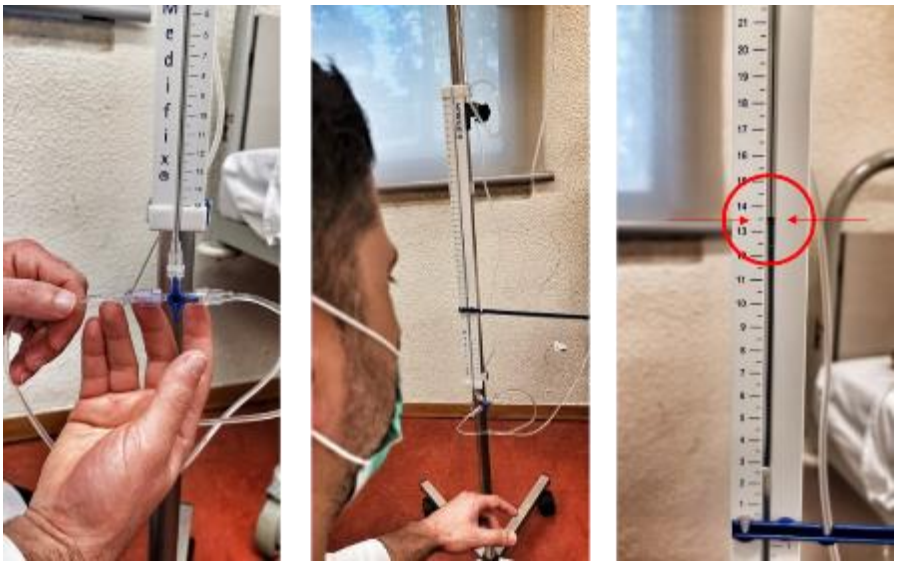
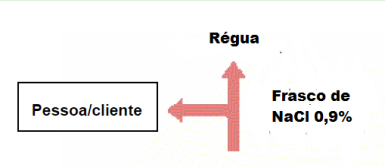


Figura 8 – Preenchimento do Sistema de Avaliação da PVC com o Profissional ao nível da Régua de Avaliação da PVC.

10. Rode a torneira do sistema de avaliação de PVC no sentido régua – pessoa/cliente, interrompendo o circuito da régua para o Frasco de Soro Fisiológico do Sistema de Avaliação da PVC.	10. Permite a execução do procedimento; permite a relação de pressões entre a pressão da coluna de soro da régua graduada em cm H_2O e a pressão do sangue na veia central 
11. Rode a torneira da linha de infusão da pessoas (conectada ao lúmen distal do CVC), de	11. Permite a execução do procedimento; permite a relação de pressões entre a pressão da coluna

AVALIAR A PRESSÃO VENOSA CENTRAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
forma a interromper as perfusões nesse lúmen e a permitir a comunicação entre o Sistema de avaliação de PVC e a veia central (fig.9).	de soro da régua graduada em cmH2O e a pressão do sangue na veia central

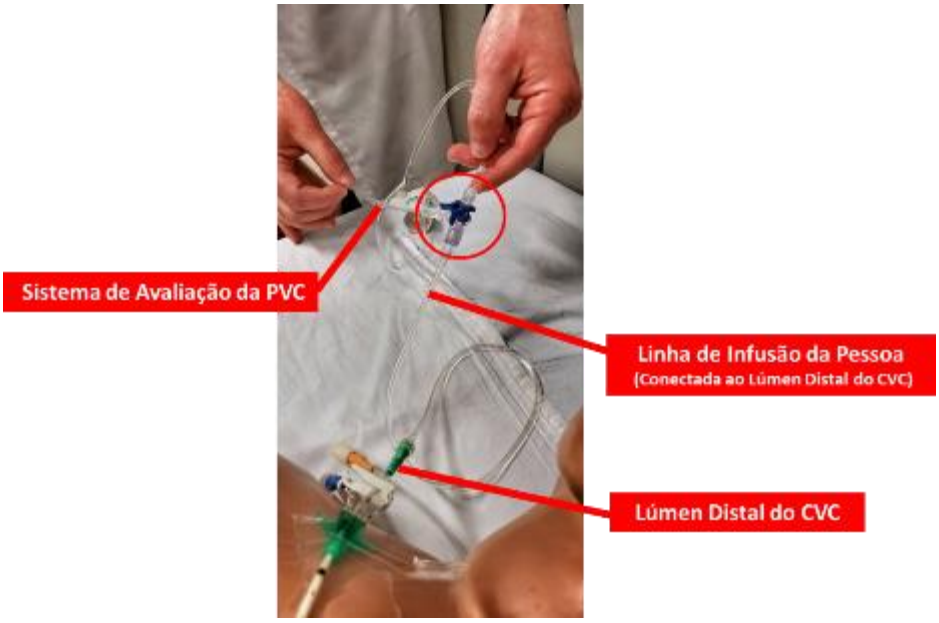


Figura 9 – Posição Correta da Torneira de 3 Vias da Linha de Infusão da Pessoas para Avaliação da PVC.

12. Aguarde a descida do nível do soro fisiológico na régua até que este estabilize indicando o valor de PVC em cm de H_2O. Se houver uma oscilação dever-se-á registar o valor mais elevado; <u>Nota:</u> O profissional deverá observar a descida da coluna de soro, posicionando-se ao nível da régua, para evitar erros de observação/ medida.	12. Mede o valor de PVC uma vez que o nível da coluna de soro, no interior da régua, cairá gradualmente por ação da gravidade, até um estado de equilíbrio de pressões, entre a pressão da coluna de soro da régua graduada em cm de H_2O e a pressão do sangue na veia central (PVC).

Figura 10 – Correta Posição do Profissional Durante a Avaliação da PVC.

AVALIAR A PRESSÃO VENOSA CENTRAL	
Sequência do procedimento	**Fundamentação**
13. Avaliado o valor de PVC: • feche a torneira de três vias, da linha de infusão conectada ao lúmen distal, para o PVC; • feche a torneira de três vias, do Sistema de Avaliação de PVC, para a régua; • Restabeleça a(s) perfusão(ões) da linha conectada ao lúmen distal do CVC de acordo com a(s) respetiva(s) prescrição(ões) (e outras perfusões de outros lumens, se entretanto paradas para efeitos de avaliação da PVC); • Assegure-se que o controlador de gotas do Sistema de Avaliação de PVC se encontra fechado.	13. Garante o restabelecimento da(s) perfusão(ões) prescrita. Previne a obstrução do cateter central; Garante a segurança da Pessoa.
14. Posicione a pessoa/cliente;	14. Proporciona conforto;
15. Providencie a arrumação do material; Nota: O Sistema de Avaliação da PVC e Régua de Avaliação da PVC, permanecem montados na unidade da pessoa, para avaliações posteriores e até ser necessário a monitorização da PVC. O Sistema de Avaliação da PVC deve ser substituídos de acordo com o protocolo da Instituição.	15. Mantém a unidade arrumada;
16. Proceda à lavagem higiénica das mãos;	16. Previne a infeção;
17. Registe e documente os resultados, incluindo o valor da PVC em cm de H2O e o ângulo de elevação da cabeceira da pessoa (de 0º a 30º) no momento da avaliação.	17. Permite Monitorizar e comparar resultados. Confirma o procedimento. Identifica quem o executou.

REFERÊNCIAS:

– HATCHETT, R.; THOMPSON, D. . Enfermagem Cardíaca: Um Guia Polivalente. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-12-7.

– HILL. Role of central venous pressure monitoring in critical care settings. Nursing Standard, 32, 23 (2017). pp. 41-48. [Consultado: 28 novembro 2018]. Disponível em https://journals.rcni.com/nursing-standard/role-of-central-venous-pressure-monitoring-in-critical-care-settings-ns.2018.e10663

– KUPCHIK & BRIDGES. Central Venous Pressure Monitoring: What's the Evidence?. American Journal of Nursing, 112, 1 (2012), p. 58-61. [Consultado: 28 novembro 2018]. Disponível em

https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2012/01000/Critical_Analysis,_Critical_Care___Central_Venous.23.aspx.

- NUNES, Lucília; RUIVO, Alice – Manual 2006: técnicas de enfermagem. Vol. I de III. Setúbal: Escola Superior de Saúde, 2006.
- PHIPPS et al – Enfermagem Médico-cirúrgica: perspetivas de saúde e doença. Vol. II. 6.ª Ed. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2.
- SOHUB & BALDERRAMA. Central Venous Pressure (CVP): Monitoring with a Water Manometer (2017). [Consultado: 28 novembro 2018]. Disponível em https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=8fce5511-8348-4473-bc08-feb915466c48%40sdc-v-sessmgr05.
- THELAN, DAVIE, URDEN & LOUGH; Enfermagem em Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção. Enfermagem em Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção. 2ª Edição. Lisboa: Lusodidacta. 1994
- URDEN, STACY & LOUGH. Priorities in Critical Care Nursing. 4º Edição. 2004.
- STONEKING, LAWRENCE, FIORELLO, MUNZER, BAKER & DENNINGHOFF. Stoneking, L.; (2014). Alternative Methods to Central Venous Pressure for Assessing Volume Status in Critically Ill Palients. Journal of Emergency Nursing, 40, 2 (2014), pp. 115-123. [Consultado: 28 novembro 2018]. Disponível em https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176712001961.
- SILVA A.; SILVA, L.; CONCEIÇÃO, M.; LOPES, N.. Cuidados de Enfermagem à pessoa com Cateter Venoso Central: Revisão Integrativa da Literatura. Relatório de Investigação desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Investigação IV sob orientação da Professora Paula Leal. ESS-IPS 2019.