



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DE CAMPINAS



PREFEITO
Jonas Donizette Ferreira

SECRETÁRIO DA SAÚDE
Carmino Antonio de Souza

DIAGRAMAÇÃO
Luciano Bento de Faria
Mauro Guimarães Leite

CAMPINAS - SP
2015

GRUPO DE TRABALHO

ENFERMEIROS DOS SAD'S

NORTE, SUL, LESTE, SUDOESTE E NOROESTE

Alessandra M. Nery Costa Santos

Ana Maria Silva Marques de Brito

Daniele Rocha de Souza

Edson Eden de Oliveira

Elvira Maria F. Santos

Fabiana de Souza Gomes

Flavio Ventura dos Santos

Julimar Fernandes de Oliveira

Lilian Helen do Prado Yama Kawa

Lissandra R. Porto - (In memoriam)

Luciana M. do Paço Guedes

REVISORES

ENFERMEIROS

Fabiana de Souza Gomes Yoshino

Luciana Maximina do P. Guedes

Joselene de Freitas Guimarães

Julimar Fernandes de Oliveira

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Missão | 5 |
| Visão | 5 |
| Objetivos | 5 |
| Introdução | 6 |
| Crítérios para agendamento do atendimento de enfermagem..... | 7 |
| Atribuições gerais do enfermeiro no atendimento domiciliar - AD..... | 8 |
| Atribuições específicas do enfermeiro no AD..... | 9 |
| Atribuições do Técnico de Enfermagem no AD..... | 10 |
| Atribuições do Auxiliar de Enfermagem no AD..... | 12 |
| O papel do cuidador no atendimento domiciliar..... | 14 |
| Procedimentos e Rotinas..... | 16 |
| ECG eletrocardiograma..... | 16 |
| Enteroclisma ou clister..... | 17 |
| Medicações injetáveis e antibióticoterapia..... | 18 |
| Hipodermóclise..... | 22 |
| Traqueostomia..... | 23 |
| Cistostomia..... | 24 |
| Gastrostomia..... | 26 |
| Uripem..... | 27 |
| Aspiração orofaríngea e endotraqueal..... | 28 |
| Cateter Vesical de Demora e alívio..... | 29 |
| Transfusão de sangue e hemocomponentes..... | 35 |
| Paracentese..... | 37 |
| Nutrição Parenteral..... | 39 |
| Cateter de nutrição enteral – CNE..... | 41 |
| Curativos no domicílio..... | 46 |
| Óbito no domicílio..... | 47 |
| Coleta para exames..... | 48 |
| Montagem da viatura..... | 49 |
| Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE..... | 49 |
| Referências Bibliográficas..... | 50 |
| Anexo 1 SAE..... | 51 |

MISSÃO

Prestar assistência de enfermagem, humanizada e holística, ao indivíduo dependente de cuidados, em seu domicílio, integrando equipe multidisciplinar, visando capacitar cliente/cuidador/família, buscando ao máximo sua independência para atividades de autocuidado e melhor qualidade de vida.

VISÃO

Satisfazer clientes prestando-lhes uma assistência de enfermagem humanizada, atenciosa e profissional, no contexto domiciliário e familiar, de forma a atender e procurar superar suas necessidades e expectativas.

OBJETIVOS

Assistir ao cliente de média e alta complexidade de maneira humanizada.

Priorizar a qualidade de vida por meio de ações assistenciais e educativas, buscando o melhor estado funcional.

Preservar a intimidade e individualidade do cliente.

Manter o vínculo familiar dos pacientes

Promover a reinserção do cliente e cuidador ao seu meio social (família e comunidade) por meio de ações de autocuidado.

Capacitar o cuidador e família para a atenção ao seu familiar dependente de cuidados, orientando ações para prevenção de complicações.

Respeitar as decisões e indecisões do paciente/família.

Respeitar as rotinas da família.

INTRODUÇÃO

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades humanas básicas, tornando-o independente, quando possível pelo ensino do autocuidado, bem como manter, promover e recuperar a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1979).

Ao estabelecer as atribuições do profissional de enfermagem no contexto domiciliário, o conceito acima deve ser considerado, em conjunto, com o fato de que, nesta ótica o profissional se insere no local de existência do cliente. Deve lembrar que o domicílio é o local privado da família e, assim, ficar atento para cuidar sem invadir.

Apesar de, ainda hoje, a legislação estar voltada, primordialmente para o atendimento institucional, algumas normatizações auxiliaram na elaboração deste protocolo. As atividades da enfermagem estão definidas, segundo cada categoria, pela Lei Federal nº 7.498, de 26 de junho de 1986. Devido a enfermagem ser constituída por diferentes elementos, a descrição das atribuições de cada um deles é condicionada à sua formação técnico-educacional e, conseqüentemente diferentes responsabilidades legais.

Além disso, a portaria nº 2.029, de 24 DE AGOSTO DE 2011, institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, baseado nesse contexto vimos por meio deste, elaborar atribuições e procedimentos necessários para o funcionamento padronizado da prática de enfermagem no Serviço de Atendimento Domiciliar da Prefeitura Municipal de Campinas.

ROTEIRO BÁSICO DE VISITA

- Lavar as mãos antes e após cada visita, e se necessário, também entre um procedimento e outro no domicílio. Na impossibilidade de lavagem das mãos, utilize álcool gel/glicerinado 70%.
- Questionar sobre queixas e intercorrências desde a última visita da equipe e o que foi feito pela família na solução do problema.
- Verificar situações de risco, como, piso irregular ou escorregadio, tapetes, camas sem grade, automedicação, procedimentos não autorizados, e outros.
- Verificar sinais vitais (T, FC, FR e PA) e mensura dor, em todas as visitas de rotina e nos retornos para observação de intercorrências.
- Conferir as medicações em uso de acordo com a última prescrição.
- Realizar procedimentos e/ou orientações conforme prescrito e/ou rotina do serviço, após colher informações e dúvidas do cuidador. Registrar o atendimento com data e horário da visita, letra legível, evitando siglas (exceto aquelas universais), no prontuário domiciliar e do serviço: sinais vitais, queixas, observações, procedimentos, acidentes, medicação em uso e material dispensado. Assinar e carimbar sempre e ao final de cada anotação.

- Orientar ao cuidador que solicite apoio técnico quando julgar necessário, ou em caso de dúvidas, para garantir a integridade do paciente.

CRITÉRIOS PARA AGENDAMENTO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

O atendimento de enfermagem se dará em caso de instabilidade clínica e/ou por meio de visitas agendadas (programadas), considerando a proximidade entre os domicílios, visando otimizar o transporte e atingir um número satisfatório de pacientes assistidos a cada período.

Durante a visita vários pontos devem ser observados, considerando:

- Estado de saúde atual
- Ambiente domiciliar
- Nível de capacidades de autocuidado
- Nível de cuidado de enfermagem necessário
- Necessidade de educação do cliente/família/cuidador
- Nível de adesão do cliente/família/cuidador
- Prognóstico
- Segurança e conforto do profissional
- Os riscos de infecção
- O desenvolvimento de vínculos e o respeito mútuo
- A privacidade e a individualidade do paciente / família / cuidador

ATRIBUIÇÕES GERAIS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DOMICILIAR – AD

- Conhecer as políticas, funções, estrutura, financiamento e organograma da instituição onde está inserido o SAD.
- Planejar, desenvolver e avaliar, com a equipe multidisciplinar o programa de atendimento domiciliário.
- Definir, junto com a equipe multidisciplinar, critérios para admissão, acompanhamento e alta dos clientes do SAD.
- Participar de reuniões administrativas e técnicas.
- Preparar a família e/ou cuidador para compreender o processo saúde-doença-envelhecimento que o cliente vivencia.
- Participar de discussão com equipe multidisciplinar e elaboração de projetos terapêuticos.
- Promover a integração da equipe multiprofissional.
- Estimular cliente, cuidador e familiares para o autocuidado e adaptar atividades de vida diária, por meio de maximização de suas potencialidades, até sua capacidade máxima, dentro dos limites de sua incapacidade.
- Estabelecer via de comunicação participativa com a família.
- Avaliar as condições de infra-estrutura física do domicílio e rotinas domésticas, opinando sobre possíveis modificações, adaptando-as às condições sociais e econômicas do cliente e família.
- Opinar sobre possíveis modificações na rotina doméstica e planta física do domicílio sempre que necessário,
- Devolver à equipe multidisciplinar, os dados do atendimento domiciliar e promover sua avaliação.
- Realizar as triagens e dar encaminhamento aos casos não inseridos no SAD.
- Realizar contato bem como fornecer apoio técnico matricial com as unidades básicas de referência.
- Gerenciar recursos humanos e materiais em sua área de trabalho, sendo sua responsabilidade a otimização destes, para o máximo benefício do paciente e ou cliente.
- Orientar a equipe de enfermagem quanto à finalidade, manuseio e conservação de equipamentos e aparelhos, controlando o seu uso adequado.
- Representar o serviço quando determinado pela Direção e/ou Gerência.
- Servir de apoio à equipe multidisciplinar e à família, intermediando situações que interfiram no bom atendimento à pessoa dependente de cuidados.
- Identificar e treinar o cuidador domiciliar.
- Orientar o cliente, a família e/ou cuidador sobre a realização dos cuidados de enfermagem prestados.
- Proporcionar ao cliente assistência e conforto físico e emocional em situações de agonia e morte.

- Realizar e/ou participar de pesquisas.
- Prescrever medicamentos quando no exercício de suas atividades profissionais, para o atendimento e cuidados de forma integral aos pacientes/clientes, visto os protocolos de saúde pública do Ministério de Saúde bem como os pertencentes a atenção básica de Campinas.
- Solicitar exames necessários de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais, para o atendimento e cuidados de forma integral aos pacientes/clientes, visto os protocolos de saúde pública do Ministério de Saúde, bem como os pertencentes a atenção básica de Campinas, além de basear-se na resolução do COFEN-195/1997.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO NO AD

O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe privativamente: Gerenciar, supervisionar e organizar os serviços de enfermagem.

- Realizar consulta de enfermagem tendo como norteador, protocolos de saúde pública do ministério de saúde bem como os pertencentes a atenção básica de campinas.
- Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar a assistência de enfermagem em domicílio, por meio da sistematização do atendimento de enfermagem (SAE).
- Avaliar a qualidade da assistência por meio de indicadores assistenciais.
- Capacitar a equipe de enfermagem inserida no SAD.
- Proporcionar educação permanente à equipe de enfermagem nas tarefas relativas à assistência de Enfermagem.
- Avaliar o desempenho da equipe de enfermagem.
- Capacitar o cuidador para assistir ao cliente nas suas necessidades básicas biopsicossociais.
- Realizar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exigem conhecimento científico adequado e capacidade de tomar decisões imediatas.
- Realizar a SAE valorizando a consulta de Enfermagem ao longo do ciclo vital, no contexto domiciliar.
- Planejar, realizar e avaliar as visitas domiciliárias determinando as prioridades de assistência.
- Identificar as demandas de enfermagem, implantando, implementando e avaliando os meios para a solução das mesmas, minimizando danos e seqüelas.
- Fazer o prognóstico de enfermagem de acordo com os níveis de complexidade do cliente no domicílio, atendendo as interfaces das intercorrências clínicas.
- Controlar o agendamento dos pacientes.
- Verificar o cumprimento do cronograma de visitas de enfermagem.
- Elaborar escala de visitas de enfermagem.
- Dar alta dos cuidados de enfermagem.

- Servir de apoio à equipe de enfermagem e à família intermediando situações que interfiram no bom atendimento ao dependente de cuidados.
- Monitorar o estoque e empréstimo de materiais de enfermagem.
- Monitorar o consumo diário e semanal de material de enfermagem.
- Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta).
- Elaborar e aprovar escalas mensal de folga e atividades da equipe de enfermagem.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO AD

Exerce atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, desde que sob supervisão, orientação e direção de enfermeiro, cabendo-lhe:

1. Assistir o enfermeiro:

- a- No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- b- Na prestação de cuidados de enfermagem, a pacientes em estado grave;
- c- Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e em programas de vigilância epidemiológica, no contexto domiciliário;
- d- Na prevenção e controle sistemático da infecção domiciliar;
- e- Na prevenção e controle sistemático de danos físicos e emocionais, que possam ser causados a pacientes durante a assistência à saúde, pela equipe de enfermagem e/ou cuidador;
- f- Participação nas atividades de educação em saúde;
- g- Participação em grupo de cuidadores;
- h- Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e doenças profissionais e do trabalho;
- i- Executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no artigo 12º da [LEI No7.498, 25 de julho de 1986](#).
- j- Preparar o roteiro de visitas, separando kit de material de consumo de cada cliente, material reserva da viatura, como determinado pelo enfermeiro.

2. Preparar o cliente, em conjunto com o cuidador e/ou familiar, para consultas, exames e tratamentos, durante o atendimento domiciliário.

3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, no nível de sua qualificação;

4. Executar tratamentos especificamente prescritos ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, adaptando-as à realidade de cada domicílio, conforme rotinas estabelecidas pelo enfermeiro, tais como:

- a- Ministrando medicamentos por via oral e parenteral;
- b- Realizar controle hídrico;
- c- Fazer curativos;

- d-Verificar sinais vitais,
 - e-Aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocлизма e calor ou frio;
 - f-Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
 - g-Efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
 - h-Realizar testes e proceder à sua leitura para subsídio diagnóstico, conforme descrito no protocolo de assistência de enfermagem do município;
 - i-Colher material para exames laboratoriais;
 - j-Realizar eletrocardiograma;
 - k-Realizar atividades de enfermagem em conformidade com as normas técnicas da profissão bem como os procedimentos e atividades presentes no protocolo de assistência de enfermagem do município de Campinas bem como outros protocolos do Sistema Único de Saúde – SUS.
- 5.Prestar cuidados de enfermagem no pós-operatório mediato e tardio;
 - 6.Auxiliar em procedimentos invasivos realizados pelo médico e/ou enfermeiro no domicílio;
 - 7.Executar e/ou orientar o cuidador e familiares em atividades de desinfecção, de materiais e equipamentos, quando lotados no domicílio;
 - 8.Prestar cuidados de higiene e conforto, no domicílio, quando necessário, estimulando a participação do cuidador, nas tarefas de sua competência, zelando pela segurança do cliente, nas atividades de vida diária.
 - 9.Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta).
 - 10.Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidade de saúde;
 - 11.Orientar cuidadores para manutenção da limpeza e ordem do material e dos equipamentos cedidos ou emprestados, para a assistência no domicílio.
 - 12.Integrar a equipe multidisciplinar, e auxiliar na elaboração do projeto terapêutico;
 - 13.Promover o vínculo com o cliente, o cuidador e a família, de forma a estimular a autonomia e o autocuidado.
 - 14.Participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
 - a-Orientar o paciente após o atendimento da equipe multidisciplinar, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas, orientações dos outros profissionais, e /ou rotinas do SAD;
 - b- Auxiliar o enfermeiro na execução dos programas de educação em saúde;
 - c-Participar de grupo de cuidadores.
 - 15.Realizar visita domiciliar, utilizando-se de escuta ampliada, no contexto da família e da comunidade;
 - 16.Participar de triagens.
 - 17.Dispensar medicamentos de acordo com a prescrição médica atualizada e rotina de cada SAD;
 - 18.Realizar controle de estoque de materiais de enfermagem e medicamentos;
 - 19.Proporcionar ao cliente/cuidador/familiares assistência e conforto físico e emocional em situações de agonia e morte.
-

20. Participar dos procedimentos pós-morte no domicílio, conforme as rotinas do SAD.
21. Participar de pesquisas.
22. Participar de treinamentos e buscar atualização técnica constantemente.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Todos os pacientes inseridos no serviço deverão ser avaliados pelo enfermeiro, em até uma semana, após sua admissão no serviço. Serão priorizados os pacientes clinicamente instáveis com alto risco de complicações clínicas.

A consulta de enfermagem (CE) é privativa do Enfermeiro. É uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e deve seguir o seguinte roteiro: Histórico de enfermagem; Exame físico; Diagnóstico de enfermagem; Prescrição de enfermagem. A qual deve ser realizada com frequência mínimo de 1 (uma) vez por mês. Sendo possível aumentar a frequência de acordo com as peculiaridades individuais dos pacientes.

ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO AD

Exerce atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, desde que sob supervisão, orientação e direção de enfermeiro, cabendo-lhe:

1. Preparar o roteiro de visitas, separando kit de material de consumo de cada cliente, material reserva da viatura, como determinado pelo enfermeiro.
2. Preparar o cliente, em conjunto com o cuidador e/ou familiar, para consultas, exames e tratamentos, durante o atendimento domiciliário.
3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, no nível de sua qualificação;
4. Executar tratamentos especificamente prescritos ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, adaptando-as à realidade de cada domicílio, conforme rotinas estabelecidas pelo enfermeiro, tais como:
 - a- Ministrar medicamentos por via oral e parenteral;
 - b- Realizar controle hídrico;
 - c- Fazer curativos;
 - d- Verificar sinais vitais,
 - e- Aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocлизма, enema e calor ou frio;
 - f- Executar tarefas referentes à c
 - g- Conservação e aplicação de vacinas;
 - h- Efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
 - i- Realizar testes e proceder à sua leitura para subsídio diagnóstico, conforme descrito no protocolo de assistência de enfermagem do município;

- j-Colher material para exames laboratoriais;
 - k-Realizar eletrocardiograma;
 - l-Dispensar medicamentos de acordo com a prescrição médica atualizada e rotina de cada SAD;
- 5.Prestar cuidados de enfermagem no pós-operatório mediato e tardio;
 - 6.Auxiliar em procedimentos invasivos realizados pelo médico e/ou enfermeiro no domicílio;
 - 7.Executar e/ou orientar o cuidador e familiares em atividades de desinfecção, de materiais e equipamentos, quando lotados no domicílio;
 - 8.Prestar cuidados de higiene e conforto, no domicílio, quando necessário, estimulando a participação do cuidador, nas tarefas de sua competência, zelando pela segurança do cliente, nas atividades de vida diária.
 - 9.Orientar cuidados com o lixo domiciliar gerado pelo atendimento (separação, armazenamento e coleta).
 - 10.Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências do serviço;
 - 11.Orientar cuidadores para manutenção da limpeza e ordem do material e dos equipamentos cedidos ou emprestados, para a assistência no domicílio.
 - 12.Integrar a equipe multidisciplinar, e auxiliar na elaboração do projeto terapêutico;
 - 13.Promover o vínculo com o cliente, o cuidador e a família, de forma a estimular a autonomia e o autocuidado.
 - 14.Participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
 - a-Orientar o paciente após o atendimento da equipe multidisciplinar, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas, orientações dos outros profissionais, e /ou rotinas do SAD;
 - b-Auxiliar o enfermeiro e o técnico de enfermagem na execução dos programas de educação em saúde;
 - c-Participar de grupo de ações educativas aos cuidadores.
 - 15.Realizar visita domiciliar, utilizando-se de escuta ampliada, no contexto da família e da comunidade;
 - 16.Participar de triagens.
 - 17.Dispensar medicamentos prescritos, de acordo com a rotina de cada SAD;
 - 18.Realizar controle de estoque de materiais de enfermagem e medicamentos;
 - 19.Proporcionar ao cliente assistência e conforto físico e emocional em situações de agonia e morte.
 - 20.Participar dos procedimentos pós-morte no domicílio, conforme as rotinas do SAD.
 - 21.Participar de pesquisas.
 - 22.Participar de treinamentos e buscar atualização técnica constantemente.

O PAPEL DO CUIDADOR NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

- Auxiliar na transferência para cadeira/cama/mesa.
- Auxiliar no cuidado corporal - higiene e eliminações.
- Auxiliar na locomoção e atividade física apoiada.
- Estimular e auxiliar na alimentação.
- Promover lazer e recreação.
- Promover a comunicação e a socialização.
- Estimular a memória e o intelecto.
- Estimular e/ou manter seu interesse pelo autodesenvolvimento.
- Estimular, manter ou adaptar o desenvolvimento de atividades laborativas, segundo suas possibilidades e capacidades.
- Manter a limpeza e a ordem da casa ou quarto do cliente fragilizado, promovendo ambiente seguro e diminuindo riscos de acidentes.
- Assegurar um ambiente confortável para o repouso e o sono.
- Servir de elo entre o cliente/família e a equipe de AD.
- Acompanhar o cliente em consultas, exames e hospitalizações.
- Prestar cuidados elementares ao cliente em tratamento no domicílio, sob a orientação de profissionais que o assistem.
- Outras relacionadas as Atividade Instrumental de Vida Diárias – AIVD
- Conversar frequentemente com o paciente, mesmo que pareça não entender.
- Fornecer informações como: Dia da semana e horário do dia para manter nível de orientação
- Conversar sobre assuntos de interesse, e estimular que o paciente comunique e lembre-se de nomes e fatos.

SOBRE CUIDADOR

Para efeito de legislação o projeto de lei sobre o cuidador domiciliar de 1998 dispõe sobre a regulamentação das atividades exercidas por pessoas que se denominam cuidadores domiciliares e dá outras providências:

Art.1º-É livre o exercício da atividade de cuidador domiciliar, observados os preceitos dessa lei.

Art.2º-Considera-se cuidador domiciliar toda e qualquer pessoa que se dedique a empreender cuidados para com as pessoas portadoras de deficiências, crianças, idosos e que inspirem cuidados especiais na vida cotidiana em recinto doméstico.

Art.3º-As funções da atividade de cuidador domiciliar referem-se à ajuda nos hábitos de vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nos passeios, na atenção afetiva e outros que essa atividade requeira.

SÃO SITUAÇÕES DE ESTRESSE PARA O CUIDADOR

- Cuidados diretos, contínuos e intensivos
- Medo do desconhecido
- Sobrecarga quando é o único cuidador
- Cuidador idoso
- Conflitos familiares
- Demanda de cuidados e recursos disponíveis
- Sobrecarga de trabalho doméstico e/ou fora de casa
- Preconceitos e mitos da sociedade em relação ao idoso.

RECURSOS TERAPÊUTICOS

Material para curativos, medicações, instrumentais, EPI, camas, cadeiras, colchões, almofadas, aspirador, inalador, etc.

MANUAL DE NORMAS, ROTINAS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM CAMPINAS-SP

Muitas ações realizadas no ambiente hospitalar podem ser realizadas no domicílio, desde que, considerados e controlados os riscos. Neste processo são necessárias adaptações com o máximo de segurança e conforto, tanto para o cliente e sua família, quanto para o profissional que a realiza.

Para tanto, é necessário observar os seguintes princípios na realização de qualquer procedimento:

A-Segurança:

- Evitar contaminação
- Evitar acidentes
- Conservar as mãos limpas

B-Conforto:

- Evitar ruídos desnecessários
- Falar com voz moderada e pausada
- Proporcionar conforto ao paciente
- Boa postura em relação a si próprio e ao paciente

C-Economia:

- Planejar o trabalho
- Usar apenas o material necessário
- Manter o ambiente limpo e organizado

PROCEDIMENTOS E ROTINAS

E.C.G. ELETROCARDIOGRAMA

Testar o equipamento e verificar se o mesmo está completo antes de colocar na viatura.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR

MATERIAL UTILIZADO

- Aparelho completo
- Bateria e cabos: 01
- Fio de extensão: 01
- Plug "Benjamim" trifásico: 01
- Álcool 70%: 01 pote com bolas de algodão
- Eletrodo de fixação
- Papel de E.C.G. de reserva: 01

PROCEDIMENTO

1. Explicar ao paciente e família/cuidador sobre o procedimento pedindo sua colaboração se necessário.
2. Preparar o ambiente preservando a privacidade do paciente, evitando descobri-lo desnecessariamente e por tempo além do necessário.
3. Verificar PA e FC antes do procedimento. Checar voltagem e condições de aterramento no domicílio
4. Se não houver condições adequadas de aterramento utilizar solução salina (recipiente com água e sal)
5. Realizar limpeza da pele com álcool 70%, colocar gel nas placas e fixá-las nos locais indicados.
6. Desligar aparelhos eletrônicos (por exemplo: celulares, telefone sem fio, etc.), durante o procedimento
7. Retirar meias de nylon, pulseiras, relógios, correntes, ou peças de roupa com partes metálicas.
8. Realizar o registro do E.C.G.
9. Retirar as placas e o excesso de gel do paciente
10. Cobrir o paciente e limpar e guardar todo o equipamento na caixa
11. Registrar o procedimento no papel de E.C.G., com nome, FC, PA, data e horário, e também, nos prontuários.

ENTEROCLISMA OU CLISTER

É a introdução de líquidos em grande volume, no intestino, através do canal retal, com objetivo de facilitar a evacuação, amolecendo as fezes e estimulando a peristalse, portanto, um procedimento invasivo, havendo risco de perfuração da mucosa intestinal.

Cuidados de enfermagem nas alterações dos hábitos intestinais-HI

- Na visita, questionar sobre sinais de anormalidade nos HI, como frequência, consistência e cor das fezes, última evacuação, presença de dor, sangue e hemorroidas.
- Questionar hábitos alimentares, atividade (passiva ou não), uso de medicamentos, automedicação, tratamentos anteriores, adesão às orientações da equipe,
- Avisar o enfermeiro e/ou médico para que sejam programadas as próximas condutas.
- Preservar a privacidade e intimidade do paciente, evitando exposição desnecessária.
- A primeira conduta é a dieta laxativa e aumentar ingestão líquida. O próximo passo, será a prescrição medicamentosa ou clister.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR

MATERIAL UTILIZADO

- Solução glicerinada 12% ou outras, em volume de 500ml.
- Equipo para soro
- Extensor
- Sonda para clister
- Gel de lidocaina 2%
- Luvas de procedimento.

PROCEDIMENTO

- 1.São utilizadas soluções salinas, glicerinada 12% ou outras, em volume de 500ml ou mais. O gotejamento deve geralmente entre 30 e 60 minutos.
- 2.É necessário prescrição médica: volume, gotejamento, e frequência de aplicações.
- 3.O enfermeiro avalia os riscos e habilidade do cuidador, para permanência ou não de profissional de enfermagem no domicílio até o final do gotejamento.
- 4.O cuidador deverá avisar a equipe, através de ligação telefônica, sobre o resultado do procedimento.
- 5.Combinar, se possível, com o cuidador, o melhor horário para a realização do clister, pois neste dia, os cuidados lhe tomarão mais tempo.

O PAPEL DO CUIDADOR

- Preparar o leito e o paciente para o procedimento

- Higiene do paciente após o procedimento
- Seguir as orientações prescritas;
- Estar atento às alterações no H.I.

MEDICAÇÕES INJETÁVEIS E ANTIBIÓTICOTERAPIA

Cabe à equipe de enfermagem a manipulação e administração de medicamentos conforme prescrição médica, nunca devendo ser delegado a um leigo. Devemos levar em consideração alguns fatores e cuidados, sendo indispensável explicar o procedimento ao paciente e cuidador antes de realizá-lo.

É imprescindível para qualidade da antibióticoterapia, verificar na prescrição.

Nome completo do paciente;
Nome, lote e validade da Medicação;
Dosagem;
Via de administração;
Dia e Horário.

Observações importantes.

O ambiente para manipulação de medicamentos deverá ser limpo, seco e iluminado.

No preparo das medicações é importante observar aspecto da substância (se não existe alteração de coloração, presença de depósitos ou turvação).

Considerar o volume suportável para a aplicação do medicamento na via escolhida, assim como se a via encontra-se pérvia.

As bolas de algodão usadas para assepsia devem ser guardadas secas em um recipiente com tampa e o álcool em uma almotolia. Nunca manter as bolas de algodão embebidas em álcool, pois isso favorece a contaminação.

Lavar sempre as mãos antes e após o procedimento. Nunca reencapar agulhas, devendo as mesmas ser desprezadas em caixa de perfuro cortante.

Serão desprezados em lixo domiciliar, todos materiais, exceto agulhas e frascos de vidro.

A posição ideal para o idoso receber infusão venosa é em semi-fowler, se não houver contra-

indicação. Evite posicionar o suporte em local de circulação de pessoas.

Na administração parenteral realizar o procedimento de acordo com a técnica, procurando fazer rotação do local de aplicação, evitando se possível, membros plégicos, paréticos, onde tenham sido realizados, previamente, cateterismo arterial ou esvaziamento de gânglios.

Verificar os sinais vitais antes do procedimento, durante e após a infusão.

Durante toda a infusão esteja atento às reações adversas e complicações da administração IV: hipervolemia, choque pirogênico, extravasamento da solução, transfixação, edema, dor, etc. suspendendo a infusão se necessário e comunicando o enfermeiro.

Trocar o cateter venoso conforme padronizado pela CCIH ou se perceber alterações (febre, hiperemia, calor, edema, dor, etc.).

VIA INTRAVENOSA I.V. OU ENDOVENOSA E.V.

Consiste na administração de medicamentos diretamente na rede venosa utilizando agulha, cateter rígido ou flexível.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR

MATERIAL UTILIZADO

- Luva de procedimento
 - Algodão e Álcool 70%
 - Fita hipoalergênica
 - 2 agulha para aspiração
 - 1 agulha para administração da medicação
 - 2 seringas 10 ou 20ml
 - Cateter de infusão rígido ou flexível se necessário
 - Solução prescrita
 - Diluente se necessário
 - 1 Equipo
 - “Plug macho” /”Polifix”
- Caixa de perfuro cortante

PROCEDIMENTO

1. Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador. Verificar prescrição médica: medicamento, dose, via, volume, tempo/gotejamento, período de tratamento.

- 2.Reunir todo o material
- 3.Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento
- 4.Garrotear o membro escolhido
- 5.Realizar assepsia com álcool 70% e puncionar
- 6.Conectar o plug macho/polifix se o tratamento for por mais de 2 dias
- 7.Realizar fixação com fita hipoalergênica e identificar com nome, data e hora
- 8.Preparar medicação conforme prescrição
- 9.Instalar e/ou iniciar infusão
- 10.Para manter Acesso Venoso Periférico pérvio, após término, administrar com 4ml Soro Fisiológico 0,9% ou Água Destilada
- 11.Desprezar todo o material, dando o destino correto, lixo comum, lixo branco e caixa de perfuro cortante
- 12.Lavar as mãos
- 13.Realizar anotação de enfermagem, carimbar e assinar.

VIA INTRAMUSCULAR IM

É a administração direta de medicamento no tecido muscular. O volume de líquidos não deve ultrapassar 5ml.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR

MATERIAL

- Luva de procedimento
- Algodão e Álcool 70%
- 1 agulha para aspiração
- 1 agulha para administração da medicação
- 1 seringa
- Solução prescrita
- Diluente se necessário
- Caixa de perfuro cortante

PROCEDIMENTO

- 1.Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador
- 2.Verificar prescrição médica: medicamento, dose, via, volume, tempo/gotejamento, período de tratamento
- 3.Reunir todo o material
- 4.Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento
- 5.Realizar assepsia com álcool 70%

- 6.Preparar medicação conforme prescrição
- 7.Aplicar medicação no músculo escolhido
- 8.Desprezar todo o material, dando o destino correto, lixo comum, lixo branco e caixa de perfuro cortante
- 9.Lavar as mãos
- 10.Realizar anotação de enfermagem, carimbar e assinar.

VIA SUBCUTÂNEA

Os medicamentos são administrados abaixo da pele, no tecido subcutâneo. Os locais das injeções são regiões superiores externas dos braços, face anterolateral do abdome, face lateral das coxas, sendo de extrema importância alternar os locais de aplicação.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR

MATERIAL UTILIZADO

- Luva de procedimento
- Algodão e Álcool 70%
- 1 agulha para aspiração
- 1 agulha 13x4,5 para administração da medicação
- 1 seringa
- Solução prescrita
- Diluente se necessário
- Caixa de perfuro cortante

PROCEDIMENTO

- 1.Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador
- 2.Verificar prescrição médica: medicamento, dose, via, volume, tempo/gotejamento, período de tratamento
- 3.Reunir todo o material
- 4.Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento
- 5.Realizar assepsia com álcool 70%
- 6.Preparar medicação conforme prescrição
- 7.Avaliar local da punção
- 8.Aplicar a injeção com bisel lateralizado em um ângulo de 45° a 90°
- 9.Desprezar todo o material, dando o destino correto, lixo comum, lixo branco e caixa de perfuro cortante
- 10.Lavar as mãos
- 11.Realizar anotação de enfermagem, carimbar e assinar

HIPODERMÓCLISE

É a administração de fluidos via subcutânea através de um cateter agulhado ou não. Os locais de punção recomendados são: face externa das coxas na junção dos terços médio e distal, região escapular, face anterolateral do abdome e região torácica superior entre o 4º e 5º espaço intercostal, devendo essa ser a última escolha em pacientes com caquexia devido ao risco de pneumotórax.

Durante a assistência domiciliar o acesso deverá ser reavaliado em dias alternados, podendo permanecer de 5 a 7 dias. Devendo ser retirado antes caso apresente dor local, edema e/ou sinais flogísticos. Na infusão contínua o volume diário total não deve ultrapassar 3000 ml. O débito da perfusão pode variar entre 1 a 8 ml/min dependendo do volume e da solução infundida.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO

MATERIAL UTILIZADO

- Luva de procedimento
- Algodão e Álcool 70%
- 1 agulha para aspiração
- 1 cateter rígido 21G a 25G ou cateter flexível 18G a 24G para administração da medicação
- 1 seringa 10ml
- Solução prescrita
- Diluente se necessário
- Equipo se necessário
- Caixa de perfuro cortante

PROCEDIMENTO

- 1-Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador
- 2-Verificar prescrição médica: medicamento, dose, via, volume, tempo/gotejamento, período de tratamento
- 3-Reunir todo o material
- 4-Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento
- 5-Realizar assepsia com álcool 70%
- 6-Preparar medicação conforme prescrição
- 7-Avaliar local da punção
- 8-Preencher o cateter rígido com SF0,9%
- 9-Introduzir a agulha em ângulo de 30º a 45º com bisel voltado para cima, verificando se não pegou nenhum vaso sanguíneo
- 10-Realizar fixação com fita hipoalergênica e identificar com nome, data e hora
- 11-Para manter Acesso Venoso Periférico pérvio, após término, administrar com 4ml Soro Fisiológico 0,9% ou Água Destilada

- 12-Desprezar todo o material, dando o destino correto, lixo comum, lixo branco e caixa perfuro cortante
13-Lavar as mãos
14-Realizar anotação de enfermagem, carimbar e assinar

TRAQUEOSTOMIA

O termo traqueostomia refere-se à operação que realiza uma abertura e exteriorização da luz traqueal. O paciente traqueostomizado mantém uma via aérea artificial e, conseqüentemente, necessita de cuidados para evitar complicações relacionadas à presença do cuff, lesões e infecção local, ressecamento das secreções pulmonares, obstrução da cânula, risco de broncoaspiração e desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica (LINDGREN apud VIANA; WHITAKER, 2011).

Dentre esses cuidados está a necessidade de troca rotineira, manter subcanula limpa, cuidados com a pele e o tubo traqueal. Como protocolo o tempo de troca de uma traqueostomia metálica é de a cada 4 meses ou se necessário, visto peculiaridades individuais.

O profissional Enfermeiro tem competência técnico-científica para a execução da troca da cânula de traqueostomia (externa e interna), tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar.

Obs: Traqueostomia deve ser trocada apenas por uma de mesmo material para manter a qualidade do material.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO

MATERIAL UTILIZADO

- EPI's
- Traqueostomia com numero adequado ao procedimento
- Cadastrar de fixação
- Gazes
- Gel de xilocaína/Soro fisiológico 0,9%

PROCEDIMENTO

- 1-Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador.
- 2-Reunir todo o material
- 3-Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento
- 4-Deixe todo material pronto para troca
- 5-Retire a cânula suavemente e introduza a nova cânula.
- 6-Troque as gazes entre a pele e o tubo traqueal

7-Fixe o cadarço.

8-Realizar anotação de enfermagem, carimbar e assinar.

ORIENTAÇÃO A FAMÍLIA E AO PACIENTE

Para manter limpa e livre de infecções a pele e o tubo traqueal, você precisa seguir as orientações:

- Retire a subcânula;
- Lave com água e detergente líquido, escovando-a por dentro para retirar toda secreção acumulada
- Recoloque a subcânula dentro da cânula.
- Troque as gazes que estão entre a sua pele e o tubo traqueal;
- Coloque duas gazes dobradas entre o tubo traqueal e a pele do pescoço;
- Faça a limpeza no pescoço e ao redor do tubo traqueal, utilizando uma gaze umedecida com água potável ou soro fisiológico 09%.
- Realize este cuidado sempre que necessário.
- Realizar a troca do cadarço sempre que tiver sujo ou úmido, atentando se ao cuidado de não pressionar a região cervical demasiadamente, mantendo um espaço de 1cm entre o cordão e a pele.

CISTOSTOMIA

Uma cistostomia suprapúbica ou vesicostomia é uma abertura cirúrgica feita acima do osso púbico até a bexiga. Um tubo ou cateter urinário é introduzido na bexiga e mantido no lugar com um balão e/ou suturas (pontos).

O profissional Enfermeiro tem competência técnico-científica para a execução da troca da cistostomia tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar.

Dentre os cuidados necessário com a cistostomia está a necessidade de troca rotineira e limpeza do local da inserção, como protocolo o tempo de troca fica estabelecido de acordo com a característica do sistema e da urina, visto as peculiaridades individuais.

Em caso de perfuração da bolsa coletora há necessidade de troca de todo o sistema coletor inclusive o cateter interno.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO

MATERIAL UTILIZADO

- Luvas estéreis.

- Cateter vesical de demora estéril descartável.
- Clorexedine solução 2%
- Compressas de gaze estéril.
- Lidocaína gel.
- Coletor de urina de sistema fechado.
- Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
- Seringa de 20 ml.
- Água destilada – ampola.
- Campo fenestrado.

PROCEDIMENTO

- 1-Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador e Posicionar a paciente confortavelmente.
- 2-Lavar as mãos.
- 3-Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
- 4-Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal.
- 5-Calçar as luvas estéreis.
- 6-Realizar antisepsia da região com clorexedine solução 2% e gaze estéril com movimentos únicos: Horizontalmente, do centro a periferia da ostomia.
- 7-Lubrificar bem o cateter vesical de demora com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
- 8-Introduzir o cateter pré-conectado a um coletor de drenagem de sistema fechado, utilizando técnica asséptica estrita.
- 9-Introduzir suavemente o cateter.
- 10-Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), ou de acordo com a recomendação do fabricante, observar a presença de diurese.
- 11-Fixar o cateter.
- 12-Secar a área e manter paciente confortável.
- 13-Lavar as mãos.
- 14-Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
- 15-Registrar procedimento em planilha de produção.

ORIENTAÇÕES A FAMÍLIA E AO PACIENTE

O curativo deve ser trocado diariamente, ou com maior frequência, se necessário.

- Lave as mãos.
- Remova o curativo antigo.
- Limpe a pele em torno do cateter com soro fisiológico 0,9%.
- Aplique curativo no local da inserção, fixando-os com micropor ou curativo transparente, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora e acabe irritando a bexiga.
- Lave as mãos após procedimento.

GASTROSTOMIA

Gastrostomia é uma abertura feita cirurgicamente no estômago para o meio externo, com finalidade de facilitar a alimentação enteral para o cliente e administração de líquidos ou medicamentos, quando a mesma está impossibilitada por via oral.

Dentre os cuidados necessário com o cateter da gastrostomia está a necessidade de troca rotineira. De acordo com protocolo o tempo de troca fica estabelecido a cada 3 meses, de acordo com a indicação do fabricante ou ainda se necessário, visto peculiaridades individuais.

O profissional Enfermeiro tem competência técnico-científica para a execução da troca do cateter de gastrostomia tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO

MATERIAL UTILIZADO

- Luvas de procedimento
- Cateter de foley de silicone ou de gastrostomia.
- Compressas de gazes
- Lidocaína gel 2%
- Seringa de 20 ml.
- Água destilada – ampola.

PROCEDIMENTO

- 1-Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador e Posicionar a paciente confortavelmente.
- 2-Lavar as mãos.
- 3-Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal.
- 4-Calçar as luvas de procedimento.
- 5-Realizar antisepsia da região com soro fisiológico 0,9% e gazes com movimentos únicos: Horizontalmente, do centro a periferia da ostomia.
- 6-Lubrificar bem o cateter com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
- 7-Introduzir o cateter, utilizando técnica asséptica estrita.
- 8-Introduzir suavemente o cateter.
- 9-Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), ou de acordo com recomendação do fabricante.
- 10-Fazer ausculta de borborigmo.
- 11-Aplique curativo no local da inserção, fixando-os com micropor ou curativo transparente, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora.
- 12-Lavar as mãos.

13-Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

14- Registrar procedimento em planilha de produção.

ORIENTAÇÕES A FAMÍLIA E AO PACIENTE

O curativo deve ser trocado diariamente, ou com maior frequência, caso fique sujo ou se solte.

- Lave as mãos.
- Remova o curativo antigo.
- Limpe a pele em torno do cateter com soro fisiológico 0,9%.
- Aplique curativo no local da inserção, fixando-os com micropor ou curativo transparente, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora.
- Quanto ao cateter de gastrostomia, curve-o delicadamente, prendendo-o à pele com micropore a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora.
- Lave as mãos.

URIPEN

É uma sonda externa feita de borracha fina, também conhecida como sonda de camisinha, pois é colocada no pênis como uma camisinha. A mangueira do uripen é encaixada a um frasco coletor de urina, também conhecido como sistema aberto.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR

Procedimento para colocá-lo:

- Raspe os pêlos da região genitália.
- Lave o pênis com água e sabão e seque bem
- Selecione o tamanho adequado.
- Coloque o uripen como se ele fosse uma camisinha, e deixe um espaço livre na ponta do pênis.
- Coloque o micropore (esparadrapo especial) em base do pênis fixando uripen.
- Conectar em frasco coletor.

Obs:

Retirar o uripen uma vez ao dia para lavar e secar bem o pênis.

Examinar o pênis com frequência e se estiver com lesões ou inchaço, deixe a pessoa sem o uripen e utilize fraldas, até que as lesões estejam curadas.

Trocar uripen diariamente e após higiene.

Reutilizar uripen no máximo por 3 trocas.

O uripen deve ser lavado com água corrente, secar em temperatura ambiente, colocar pequena quantidade de talco/amido de milho para sua reutilização.

ASPIRAÇÃO OROFARÍNGEA E ENDOTRAQUEAL

INDICAÇÕES

É indicada para remover secreções da boca e da faringe, desobstruindo a entrada de ar das vias aéreas superiores, bem como traquéia e brônquios dos pacientes de acordo com a necessidade, ou seja, acúmulo de secreções.

OBJETIVO DA TÉCNICA

- Manter as vias aéreas livres e permeáveis;
- Garantir ventilação e oxigenação adequadas;
- Prevenir infecções;
- Prevenir complicações no quadro clínico geral do paciente, provocado por acúmulo de secreções nos pulmões.

KIT DO PACIENTE

- 30 sondas de aspiração endotraqueal/mês com a numeração adequada (trocar 01 sonda a cada 24 horas);
- 100 luvas de procedimento/mês (01 caixa);
- 02 a 04 pacotes de gazes não estéreis por mês
- Escovinha para limpeza da cânula traqueal externa.
- Cadarço
- Obs. Orientar o cuidador para limpar todo o material diariamente.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR

MATERIAL UTILIZADO

- Luvas de Procedimento
- Aspirador Portátil
- Extensão de Látex
- Frasco Coletor de Secreções (aspiração)
- Cateter de aspiração orotraqueal (Para RN - numeração: 06-08 e adultos entre 08-14)

PROCEDIMENTO

- 1-Avaliar a viabilidade da técnica limpa ou asséptica (enfermeiro).
- 2-Orientar o paciente e pedir sua colaboração;
- 3-Lavar as mãos antes e após procedimento conforme técnica;
- 4-Preparar todo material e colocar em local acessível;
- 5-Lavar a cânula de traqueostomia, com água e sabão no mínimo a cada 24 horas ou sempre que necessário.

- 6-Montar o cateter no aspirador;
- 7-Posicionar o paciente com a cabeça fletida para um dos lados;
- 8-Calçar as luvas e outros EPI (óculos e máscara).
- 9-Introduzir o cateter fechado na cânula de traqueostomia
- 10-Retirar o cateter, aspirando com movimentos giratórios para não lesar a traquéia
- 11-Aspirar a água fervida ou filtrada do recipiente, quantas vezes for necessário, para garantir a limpeza do interior do cateter e extensão de látex (retirada de secreções)
- 12-Repetir a aspiração quantas vezes forem necessárias, não esquecendo sempre de verificar o padrão respiratório do paciente
- 13-Reposicionar o paciente para que fique confortável
- 14-Lavar o material e armazenar o cateter em recipiente fechado.

LIMPEZADOS MATERIAIS

Todo material usado na aspiração (cateter, extensão de látex, frasco coletor de secreções, recipiente da água) lavar com água e sabão comum, enxaguar com abundância até que se garanta a remoção da sujidade e do sabão. Após enxugar o cateter com uma toalha ou pano específico para o procedimento, assegurando a secagem interior com ar sob pressão por meio de seringa e acondicionar a sonda em recipiente fechado.

Obs. O látex de ser trocado 1 vez por semana pelo SAD, ou antes se necessário. O frasco deve ser lavado no mínimo 3 vezes ao dia, para evitar acúmulo de crostas em seu interior, minimizando riscos de contaminação.

COMPLICAÇÕES

- Atelectasia (é a diminuição da complacência pulmonar, aumento da desproporção entre a ventilação/perfusão e a queda de oxigênio. A localizada é geralmente provocada por secreções retidas ou obstrução das vias aéreas por corpo estranho, ou por introdução do tubo no brônquio);
- Lesão Traqueal
- Hipoxia devido às obstruções (rolhas)
- Parada Cardio-Respiratoria – PCR.

CATETER VESICAL DE DEMORA E DE ALIVIO – CVD E CVA

Cateterismo vesical: É a introdução de um cateter na bexiga, através da uretra para drenagem de urina.
Uretral supra-púbica: Uretra feminina= 3 a 4 cm . Uretra masculina aproximadamente 18 cm.

INDICAÇÕES

- Retenção urinária
- Pré - operatório
- Pós - operatório
- Monitorização do débito urinário
- Determinação de urina residual bexiga neurogênica
- Obtenção de urina para exame (CVA)
- Sistema fechado de drenagem

OBJETIVOS

- Obter amostras de urina, livre de contaminação (CVA);
- Impedir a distensão da bexiga (CVD)
- Manter o cateter nos casos de incontinência urinária (CVD)
- Irrigar a bexiga no caso de ressecção trans-uretral de próstata (RTU);
- P.O. prostatectomia (CVD 3 vias);
- Intervir na retenção urinária, controle de diurese.
- Auxiliar em exames (Cistostomia, Uretrocistografia miccional)

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

EXECUTANTES: ENFERMEIRO

MATERIAL UTILIZADO

- Luvas estéreis.
- Sonda uretral estéril descartável.
- Clorexedine Solução 2%
- Compressas de gaze estéril.
- Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
- Campo fenestrado.
- Frasco para coleta de urina se necessário.
- Lidocaína gel.

PROCEDIMENTO

Paciente do sexo feminino

- 1-Posicionar a paciente confortavelmente.
- 2-Lavar as mãos.

- 3-Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
- 4-Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.
- 5-Calçar as luvas estéreis.
- 6-Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados até que o cateterismo termine.
- 7-Realizar antisepsia da região perineal com clorexedine 2% e gaze estéril com movimentos únicos.
- 8-Evitar contaminar a superfície da sonda.
- 9-Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
- 10-Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
- 11-Secar a área, tornar o paciente confortável.

Paciente do sexo masculino

- 1-Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
- 2-Realizar a assepsia com clorexedine solução 2% e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente.

Após, da glândula até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.

- 3-Usar as luvas estéreis, introduzir a sonda dentro da uretra até que a urina flua.
- 4-Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
- 5-Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
- 6-Secar a área, tornar o paciente confortável.
- 7-Lavar as mãos.
- 8-Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar. (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
- 9-Registrar procedimento em planilha de produção.
- 10-Manter ambiente de trabalho em ordem.

CATETERISMO INTERMITENTE: AUTO - SONDAGEM

EXECUTANTES: PACIENTE

MATERIAL PARA USO DOMICILIAR

Material para Sondagem Vesical Intermitente para uso contínuo para um mês:

- 30 sondas uretrais de alívio (1 de reserva)

- 30 seringas de 10 ml para lavar.
- 08 tubos de gel anestésico 2 %
- 01 pacote com 500 gaze não estéreis para higiene local.
- O CVA é feito de acordo com características individuais dos pacientes.

ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE NO DOMICÍLIO

CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE

Considerações:

Na sondagem vesical realizada no domicílio, seguindo-se os princípios abaixo, é possível reutilizar a sonda vesical de alívio sem aumento do risco de infecção por bactéria diferente daquela do indivíduo.

- Lavar bem as mãos com sabão e água corrente.
- Colocar todo o material que vai usar ao alcance das suas mãos.
- Realizar a limpeza local com sabão neutro, utilizando gaze, retirar o sabão com água corrente, utilizando outra gaze, seguindo a orientação do enfermeiro.
- Lavar novamente as mãos com sabão e água corrente.
- Abrir a embalagem original da sonda, conferir se o número é o definido.
- Passar gel anestésico 2 % na extremidade da sonda que será introduzida (2 cm).

Passar a sonda na uretra como orientado pelo enfermeiro. Massagear a região da bexiga

- para favorecer a saída da urina. Aguardar o esvaziamento completo da bexiga.
- Retirar a sonda após esvaziar a bexiga.
- Lavar a sonda por dentro, com auxílio da seringa, com água corrente.
- Colocar sabão numa gaze e deslizar a gaze na sonda, uma única vez. Lavar a sonda por fora com água corrente para retirar o sabão.
- Guardar a sonda e a seringa num vidro bem limpo ou marmitta (lavado com água fervente diariamente) e tampar.
- Manter o pacote com gaze tampado em local limpo e seco.
- Utilizar 1 (uma) sonda e uma seringa 10 ml por dia . Após isto, desprezar a sonda no lixo.

CATETERISMO INTERMITENTE FEITO POR OUTRA PESSOA

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR

Considerações :

Na sondagem vesical realizada no domicílio, seguindo-se os princípios abaixo, é possível reutilizar a sonda vesical de alívio sem aumento do risco de infecção por bactéria diferente daquela do indivíduo.

- Lavar bem as mãos com sabão e água corrente.
- Calçar a luva na mão que vai realizar a limpeza local, seguindo a orientação do enfermeiro. Retirar a luva e jogá-la no lixo.
- Lavar novamente as mãos com sabão e água corrente.
- Abrir a embalagem original da sonda, conferir o número definido pelo seu médico.
- Calçar a luva de procedimento na mão que vai passar a sonda, como orientado pela enfermeira.
- Passar gel anestésico 2 % na extremidade da sonda a ser introduzida (2 cm).
- Massagear a região da bexiga para favorecer a saída da urina. Aguardar o esvaziamento completo da bexiga.
- Retirar a sonda após esvaziar a bexiga.
- Lavar a sonda por dentro, com auxílio da seringa, com água corrente.
- Colocar sabão numa gaze e deslizar a gaze na sonda, uma única vez.
- Jogar a gaze no lixo. Lavar a sonda por fora com água corrente, para retirar o sabão.
- Guardar a sonda e a seringa em um vidro bem limpo ou marmitta (lavado com água fervente diariamente) e tampar.
- Retirar a luva e jogá-la no lixo
- Manter o pacote com gazes tampado em local limpo e seco.
- Utilizar 1 (uma) sonda por dia . Após isto, desprezar a sonda no lixo.

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

EXECUTANTES: ENFERMEIRO

MATERIAL UTILIZADO

- Luvas estéreis.
- Sonda folley estéril descartável.
- Clorexedine solução 2%
- Compressas de gaze estéril.
- Lidocaína gel.
- Coletor de urina de sistema fechado.
- Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
- 2 Seringas de 20 ml.
- Água destilada – ampola ou Soro Fisiológico 0,9%
- Campo fenestrado.

PROCEDIMENTO**Paciente do sexo feminino**

- 1-Posicionar a paciente confortavelmente.
- 2-Lavar as mãos.
- 3-Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
- 4-Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.
- 5-Calçar as luvas estéreis. 16
- 6-Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados, até que o cateterismo termine.
- 7-Realizar antissepsia da região perineal com clorexedine solução 2% e gaze estéril com movimentos únicos: Horizontalmente, do meato até monte de Vênus. A seguir, verticalmente do meato até final da comissura labial posterior, inicialmente sobre grandes lábios, após entre grandes e pequenos lábios e, por último, em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
- 8-Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
- 9-Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado, bem lubrificada por 5 a 7 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita.
- 10-Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência.
- 11-Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), certificando-se de que a sonda está drenando adequadamente.
- 12-Fixar a sonda de demora, prendendo-a juntamente com o equipo de drenagem na coxa.
- 13- Secar a área e manter paciente confortável.
- 14-Lavar as mãos.
- 15-Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
- 16-Registrar procedimento em planilha de produção.
- 17-Manter ambiente de trabalho em ordem.

Paciente do sexo masculino

- 1-Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
- 2-Realizar a antissepsia com clorexedine solução 2% e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente. Após, da glândula até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
- 3-Introduzir a sonda dentro da uretra quase até sua bifurcação, até que a urina flua.
- 4-Quando a resistência é sentida no esfíncter externo, aumentar discretamente a tração do pênis e aplicar pressão suave e contínua sobre a sonda. Pedir para que o paciente faça força (como se estivesse urinando), para ajudar a relaxar o esfíncter.

- 5-Insuflar balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml).
- 6-Fixar a sonda de demora, prendendo-a abaixo do umbigo na vertical.
- 7-Secar a área e manter paciente confortável.
- 8-Lavar as mãos. Bb
- 9-Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
- 10-Registrar procedimento em planilha de produção.
- 11-Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÃO

- Troca do CVD. Dar-se, de acordo com a característica/aspecto da urina bem como do equipamento, após avaliação feita pelo enfermeiro/médico, conforme nova orientação da CCIH do HOSPITAL MUNICIPAL DRº MARIO GATTI.- HMMG. RETIRADA DO CVD: Deve ser prescrito pelo médico.

MATERIAL UTILIZADO

- Saco de lixo;
- luva de procedimento;
- seringa.

PROCEDIMENTO

- Verificar a bolsa coletora (volume, cor, aspecto da urina);
- Calçar luvas de procedimento;
- Aspirar o soro fisiológico do cuff (mesmo volume que foi colocado);
- Retirar a sonda;
- Desprezar no lixo.

TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

A administração intravenosa de sangue total ou hemocomponentes pode ser definida como a transferência de sangue e hemocomponentes de um indivíduo (doador) para outro (receptor). Está indicada para pacientes que sofreram perda sanguínea significativa ou alterações hematológicas decorrentes de doenças ou procedimentos (ex.: choque, traumatismo, hemorragia, doenças sanguíneas, intervenções cirúrgicas, entre outros).

A infusão só poderá ocorrer após a confirmação da identidade do paciente e sua compatibilidade com o produto (glóbulos vermelhos, plaquetas, fatores da coagulação, plasma fresco congelado, glóbulos brancos).

A administração deve limitar-se, sempre que possível, ao componente sanguíneo que o indivíduo necessita, pois a administração do produto específico é mais segura e evita reações em decorrência da infusão de componentes desnecessários.

Erros na administração de sangue total e hemocomponentes comprometem a segurança do paciente.

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR

Obs.: A transfusão é realizada sempre na presença do Médico responsável durante todo o procedimento no domicílio.

MATERIAL UTILIZADO

- EPI's
- Algodão e Álcool 70%
- Fita hipoalergênica
- 2 agulha para aspiração
- 1 agulha para administração da medicação
- 2 seringas 10 ou 20ml
- Cateter de infusão rígido ou flexível se necessário
- Diluente se necessário
- 1 Equipo
- Plug macho/Polifix
- Caixa de perfuro cortante

PROCEDIMENTO

- 1-Certifique-se de que o cliente e/ou cuidador declarou consentimento para a infusão de sangue e hemocomponentes.
- 2-Encaminhar tubos de coleta em no máximo 24 da transfusão.
- 3-O sangue e/ou hemocomponentes deve ser transportado e permanecer, até a sua infusão, em caixa térmica na temperatura entre 2 e 8 °C.
- 4-Confirme a identificação do cliente, a prescrição médica e o rótulo do hemocomponente, antes da sua administração. Esta verificação deverá ocorrer DUAS vezes antes de iniciar a infusão.
- 5-Mantenha o sangue e alguns componentes por no máximo 30 minutos em temperatura ambiente antes de iniciar a infusão.
- 6-Avalie os sinais vitais do cliente imediatamente antes, durante e após o procedimento.
- 7-Avalie a permeabilidade do cateter intravenoso e a ausência de complicações, como infiltração ou flebite, antes da instalação do produto.
- 8-Realize a infusão em via exclusiva.

- 9-Permaneça junto ao cliente nos primeiros 15 minutos após a instalação para identificar possíveis sinais de reações adversas (aumento da temperatura corpórea, exantema ou rash cutâneo, prurido, edema, vertigem, cefaleia, tremores, calafrios e dor). Após este período avalie o paciente a cada 30 ou 45 minutos.
- 10-Interrompa imediatamente a administração na vigência de um ou mais sinais de reação adversa e mantenha a permeabilidade do cateter intravenoso com solução salina. Proteja a extremidade do equipo para evitar contaminação e encaminhe a bolsa contendo o sangue total ou hemocomponente ao banco de sangue para análise. Verifique a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura do cliente.
- 11-Mantenha a infusão por no máximo quatro horas, devido ao risco de contaminação e ou alterações do produto.
- 12-Se necessário realize a infusão de solução salina, após a administração do produto, com o objetivo de manter a permeabilidade do cateter.
- 13-Despreze a bolsa de sangue após a infusão em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura, conforme RDC - Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- 14-Devolver ao banco de sangue as bolsas usadas na transfusão.
- 15-Anexar a identificação das bolsas de sangue utilizadas no prontuário do paciente.

PARACENTESE

A paracentese consiste na introdução de um cateter ou agulha na cavidade peritoneal com o objetivo de retirar líquido da cavidade abdominal.

EXECUTANTES: MÉDICO.

CABE A EQUIPE DE ENFERMAGEM TODO PREPARO NECESSÁRIO AO PROCEDIMENTO DESCRITO ABAIXO.

MATERIAL UTILIZADO

- Clorexedine solução 2% e aquoso 0,2%
- Luvas estéreis
- Lidocaína a 2% sem adrenalina
- Agulhas
- Cateter 14G/16G
- Seringas de 5ml, 10ml e 20ml
- Campo esterilizado com buraco
- Frasco coletor para drenagem graduado ou a vácuo

- Torneira de três vias
- Equipo
- Tubos secos para análise
- Micropore e gases estéreis
- Bandeja com material de pequenas cirurgias.

AÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO A PARACENTESE

- 1- Informar o paciente/cuidador de todos os passos do procedimento
- 2- Pedir ao paciente para urinar se necessário.
- 3- Instalar o paciente adequadamente.
- 4- Proceder à lavagem higiênica das mãos antes e após o procedimento.
- 5- Colocar avental, máscara, óculos e luvas.
- 6- Avaliar parâmetros vitais.
- 7- Preparar todo o material necessário e colocar junto do paciente
- 8- Posicionar o paciente corretamente.
- 9- A posição de sentado é a preferida para que os intestinos flutuem acima do local da paracentese.
- 10- Preparar o local de punção, higiene e tricotomia se necessário.
- 11- Manter técnica asséptica na preparação e manutenção do material.
- 12- Colaborar com o médico no procedimento.
- 13- Aproximar os tubos para a coleta.
- 14- Conectar a torneira de três vias, o sistema de soro e o frasco coletor.
- 15- Colocar adesivo para fixar o cateter.
- 16- Reposicionar o paciente.
- 17- Fixar corretamente o cateter com adesivo.
- 18- Colocar o saco coletor abaixo do local da punção.
- 19- Avaliar parâmetros vitais.
- 20- Proceder aos cuidados com o material utilizado, assim como do líquido ascítico recolhido.
- 21- Proceder aos registros de enfermagem.
- 22- Registrar: quantidade, aspecto e cor do líquido drenado
- 23- Reação do paciente ao procedimento
- 24- Parâmetros vitais
- 25- Retirar cateter ou agulha fazendo compressão do local com curativo.
- 26- A quantidade de líquido drenado deve ser limitado a 1 ou 2 litros ou critério médico.
- 27- Orientar o paciente/cuidador sobre:
- 28- Manter repouso
- 29- Vigiar local da punção quanto a hematomas, sangramentos e saída de líquidos.
- 30- Colocar o paciente no decúbito contrário ao local da punção durante 2 horas a fim de evitar drenagem espontânea.
- 31- Efetuar uma observação cuidadosa e sistemática do paciente.

NUTRIÇÃO PARENTERAL (NP)

A NP é uma “solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios vitaminas e minerais, estéril, apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas” (Portaria No 272/98, parágrafo 3.4). “O enfermeiro é responsável pela administração da NP e prescrição dos cuidados de enfermagem em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar” (Portaria. Nº 272/98, parágrafo 5.6.1).

OBJETIVO:

Indica-se a via parenteral para terapia nutricional, quando há contra-indicação absoluta para o uso do trato gastro-intestinal (fistulas digestivas de alto débito, pancreatite na fase aguda, íleo paralítico prolongado, fase inicial de adaptação nas síndromes de intestino curto, etc). Também se utiliza a NP se o trato gastro-intestinal não está tolerando receber todo aporte calórico proteico indicado, paralelamente à NE ou VO, mediante cálculo adequado do aporte das duas vias.

EXECUTANTES: Compete ao enfermeiro: Inserção do CVP, instalação da Bolsa de NP e sistematizar a assistência de enfermagem em NP.

Ao Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem poderá ser delegado monitorização de infusão da NP, sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

MATERIAL UTILIZADO

- Campo cirúrgico para montagem do material.
- EPIs
- Bolsa da NP
- Equipamento fotossensível s/n de bomba de infusão.
- Capa protetora
- Álcool 70% e gases estéreis.
- Bomba de infusão.

PROCEDIMENTO

- 1-Reunir o material sobre a campo cirúrgico.
- 2-Conferir rótulo da NP, checando: nome completo do paciente, via de acesso, data de validade, tipo da solução, osmolaridade e tempo de infusão de acordo com a prescrição médica.
- 3-Verificar homogeneidade da solução (caso haja qualquer alteração, como: cristais, precipitação, alteração na coloração, etc), separar o frasco e comunicar imediatamente a farmácia.

- 4-Retirar a bolsa da geladeira, a ser infundida, aproximadamente 2 h antes de sua infusão, colocando-a em local isento de luz e umidade, (é proibido aquecer a bolsa de NP).
- 5-Higienizar as mãos;
- 6-Colocar a máscara;
- 7-Calçar luvas de procedimento;
- 8-Apoiar a bolsa na bancada ou carrinho, mantendo-a em posição horizontal;
- 9-Realizar desinfecção da via de conexão da bolsa ao equipo com álcool 70%;
- 10-Conectar o equipo à bolsa de NP com rigor asséptico e preenchê-lo com a solução, não deixando bolhas de ar no sistema;
- 11-Proteger a solução de NP da luz com a capa protetora;
- 12-Explicar o procedimento ao paciente/cuidador
- 13-Programar a bomba de infusão, realizando controle rigoroso de gotejamento;
- 14-Avaliar o acesso venoso levando em consideração a via prescrita (central ou periférica), analisando presença de sinais flogísticos;
- 15-Realizar desinfecção de cateter, com álcool à 70%;
- 16-Verificar a permeabilidade do acesso venoso com 03 ml de SF 0,9%, bem como manter acesso salinizado;
- 17-Instalar equipo da NP em via indicada;
- 18-A NP deve ser infundida em acesso exclusivo em MMSS.
- 19-Retirar luvas de procedimento;
- 20-Higienizar as mãos;
- 21-Checar na prescrição médica;
- 22-Anotar procedimento no relatório de enfermagem, salientando as condições em que foi realizado;
- 23-Verificar e registrar SSVV 2/2h e glicemia capilar a cada 6h ou conforme prescrição médica;
- 24-Observar, anotar e comunicar: tremores, sudorese, dispneia, cianose, hipertermia, cefaleia, náuseas e vômitos.

Observações:

- A bolsa de NP pode ser infundida em até 24hrs após sua instalação, observando a peculiaridade do horário de funcionamento de serviço, bem como do paciente/cuidador e o prazo de validade da bolsa. Tendo como tempo, adequado máximo, de 8 horas.
- A nutrição parenteral periférica não deve ultrapassar 800mosmol/l ou 12,5 % de glicose.
- A temperatura adequada para a infusão é a ambiente, desde que sem extremos.
- Utilizar equipo de bomba de infusão (fotosensível) de acordo com a farmácia de manipulação da NP.
- A infusão rápida pode provocar hiperglicemia aguda e alterações eletrolíticas(devido a glicose e emulsão lipídica)
- Em cateter central duplo-lumen deverá ser utilizado a via distal para infusão da NP.
- Observar cuidados para evitar hipoglicemia e alterações metabólicas.
- Manter cuidados com assepsia para evitar flebite.

Cuidados especiais: Na ocorrência de sinais clínicos de bacteremia:

- Suspende imediatamente a infusão.
- Comunicar o médico responsável.
- Proteger a ponta do equipo, não desconectá-lo da bolsa e armazená-los sob refrigeração.
- Avisar imediatamente o serviço de farmácia.
- Anotar na evolução de enfermagem: o intervalo entre o horário da instalação até o início da bactériemia, os dados do produto (n. Do lote, validade, via de acesso, fabricante, componente, características do local de inserção do cateter).

Equipe de Enfermagem

- Evitar desconexão e interrupções da infusão da NP, pois a abertura do sistema de infusão aumenta em muito o risco de contaminação da solução e a colonização do cateter. Se seu paciente será submetido a algum exame, interrompa o procedimento.
- Se a via de acesso for periférica, realizar troca da punção venosa a cada 72 hrs.
- Se a via de acesso for central, realizar curativo conforme protocolo, observando aspecto da inserção do cateter.
- Realizar anotação no relatório de enfermagem dos procedimentos realizados, bem como intercorrências.

CATETER DE NUTRIÇÃO ENTERAL - CNE

Terapia Nutricional Enteral (TNE) pode ser definida como um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção e recuperação do estado nutricional de pacientes, incapazes de satisfazer suas necessidades nutricionais e metabólicas por via oral.

Atribuições do Enfermeiro na NE

O enfermeiro/médico deve assumir o acesso ao trato gastrointestinal (Catéter com fio guia introdutor). A introdução de “sonda nasogástrica sem introdutor” (Catéter de Levine) poderá ser delegada ao técnico ou auxiliar de enfermagem, sob orientação e supervisão do enfermeiro.

Cuidados de Enfermagem na NE

É responsabilidade do enfermeiro

- Introdução e manutenção da CNE
- Supervisão e/ou administração da dieta de acordo com prescrição médica.
- Monitoração rigorosa e periódica do paciente recebendo NE (observar e registrar posicionamento da sonda, sinais vitais, volume total de líquidos, eliminações)
- Prescrever condutas de rotina e em casos de complicações.

- Preparo, orientação e acompanhamento do paciente/família/cuidador quanto aos procedimentos e cuidados relacionados à NE no domicílio

TÉCNICA DE INSERÇÃO DE CATETER PARA NE

EXECUTANTES: ENFERMEIRO

MATERIAL UTILIZADO

- Cateter para NE de poliuretano ou silicone, tamanhos 8 a 12 F
- Luvas de procedimento
- Mandril (fio guia)
- Gazes
- Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel 2%) ou água
- Seringa 20ml
- Copo com água filtrada ou fervida
- Estetoscópio
- Fita adesiva não alergênica

Posicionamento gástrico

- 1-Reunir o material à beira do leito
- 2-Explicar o procedimento ao paciente e cuidador.
- 3-Proteger o paciente e a cama com a toalha, posicionando-o sentado ou em fowler a 45°.
- 4-Lavar as mãos e calçar luvas.
- 5-Se não tiver condições para colaborar, fletir a cabeça para frente.
- 6-Retirar próteses dentárias, se necessário.
- 7-Medir o comprimento da sonda a partir do lóbulo da orelha até a base do nariz e dessa até a parte inferior do apêndice xifóide e acrescentar mais 5 a 10 cm. Marcá-la com esparadrapo para visualizar o tamanho da sonda a ser introduzida.
- 8-Posicionar o paciente em semi-fowler, mantendo a cabeça em posição de deglutição (fletida para frente), alinhada em relação ao tronco.
- 9-Testar as narinas e introduzir a sonda lubrificada na narina mais desobstruída. Passar a sonda até a nasofaringe, dirigindo-a para baixo e para trás. Quando a sonda alcançar a orofaringe solicitar que o paciente que inspire profundamente e degluta várias vezes e se necessário dar-lhe um gole d'água, para ajudar na progressão da sonda para o esôfago.
- 10-Não forçar a passagem da sonda caso esta apresente resistência. A rotação suave pode ajudar.
- 11-Continuar a progressão da sonda até a marca definida.
- 12-Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresentar náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose.

- 13-Verificar se a sonda está no estômago, utilizando sempre os testes abaixo:
- 14-Solicitar ao paciente que fale, pois se a voz estiver alterada a sonda pode estar localizada na traquéia.
- 15-Mergulhar a ponta externa da sonda na água e pedir para que o paciente expire. Se borbulhar a sonda pode estar no pulmão e deve ser retirada.
- 16-Adaptar uma seringa na ponta externa da sonda, insuflar ar (10 ml), e auscultar o estômago com estetoscópio. A entrada de ar no estômago provoca um ruído característico do tipo bolhas na água.
- 17-Aspirar com a seringa, verificando o retorno de líquido gástrico.
- 18-Retirar o mandril com cuidado (após lubrificação se necessário).
- 19-Verificar a posição da sonda, novamente, injetando ar em bolo.
- 20-Na ausência de ausculta ou de retorno, repassar a sonda.
- 21-Tapar a conexão da sonda.
- 22-Retirar as luvas.
- 23-Fixar a sonda e deixar o paciente confortável.
- 24-Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado, e deixar na casa do paciente, para repassar a sonda se necessário.
- 25-Lavar as mãos.
- 26-Iniciar a NE logo após a confirmação da posição da sonda.

Posicionamento no duodeno:

- 1-Se a posição pós-pilórica da sonda for indicada:
- 2-Antes do procedimento, administrar a medicação gastro-cinética prescrita pelo médico;
- 3-Acrescentar 15 a 20 cm, conforme a compleição do paciente e posição desejada, à distancia medida para posição gástrica;
- 4-Introduzir a sonda até o estômago;
- 5-Retirar o mandril;
- 6-Realizar os testes já descritos.
- 7-Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito durante 2 a 3 horas, para favorecer a migração;
- 8-Solicitar, orientar e encaminhar paciente p/ exame de radiografia (raio-x), orientando que já se testou com ausculta de borborigmo gástrico e verificou resíduo gástrico que indicam o posicionamento correto.

Observação

Realizar do radiografia de controle da sonda é uma exigência da Resolução do COFEN [0453/2014](#), sendo este considerado o método padrão ouro para confirmação do posicionamento da sonda.

INFUSÃO E MANUTENÇÃO DO CNE

- Fazer higiene oral conforme prescrição de enfermagem.
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida, com água, ou SF 0,9%.
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e escamação da pele.
- Aplicar creme labial nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.
- Manter a cabeceira do paciente em semi-fowler durante todo o período em que estiver recebendo dieta e por 30 minutos após.
- As sondas para NE têm durabilidade de 60 a 90 dias (poliuretano) e 6 meses (silicone), se mantidas adequadamente.
- Em caso de retirada acidental, poderá ser repassada, no mesmo paciente, após lavagem interna com água e sabão, utilizando uma seringa. Verificar a integridade da sonda: se apresentar sinais de rigidez, rachaduras, furos ou secreções aderidas, desprezá-la.
- Ao final da terapia a sonda deverá ser desprezada.
- Cuidado para não tracionar a asa do nariz, pelo risco de lesão.
- Lavar a sonda com 40 ml de água filtrada ou fervida, após administrar medicamento e dieta.
- Administrar os medicamentos um a um, lavando a sonda entre as medicações, evitando interações físico-químicas que podem causar obstrução.
- Nunca administrar medicação com a dieta.
- Não empregar apresentações de liberação lenta ou especial.
- Diluir as apresentações hipertônicas com 30-60 ml de água.
- Suspender a infusão da dieta por 1 hora antes e 1 hora após para medicações que sofrem diminuição de absorção na presença de alimentos como exemplo: fenitoína, captopril e quinilonas.
- No caso de obstrução, injetar água com pressão moderada, em seringa de 20 ml, pois a pressão excessiva pode provocar rachaduras na sonda.

Verificar a posição da sonda por aspiração de líquido gástrico/duodenal e ausculta de borborigmo na região epigástrica ou no quadrante abdominal superior esquerdo: cada vez que for instalar o frasco de NE; de 6/6 hs, em caso de NE contínua; após episódios de vômito, regurgitação e tosse intensa (a extremidade da sonda pode voltar ao esôfago ou até enrolar-se na cavidade oral, mesmo quando bem fixada externamente).

- Quando o acesso pós-pilórico é necessário, recomenda-se o controle de pH do líquido aspirado uma vez ao dia (pH duodenal = 6 a 8).
- A passagem transpilórica espontânea da sonda ocorre em poucos pacientes e, mesmo tendo migrado, a extremidade distal pode retornar ao estômago.

PRESCRIÇÃO DIETÉTICA DA NE

- Compreende a determinação de nutrientes ou composição de nutrientes da NE, adequadas às necessidades específicas do paciente, de acordo com a prescrição médica.
- Tipo de formulação
- Volume e valor calórico administrado em 24 horas
- Densidade calórica, teor de proteínas/ dia
- Velocidade de infusão
- Especificar alterações na composição química para restrição ou acréscimo de nutrientes.

Papel do Cuidador

- Evitar retiradas acidentais da sonda
- Avisar a equipe (SAD) imediatamente se houver dúvidas sobre o posicionamento correto da sonda e aguardar avaliação antes de qualquer uso.
- Administrar dieta, líquidos e medicamentos, de acordo com a prescrição, evitando complicações e garantindo a permeabilidade da cateter.
- Observar alterações e complicações relacionadas à CNE, realizando as condutas conforme orientado pela equipe.
- Manter Kit de dieta em boas condições de higiene e limpeza, protegido de sujidade e insetos.

INFUSÃO E MANUTENÇÃO DO CATETER

- Fazer higiene oral conforme prescrição de enfermagem.
- Limpar diariamente a narina/estoma na qual o cateter está introduzido, com água ou SF 0,9%.
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e escamação da pele.
- Manter a cabeceira do paciente em semi-fowler durante todo o período em que estiver recebendo dieta e por 30 minutos após.
- Os cateteres para NE têm durabilidade 3 meses, se mantidas adequadamente.
- Em caso de retirada acidental, poderá ser repassada, no mesmo paciente, após lavagem interna com água e sabão, utilizando uma seringa. Verificar a integridade do cateter: se apresentar sinais de rigidez, rachaduras, furos ou secreções aderidas, desprezá-la.
- Ao final da terapia o cateter deverá ser desprezado.
- Cuidado para não tracionar a asa do nariz, pelo risco de lesão.
- Lavar o cateter com 10 a 30 ml de água filtrada ou fervida, antes e após administrar medicamentos, NE e aspirar suco gástrico.
- Administrar os medicamentos um a um, lavando o cateter entre as medicações, evitando interações físico-químicas que podem causar obstrução.
- Nunca administrar medicação com a dieta.
- Suspender a infusão da dieta por 1 hora antes e 1 hora após para medicações que sofrem diminuição de absorção na presença de alimentos como exemplo: fenitoina, captopril e quinilonas.

- No caso de obstrução, injetar água com pressão moderada, em seringa de 20 ml, pois a pressão excessiva pode provocar rachaduras no cateter.
- A passagem transpilórica espontânea do cateter ocorre em poucos pacientes e, mesmo tendo migrado, a extremidade distal pode retornar ao estômago.

LIMPEZA DE MATERIAL USADO EM NE

Não há regulamentação quanto à reutilização do material descartável no ambiente domiciliar, mas, considerando os menores riscos de infecção no domicílio, pesquisas sobre a reutilização de materiais descartáveis, a experiência de diferentes serviços extra-hospitais e discussões com diversos profissionais, sugerimos:

Fornecer a cada mês: 4 frascos (Com substituição semanal Água/Dieta), 4 equipos para NE, 10 seringas de 20 ml (5 para água e 5 para medicação).

Imediatamente após o uso, todo o material deve ser lavado com água e sabão, e enxaguado rigorosamente, secado e acondicionado em recipiente plástico, limpo, seco e com tampa. Lembramos ainda que esta é uma sugestão de material mínimo.

CURATIVOS NO DOMICILIO

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR/CUIDADOR

- O material de curativo será entregue para o período indicado pelo enfermeiro.
- O enfermeiro deve avaliar o cliente com ferida, considerando as condições ambientais, as habilidades da família e do cuidador ao prescrever o tratamento para as lesões.
- A prescrição do realização e produtos, frequência de troca de coberturas, de visitas de enfermagem, de reavaliação do enfermeiro, previsão de consumo diário, semanal ou quinzenal de material de curativo, e solicitar avaliação médica se necessário.
- A escolha da cobertura será norteadada pelo protocolo de tratamento de feridas do município.
- Na evolução do enfermeiro a descrição da lesão será realizada periodicamente ou na presença de alterações.
- O auxiliar de enfermagem deverá descrever a lesão quanto à localização, ao aspecto (tipo de tecido, bordas, secreção), na primeira visita e sempre que perceber alterações, por melhora ou piora, com isso auxiliando na avaliação do cliente e previsão do consumo de material e evitando desperdício.
- Se ainda não houver prescrição, utilizar somente SF 0,9%, gaze de algodão e/ou rayon.
- Nos retornos para observação das lesões proceder à troca da cobertura somente se necessário (ex: curativo realizado há várias horas, odor fétido ou cobertura saturada), evitando excessiva manipulação da ferida, desperdício de material e minimizando riscos de infecção cruzada.

- Desprezar o material em lixo comum, ou segundo orientação do enfermeiro, lacrar o recipiente evitando proliferação de pragas, e odores desagradáveis no ambiente.
- Posicionar o cliente de modo confortável, em decúbito diferente daquele em que foi encontrado, evitando pressão sobre as proeminências ósseas.
- Explicar ao cliente e família /cuidador sobre o procedimento pedindo sua colaboração e participação, envolvendo-os no cuidado.
- Preparar o ambiente atentando para a privacidade, evitando descobrir desnecessariamente.
- Proteger o local (leito, roupas, pisos, etc.) de secreções com, forros, sacos plásticos e bacias.
- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- Abrir um saco para lixo, fazendo 2 voltas na boca ou gola, do saco, evitando assim, contato de material contaminado com o exterior deste recipiente.
- Preparar o material em local limpo e calçar luvas.
- Realizar o curativo de acordo com a técnica limpa ou asséptica, como orientado pelo enfermeiro.
- Utilizar somente os produtos tópicos e coberturas prescritos pelo enfermeiro e/ou médico.
- Materiais serão fornecidos conforme orientado pelos enfermeiros.
- Colchão piramidal são trocados conforme orientação do fabricante.

O papel do cuidador

- Realizar os curativos como prescrito pelo enfermeiro e/ou médico.
- Informar à equipe se houver piora da lesão
- Utilização do material de modo racional, evitando desperdício, auxiliando a equipe na previsão de gastos para o período, e acondicioná-lo em condições adequadas de higiene.

O ÓBITO NO DOMICÍLIO

A permanência do paciente no ambiente familiar é muito importante, onde ele pode estar junto de seus conhecidos, revivendo sua vida, seus sucessos e fracassos, o que estabelece também a melhora do vínculo junto ao paciente e família. Sendo assim, neste momento final, o que fazer?

1-Manter a calma;

2-Permaneça ao lado da pessoa, apoiando-a;

3-Veja se existe algo que possa melhorar o conforto, como iluminação, barulhos entre outros.

4-Se possível converse com a pessoa e identifique se tem alguém com quem deseja falar, mesmo que seja apenas por telefone.

5-Respeite a religiosidade e/ou espiritualidade

6- Ligue no SAD e comunique a situação.

Após a morte, siga os passos:

- 1-A constatação poderá ser feita pelo médico do SAD ou do SAMU, que irá retirar os cateteres e outros dispositivos.
 - a- Se feito pelo SAD, será registrado em prontuário domiciliar a descrição do fato com data e hora, e esse será utilizado como documento na constatação do óbito.
 - b- Se for profissional do SAMU, o médico entregará a declaração de óbito para a família, devendo ser entregue ao agente funerário no momento da retirada do corpo.
- 2- Após o óbito, para se orientar ligue no SAD, somente em dias úteis de 7 as 19h.
- 3- Sábado, domingo, período noturno ou feriado o serviço fornecerá previamente telefone específico para contato.
- 4- Ligar na SETEC – Fone: 3734- 6100 para retirada do corpo e seguir suas orientações.

COLETA PARA EXAMES

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR

Cabe à equipe de enfermagem o procedimento sendo de sua responsabilidade o acondicionamento em tubos corretos, armazenamento em caixa de transporte adequada e o envio ao laboratório verificando os formulários junto com a identificação legível dos dados do paciente. Podendo ser realizado por toda equipe com exceção da coleta de sangue arterial, privativo do enfermeiro ou médico.

Para o sucesso do procedimento, devem-se seguir as recomendações:

- 1- Conferir estoque de tubos e outros insumos, observe a validade e conservação dos mesmos.
- 2- Reunir e checar todos impressos de coleta e verifique prioridades previamente estabelecidas.
- 3- No dia anterior, fazer contato por telefone e/ou VD e avisar o cuidador sobre a coleta e preparo necessário, e anotar no prontuário as orientações.
- 4- O coagulograma e gasometria deverão ser coletados sempre por último e acondicionados em caixa de transporte com gelo reciclável.
- 5- Hemocultura deve ser coletada com uso de técnica estéril.
- 6- Após coleta higienizar, repor e organizar todas as caixas.
- 7- Registrar no prontuário e livro de coleta.
- 8- Entregar o material coletado no laboratório do Hospital Municipal Mário Gatti e participar da conferência desses.

MONTAGEM DA VIATURA/CARRO

EXECUTANTES: ENFERMEIRO/TÉCNICO E/OU AUXILIAR

- Conferir a escala de atendimento e procedimentos
- Preparar o material necessário (individual e de acordo com a prescrição médica e de enfermagem, ou outros) evitando desperdício.
- Abastecer a perua com caixas branca e de utilidades, tambores, material limpo e caixa de perfuro cortante.
- Tambor de gazes e chumaços: 01 unidade de cada
- Conferir todo o material na viatura, antes da saída e ao retornar.

Cada serviço (SAD), organiza o material de utilidade na viatura de acordo com sua necessidade.

SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.¹³

Para atender as necessidades de qualificação no atendimento de enfermagem no âmbito domiciliar bem como as determinações do Conselho Federal de Enfermagem como da Resolução N° 272/2002, na qual faz exigência que todo serviço de saúde que preste assistência de enfermagem, estabeleça como prioridades da categoria, a implantação de uma Sistematização de Assistência em Enfermagem – SAE.

Assim, baseado na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta, bem como nas terminologias da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem – CIPE elaboramos o seguinte anexos (1), para nortear o atendimento e acompanhamento de enfermagem a todos os clientes vinculados ao SAD. Os mesmos devem ter o processo de enfermagem registrado no prontuário institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caderno de Atenção Domiciliar; Procedimentos mais comuns na atenção domiciliar. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_5_vol_2_procedimentos_final_\(2\).pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_5_vol_2_procedimentos_final_(2).pdf), acessado em outubro de 2013.
2. Conselho federal de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem, resolução cofen-272/2002.
3. Conselho federal de enfermagem. Regulamentação do exercício da enfermagem, lei no 7.498, de 25 de junho de 1986.
4. Conselho regional de enfermagem de São Paulo. Normatização no estado de São Paulo os princípios gerais para ações que constituem a documentação de enfermagem, coren-sp-dir/001/2000.
5. Freitas, A. A. S; Cabral, I. E. O cuidado a pessoa traqueostomizada. Esc Anna nery ver. Enferm. Rio de Janeiro, v.12 n. 1, p. 84 - 9, mar. 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a13.pdf, Acesso em: outubro de 2013.
6. Horta, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: epu, 1979. Ministério da saúde portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011.
7. Moroóka, M; Faro, A.C.M; A técnica limpa do autocateterismo vesical intermitente: Descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a04.pdf>, acessado em outubro de 2013.
8. Secretaria de atenção à saúde departamento de atenção básica, caderno de atenção domiciliar, Ministério da Saúde 2012.
9. Secretaria municipal de belo horizonte, padronização de fluxo e rotinas na atenção domiciliar, disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/assistenciadomiciliar.pdf>, acessado em outubro de 2013.

ELIMINAÇÕES

DIURESE:

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: | SEDIMENTOS:

| SIM | NÃO | | SIM | NÃO | | AMARELO CLARO | AMARELO ESCURO | PIÚRIA | HEMATÚRIA

| DISÚRIA ml/dia | CVD N° | CVI N° | CISTOSTOMIA N° | URIPEN N°

| OUTROS:

EVACUAÇÃO:

| CONSTIPAÇÃO | DIARRÉIA | ESPONTÂNEA | FRALDA | COLOSTOMIA | ILEOSTOMIA | OUTROS:

FREQUÊNCIA/CONSISTÊNCIA:

EXAME FÍSICO

FC: | PA: | FR | T: | GLICEMIA CAPILAR: | Sat. |
 bpm | mm/Hg | rpm | °C | mg/dl | %O₂

FALA:

| SIM | NÃO | DISFONIA | COMUNICATIVO | NÃO COMUNICA | VERBAL | NÃO VERBAL

ESTADO MENTAL

CONSCIENTE:

| SIM | NÃO

ORIENTADO:

| SIM | NÃO

COMATOSO:

| SIM | NÃO

TORPOROSO:

| SIM | NÃO

ATITUDE:

| ATIVA | PASSIVA | INDIFERENTE | COLABORATIVO | DESATENTO | RESPONSIVO

ACUIDADE VISUAL:

| PRESERVADA | DIMINUÍDA | USALENTE CORRETIVA | REFERE DIFICULDADE

ACUIDADE AUDITIVA:

| PRESERVADA | DIMINUÍDA | USA APARELHO AUDITIVO | REFERE DIFICULDADE

PELE:

| CORADA | HIPOCORADA ___/4 | HIDRATADA | DESIDRATADA ___/4 | ANICTÉRICA | ICTÉRICA ___/4
 | ACIANÓTICA | CIANÓTICA ___/4 | S/ LESÕES | C/LESÕES

PUPILAS:

| ISOCÓRICAS | ANISOCÓRICAS

DIREITA

| MIOSE | MIDRIASE | REATIVA | ARREATIVA

ESQUERDA

| MIOSE | MIDRIASE | REATIVA | ARREATIVA

MUCOSA OCULAR

| INTEGRAL | COM LESÕES | ÚMIDA | RESSECADA

MUCOSA ORAL

| INTEGRAL | COM LESÕES | ÚMIDA | RESSECADA | HALITOSE | DENTIÇÃO PREJUDICADA

AUSCULTA PULMONAR

| MVF sem RA | MV c/ RA
 | RONCOS | ESTERTORES | SIBILOS | CREPITAÇÕES | TQT: N°

AUSCULTA CARDÍACA

| BRNF | SEM SOPROS | TAQUICARDÍACO | BRADICARDICO | PULSO CHEIO
 | SOPROS | ESTALIDOS | GALOPES | ARRÍTMICO | PULSO FILIFORME

ABDOMEN:

| PLANO | ESCAVADO | GLOBOSO | DOLOROSO | INDOLOR

PERCUSSÃO:

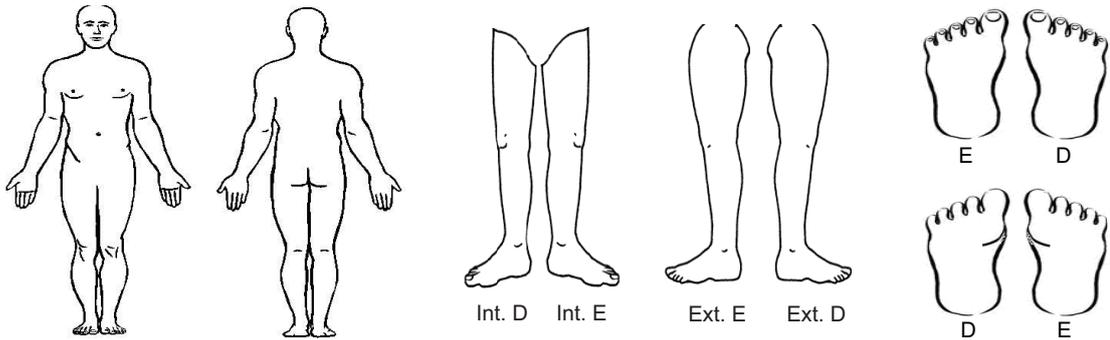
| NORMOTONICA | TIMPÂNICA | MACIÇA | RH: (+) ou (-)

MUSCULO ESQUELÉTICO

| MUSCULO ESQUELÉTICO | MSE | MSD | MIE | MID | OBSERVAÇÕES GERAIS |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|---|
| SEM DÉFICIT | | | | | |
| PARESIA | | | | | |
| PARESTESIA | | | | | |
| PLEGIA | | | | | |
| ADM ↓ | | | | | GRAU DE DEPENDÊNCIA: TOTAL PARCIAL INDEPENDENTE |

LESÕES:

1 - ÚLCERA POR PRESSÃO 2 - ÚLCERA VENOSA 3 - ÚLCERAS ARTERIAL 4 - OUTRA:



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCALIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIMENSÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LEITO: NECROSE SECA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NECROSE ÚMIDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GRANULAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EPITELIZAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXSUDATO: ALTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MODERADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAIXO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUSENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PURULENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SANGUINOLENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERROSSANGUINOLENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEROSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ODOR: FÉTIDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POUCO FÉTIDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NÃO FÉTIDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BORDA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERIFÉRICA: SINAIS FLOGÍSTICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COBERTURA UTILIZADA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM | EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D |
| 01 CONSTIPAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 TROCA DE GASES PREJUDICADA | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 DIARRÉIA | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 RISCO DE ASPIRAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 HIPERGLICEMIA / HIPOGLICEMIA | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 RISCO DE INFECÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 TENSÃO (ESTRESSE) DOCUIDADOR | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 MOBILIDADE PREJUDICADA | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 INGESTÃO NUTRICIONAL PREJUDICADA | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 DOR: | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 ULCERA POR PRESSÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | |
| CARIMBO E RÚBRICA | | | | | | | | | | | | | | |

LEGENDA: PR - PRESENTE M - MELHORADO I - INALTERADO P - PIORA R - RESOLVIDO NA - NÃO SE APLICA

