

CENTRO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL
EM SAÚDE



**TÉCNICO
EM
ENFERMAGEM**

TÉCNICAS BÁSICAS DE ENFERMAGEM



Precaução-padrão

São medidas adotadas de acordo com a NR-32, para evitar a exposição dos profissionais da saúde na assistência dos clientes quando forem previstos contatos com agentes biológicos em fluidos corpóreos, tais como: sangue, exsudatos, urina, fezes, ferimentos corpóreos de qualquer cliente. As precauções-padrão compreendem:

- **Lavagem das mãos:** devem ser lavadas com água e sabão, mesmo quando forem usadas luvas, antes e depois de qualquer procedimento;
- **Uso de luvas de procedimento;** está indicada quando há possibilidade de contato com fluidos corpóreos, agentes biológicos, bem como na realização de procedimentos;
- **Aventais de manga longa:** devem ser usados quando há possibilidade de projeção de fluidos orgânicos;
- **Máscaras descartáveis e Óculos de proteção:** uso indicado na realização de procedimentos de risco de projeção, em que haja sangue e fluidos orgânicos, em certos procedimentos cirúrgicos.

LAVAGEM OU HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A lavagem das mãos corresponde à retirada de sujidade, micro-organismos e outras substâncias das mãos. É a medida mais individual simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação de infecções relacionadas à assistência. São as mãos a principal via de transmissão de infecção hospitalar. A técnica deve ser cuidadosa, visando remover a flora residência (normal), transitória e sujidades das mãos.

Objetivo

- Eliminar da pele sujidades, substâncias tóxicas, medicamentos e micro-organismos;
- Evitar a propagação de doenças;
- Proteger o profissional e o cliente das agressões do meio;
- Prevenir e reduzir infecções.

Material:

- Água;
- Sabonete líquido;
- Papel toalha;
- Álcool gel.

Lavagem das mãos utilizando água e sabão

Obs.: o uso de álcool gel não substitui a lavagem das mãos; a técnica da higienização com álcool gel deve-se seguir os mesmos passos da lavagem das mãos.



1 Humedecer as mãos com água



2 Aplicar suficiente sabão para cobrir a superfície de ambas as mãos



3 Esfregar as palmas das mãos entre si



4 Esfregar a palma direita sobre o dorso da esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa



5 Esfregar palma contra palma, entrelaçando os dedos



6 Esfregar o dorso dos dedos contra a palma da mão oposta, agarrando os dedos



7 Esfregar com um movimento de rotação o polegar esquerdo agarrando com a palma da mão direita e vice-versa



8 Esfregar a ponta dos dedos da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento de rotação e vice-versa



9 Enxaguar as mãos com água



10 Secar com uma toalha de um só uso



11 Utilizar a toalha para fechar a torneira



12 As mãos já são seguras

Luvas de Procedimento.

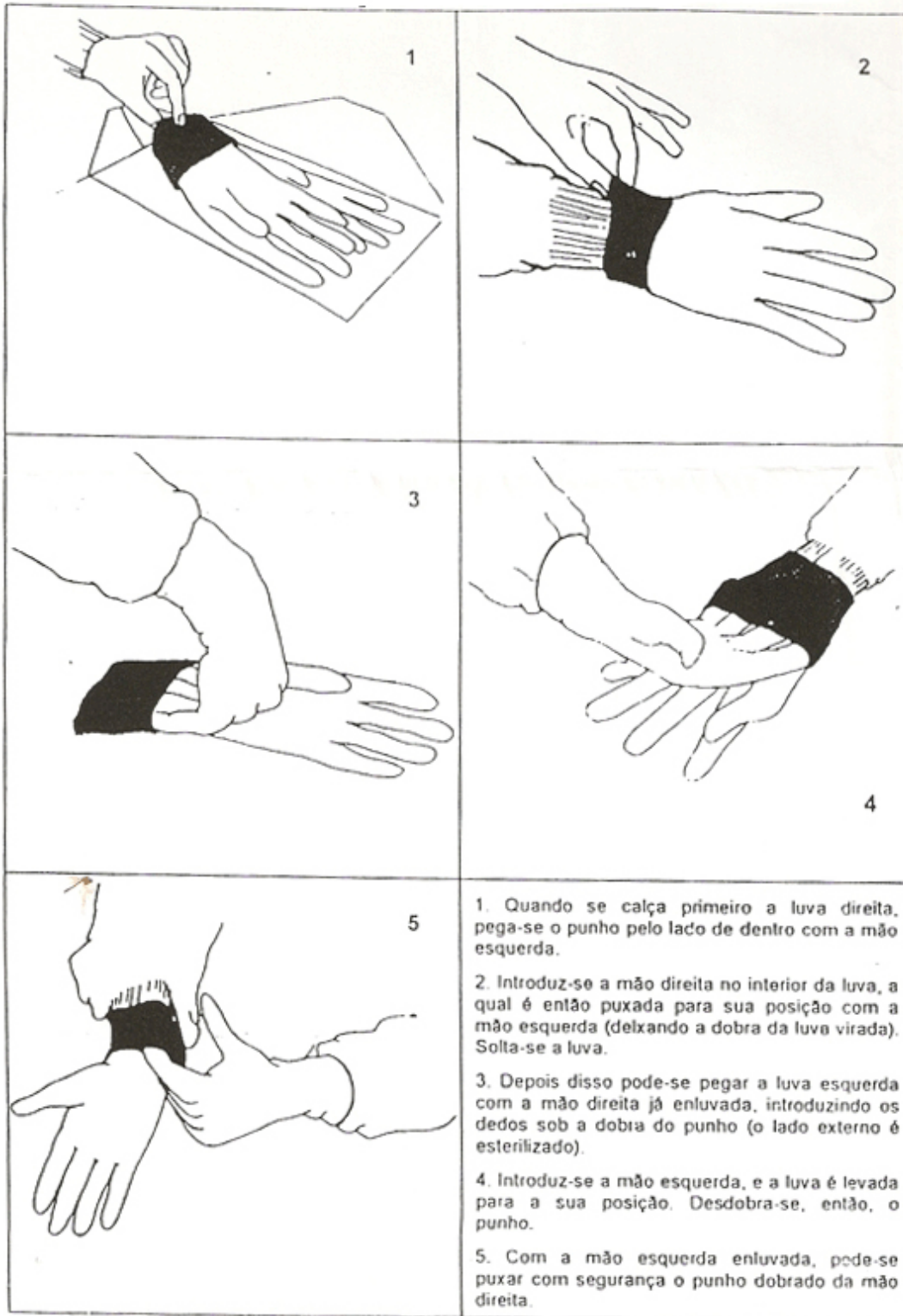
As luvas devem ser usadas durante todas as atividades de assistência ao paciente que podem envolver exposição a sangue ou fluidos corporais. Além disso, as luvas podem ser usadas em procedimentos que incluam contato com material potencialmente infeccioso que não seja sangue, tais como membranas mucosas e pele não intacta ou durante as situações de surto, conforme recomendado pelas exigências específicas para uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).

Observações Importantes no uso das Luvas de Procedimento.

- As luvas são eficazes para prevenir a contaminação das mãos de profissionais de saúde e para ajudar a reduzir a transmissão de agentes patogênicos.
- As luvas não fornecem proteção total contra a contaminação das mãos.
- Os profissionais de saúde devem ser lembrados de que uma remoção incorreta das luvas pode contribuir para a transmissão de microrganismos.
- Se a integridade das luvas estiver comprometida (p.ex., furos), elas devem ser trocadas assim que possível.
- Os profissionais de saúde devem ser capacitados no planejamento da seqüência de procedimentos de forma racional, que limite o uso de luvas e no uso máximo de técnicas sem contato na assistência à saúde. Deve-se enfatizar a minimização da necessidade de uso e de troca de luvas.
- Em alguns estudos publicados, as luvas de vinil apresentaram mais defeitos do que as luvas de látex, sendo a diferença maior após o uso.
- É necessário ter disponibilização de mais de um tipo de luva.
- O uso de loções e cremes para as mãos à base de vaselina pode afetar adversamente a integridade das luvas de látex e algumas preparações alcoólicas para a higienização das mãos podem interagir com pós remanescentes nas mãos dos profissionais de saúde.
- Deve-se evitar o uso desnecessário de luvas em situações não recomendadas
- O uso das luvas não substitui a lavagem das mãos.



Técnica correta de calçar luvas estéreis:





1. Lavar as mãos, abrir a embalagem, desfazer as dobras do campo das luvas para que não retorne contaminado-as;
2. Unir os dedos da mão direita com a palma da mão voltada para cima e introduzir a mão direita na abertura da luva, tracionando-a para calçá-la;
3. Colocar os dedos da mão direita na dobra da luva esquerda, expondo-a sua abertura;
4. Unir os dedos da mão esquerda com a palma da mão voltada para cima e introduzir a mão esquerda até calçá-la totalmente, inclusive o punho;
5. Ajustar a s luvas.

Anotação de Enfermagem.

As Anotações de Enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem.

Assim, a Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

Algumas regras são importantes para a elaboração das Anotações de Enfermagem, dentre as quais:

- Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
- Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro;
- Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- Devem, ainda, constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
- Não conter termos que dêem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

Roteiro do que Anotar?



As Anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com os dados completos do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na instituição.

Admissão:

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
- Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);
- Presença de acompanhante ou responsável;
- Condições de higiene;
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, elevação de grades, etc.);
- Orientações prestadas. Obs.: Poderão ser inclusos dados padronizados na instituição ou informações coletadas de acordo com orientações.

Pré-operatório:

- Procedimentos realizados no pré-operatório, conforme prescrição ou rotina institucional (banho, higiene oral, mensuração de sinais vitais, retirada e guarda de próteses, roupas íntimas, presença e local de dispositivos – acesso venoso, sondas, local de tricotomia, condições de pele, etc.);
- Tempo de jejum;
- Orientações prestadas;
- Esvaziamento de bexiga;
- Administração de pré-anestésico;
- Encaminhamento/transferência para o Centro Cirúrgico.

Trans-operatório:

- Recepção no Centro Cirúrgico e encaminhamento à Sala Cirúrgica;
- Orientações prestadas;
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (posicionamento do paciente, instalação e/ou retirada de eletrodos, monitor, placa de bisturi e outros dispositivos – acesso venoso, sondas, etc.);
- Composição da equipe cirúrgica;
- Dados do horário de início e término da cirurgia, conforme preconizado pela Instituição;
- Tipo de curativo e local;
- Intercorrências durante o ato cirúrgico;
- Encaminhamento à RA (Recuperação Anestésica).



Pós-operatório:

- Posicionamento no leito e instalação de equipamentos (monitores, grades no leito, etc.);
- Sinais e sintomas observados (cianose, palidez cutânea, dor, náuseas, vômitos, tremores, hipotensão, etc.);
- Características e local do curativo cirúrgico, conforme prescrição ou rotina institucional;
- Instalação e/ou retirada de dispositivos, conforme prescrição ou rotina institucional (sondas, acesso venoso, etc.);
- Orientações prestadas;
- Encaminhamento/transferência de unidade ou alta hospitalar.

Transferência de unidade/setor:

- Motivo da transferência;
- Data e horário
- Setor de destino e forma de transporte;
- Procedimentos/cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
- Condições (maca, cadeira de rodas);
- Queixas.

Alta:

- Data e horário;
- Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas);
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);
- Orientações prestadas. Obs.: Importante o registro real do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado.

Óbito:

- Assistência prestada durante a constatação;
- Data e horário;
- Identificação do médico que constatou;
- Comunicação do óbito ao setor responsável, conforme rotina institucional;
- Procedimentos pós-morte (higiene, tamponamento, etc.);
- Encaminhamento do corpo (forma, local, etc.).

Dieta:

- Indicar dieta oferecida (geral, leve, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, dieta por sonda);
- Aceitação da dieta (total ou parcial);
- Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico);
- Dieta zero (cirurgia ou exames);
- Necessidade de auxílio ou não;



- Recusa – indicar o motivo (disfagia, mastigação dolorosa, falta de apetite, náusea, etc.);
- Sinais e sintomas apresentados. Obs.: No caso de dietas administradas via sonda, importante citar os cuidados prestados antes e após a administração, conforme prescrição (decúbito elevado, lavagem após administração da dieta, etc.).

Diurese:

- Ausência/presença de diurese (se sonda ou balanço hídrico, medir em ml);
- Características (coloração, odor);
- Presença de anormalidades (hematúria, piúria, disúria, etc.);
- Forma da eliminação (espontânea, via uripen, sonda vesicalde demora/ostomiasurinárias).

Evacuação:

- Episódios (nos respectivos horários);
- Quantidade (pequena, média, grande);
- Consistência (pastosa, líquida, semipastosa);
- Via de eliminação (reto, ostomias);
- Características (coloração, odor, consistência, quantidade);
- Queixas.

Higienização:

- Tipo de banho (imersão, aspersão, de leito);
- Data e horário;
- Tempo de permanência no banho de imersão, tolerância e resistência do paciente;
- Aspersão (deambulando, cadeira de banho, auxílio);
- No leito, verificar a ocorrência de irritação de pele, alergia ao sabão, hiperemia nas proeminências ósseas, realização de massagem de conforto, movimentação das articulações, aplicação de solução para prevenção de úlceras. Anotar os locais.

Administração de medicamentos:

Atenção: Somente a checagem do(s) item(ns) cumpridos(s) ou não, através de símbolos, como /, ou #, respectivamente, não cumpre(m) os requisitos legais de validação de um documento, por isso a importância de registrar, por escrito, na Anotação de Enfermagem a administração ou não da medicação.

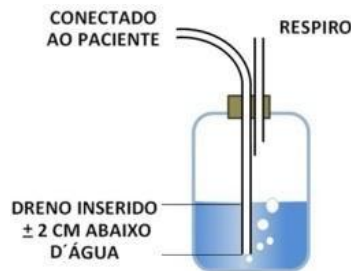
- Item(ns) da prescrição medicamentosa administrada(s);
- Se injetável, também registrar o local onde foi administrado: IM (glúteo, deltóide, vasto lateral, etc); EV (antebraço, dorso da mão, região cefálica, membro inferior, etc), SC (abdome, região posterior do braço, coxa, etc) e ID. Não esquecer de fazer referência se do lado esquerdo ou direito;

No caso de administrar através de um dispositivo já existente, como intracath, duplo lumem, acesso venoso periférico, injetor lateral do equipo ou outro, anotar por onde foi administrado o medicamento endovenoso;

- No caso de não administrar o medicamento, apontar o motivo.

Drenos

O dreno é um tubo cirúrgico é utilizado para remover o pus, sangue ou outros fluidos de uma ferida. O dreno é inserido após a cirurgia: ele não resulta em uma mais rápida cicatrização da ferida ou impedir a infecção, mas às vezes é necessário para drenar o líquido do corpo, que pode acumular-se em si próprio e se tornar um foco de infecção.



Podem ser classificados em:

- *Dreno aberto, ex.: penrose;*
- *Dreno de sucção fechada;*
- *Dreno de reservatório;*
- *Cateteres para drenagem de abscesso.*

Dreno de Penrose.

É um dreno de borracha, tipo látex, utilizado em cirurgias que implicam em possível acúmulo local de líquidos infectados, ou não, no período pós-operatório. Seu orifício de passagem deve ser amplo e ser posicionado à menor distância da loja a ser drenada, não utilizando o dreno por meio da incisão cirúrgica e, sim, por meio de uma contraincisão.



Dreno de Sucção (Portovac).

É composto por um sistema fechado de drenagem pós-operatória, de polietileno, com resistência projetada para uma sucção contínua e suave.

Possui uma bomba de aspiração com capacidade de 500 ml, com um cordão de fixação, uma extensão intermediária em PVC com pinça corta-fluxo e um conector de duas ou três vias, e um cateter de drenagem com agulha de aço cirúrgico (3,2 mm, 4,8 mm ou 6,4 mm) utilizada para perfurar o local de passagem do dreno.



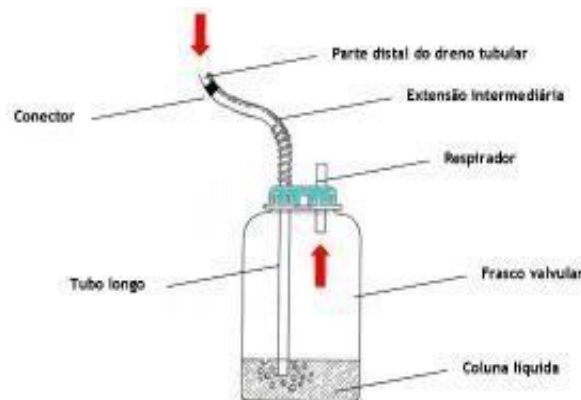
Dreno de Kerr.

É introduzido nas vias biliares extra-hepáticas, sendo utilizado para drenagem externa, descompressão, ou ainda, após anastomose biliar, como prótese modeladora, devendo ser fixado por meio de pontos na parede duodenal lateral ao dreno, tanto quanto na pele, impedindo sua saída espontânea.



Dreno de Tórax.

Consiste na introdução de um dreno no espaço pleural ou o espaço mediastinal, com o objetivo de remover líquidos e gases, facilitando a reexpansão do pulmão e restabelecendo a função cardiorrespiratória normal.





Cuidados Gerais com Dreno de Tórax.

- Sempre que for manipular o dreno, lavar as mãos, secar e aplicar álcool gel 70%. Clampar o dreno, para que não haja entrada de ar, e lembrar de soltar o clamp ao término da manipulação.
- Manter o selo d'água com 300-500 mL de SF 0,9% (~ 2,5 cm de altura), e trocá-lo a cada 12-24 horas. Posicioná-lo no piso, com suporte próprio, ou sustentado em local adequado. Nunca elevá-lo acima do tórax sem que esteja clampeado (fechado). Manter a pinça do dreno sempre abaixo do nível da cintura ou do leito do paciente.
- Mensurar o débito do dreno a cada 6 horas, ou menos, caso haja drenagem superior a 100 ml/hora. Colocar um fita adesiva ao lado da graduação do frasco. Sempre registrar o aspecto do líquido (Ex: seroso, sero-hemático, hemático, purulento).
- Inspeção e troca diária do curativo.
- Verificar a oscilação na coluna líquida: deve subir na inspiração, e descer na expiração. Caso não haja esse movimento espontâneo, pode haver obstrução do tubo.
- “Ordenhar” ou massagear a tubulação, na direção de saída (frasco coletor), de 2/2-4/4 horas, ou conforme protocolo próprio (Ex: às 6 horas).
- Atentar para a presença de vazamentos e/ou risco de desconexão.
- Manter a cabeceira do leito relativamente elevada, para facilitar a drenagem.
- A fixação pode ser do tipo meso (lateral), com distância de 2 cm entre o dreno e a pele, ou conforme protocolo da instituição.
- Atentar para a presença de bolhas no frasco de drenagem, que podem ser indicativo de fístula aérea.
- Manter o dreno sob aspiração contínua, se indicado. A intensidade da aspiração do sistema é determinada pela quantidade de água no frasco de aspiração contínua, e não pela frequência de borbulhamento.
- Se disponível, preferir a bolsa de drenagem com válvula de Heimlich, que é um sistema unidirecional seguro de drenagem torácica e mediastinal.

Curativo no Local de Inserção dos Drenos.

- Posicionar o Paciente;
- Lavar as mãos e calçar luvas;
- Retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Observar e anotar a presença de secreções no curativo avaliando a quantidade, coloração e odor;
- Observar a pele para identificar sinais flogísticos;
- Calçar luvas estéreis;
- Limpar o local da incisão do dreno com SF 0,9% ou Clorexidina de acordo com protocolo da instituição;

- Envolver a pele e a parte proximal do dreno com compressas de gases;
- Realizar a cobertura do dreno de acordo com o material recomendado pela instituição (micropore, tegaderm...);
- Retirar as luvas estéreis;
- Lavar as mãos;
- Realizar a anotação de enfermagem.

Cateterismo Venoso

Tipos de cateteres venosos.

- Cateter venoso periférico; geralmente inseridos em veias do antebraço e mão;
- Cateter venoso central; são inseridos em veias principais como jugular, subclávia e femural;
- Cateter venoso central de inserção periférica (PICC); são inseridos em uma veia principal periférica (geralmente cefálica ou basílica) até a veia cava superior;
- Cateter totalmente implantável: reservatório subcutâneo com septo auto-selante um um túnel abaixo da pele, acessado por punção através da pele íntegra.

Tipos de dispositivos.

- Dispositivo agulhado (scalp);
- Dispositivo “ Plástico sobre a agulha” (Jelcos);
- Dispositivo “ Plástico por dentro da agulha” (intracath).

Scalp : Dispositivo agulhado utilizado para coleta de sangue e administração de medicamentos e soros.











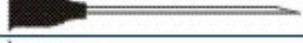




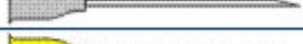



Jelcos: Dispositivo utilizado para administração de medicamentos e soros em longa permanência.

JELCO



Tamanhos de agulhas para aplicação e aspiração.

Sistema Inglês	Sistema Métrico	Côr do Canhão
16 G1 1/2"	40 X 1,60	
18 G1 1/2"	40 X 1,20	
19 G1"	25 X 1,00	
19 G1 1/4"	30 X 1,00	
20 G1"	25 X 0,90	
20 G1 1/4"	30 X 0,90	
21 G1"	25 X 0,80	
21 G1 1/4"	30 X 0,80	
21 G1 1/2"	40 X 0,80	
22 G1"	25 X 0,70	
22 G1 1/4"	30 X 0,70	
23 G1"	25 X 0,60	
24 G 3/4"	20 X 0,55	
26 G 1/2"	13 X 0,45	
27 G 1/2"	13 X 0,40	
27,5G 1/2"	13 X 0,38	
30 G 1/2"	13 X 0,30	

Locais Indicados para Punção Periférica.



Cateter Venoso Central.

O cateter venoso central é destinado ao acesso venoso central e as indicações deverão ser precisas e levando-se em conta sempre a necessidade da veia central em detrimento da veia periférica. É um procedimento realizado somente pelo médico ou enfermeiro no caso de cateteres de PICC.

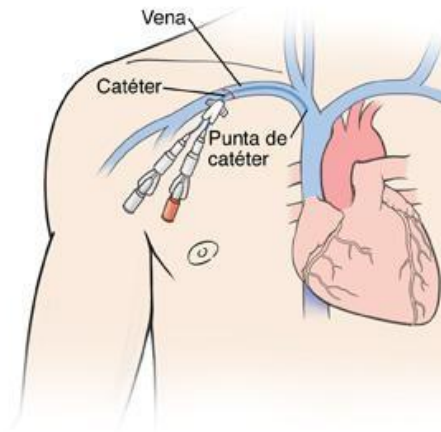
Indicações para passagem de um cateter central

- Verificação da pressão venosa central;
- Administração de medicamentos irritantes ou vesicantes;
- Administração de soluções com hiperosmolaridade (nutrição parenteral);
- Administração de drogas vasoativas;
- Dificuldade de acesso periférico.

Locais indicados para punção de um cateter central.

A escolha do local de punção deve preferir e levar em conta o local de menor complicação da punção, sendo observada a integridade da pele e do tecido celular subcutâneo.

- Confluência jugular-subclávia direita;
- Confluência jugular-subclávia esquerda;
- Veia jugular interna direita;
- Veia jugular interna esquerda;
- Veia subclávia direita;
- Veia subclávia esquerda.



Material Utilizado na Passagem de Cateter Central.

- Bandeja para punção;
- Campos e luvas estéreis;
- Compressas de gases;
- Solução antisséptica;
- Anestésico local;
- Seringa 20ml e agulha;
- Kit introdutor de cateter central;
- Fios e agulha de sutura;
- Frasco de solução fisiológica e equipo;
- Cateter central de acordo com a decisão do medico.

Curativo do local de Inserção do cateter venoso central.

- Compressa de gases;
- Solução antisséptica;
- Luvas de procedimento e estéreis;
- Solução fisiológica;
- Cobertura do cateter (de acordo como o protocolo da instituição).

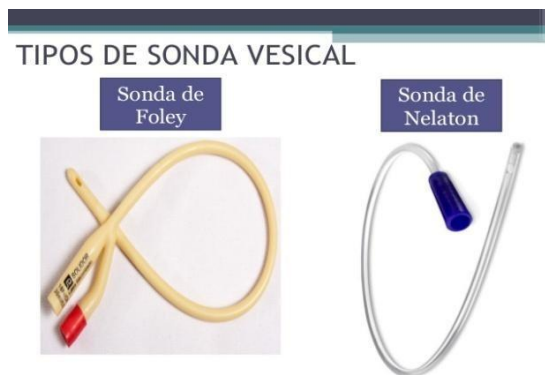


Procedimento de troca do curativo do cateter central

1. Lavar as mãos;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Calçar luvas de procedimento;
4. Retirar o curativo anterior e avaliar o mesmo;
5. Abrir os materiais que serão utilizados;
6. Calçar luvas estéreis;
7. Fazer a limpeza com movimentos circulares ao redor da incisão do cateter utilizando gaze com solução fisiológica ou antisséptico (de acordo com protocolo);
8. Cubra o local de inserção utilizando gaze ou tegaderm;
9. Desprezar material utilizado;
10. Lavar as mãos e realizar a anotação de enfermagem.

Cateterismo Vesical Demora ou Alívio.

Material



- Pacote de cateterismo vesical esterilizado contendo: cuba-rim, cuba redonda, bolas de algodão ou gaze, pinça Pean ou similar;
- Sonda Nelaton (para cateterismo de alívio), ou sonda de Foley com duas vias (para cateterismo de demora); a numeração varia do n. 10 ao 14 e, no homem pode chegar até o n. 16;
- Luvas cirúrgicas estéreis;
- Solução anti-séptica (PVPI tópico);
- Ampola de soro fisiológico ou água destilada;
- Seringa de 10 ml e agulha calibrosa de 40 X 12;
- Lubrificante (ampola de vaselina líquida ou xilocaína em gel);
- Coletor de urina para sistema fechado;

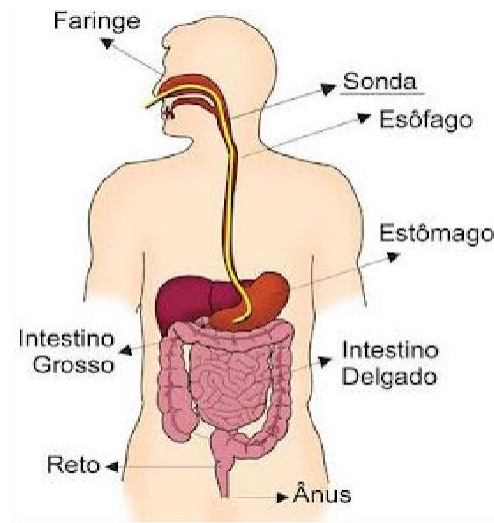
- Pacote de gaze;
- Esparadrapo ou micropore;
- Biombo;
- Cuba-rim forrada ou saco de lixo.

Procedimento.

Segundo protocolo novo utilizado em diversos hospitais, o procedimento de cateterismo vesical deve ser realizado pelo enfermeiro cabendo o técnico de enfermagem auxiliar o mesmo na abertura de materiais e posicionamento do paciente durante o processo.

Cateterismo Nasogástrico.

Cateter nasogástrico (CNG) é a introdução de um cateter através das narinas até o estômago e o cateter orogástrico (COG), cateter introduzido na cavidade oral até o estômago.



Indicação:

- Incapacidade de alimentação por via oral;
- Obstrução ou estreitamento do esôfago e garganta;
- Dificuldade de deglutir alimentos por via oral;
- Pós-operatório de cirurgia de grande porte;
- Lavagem gástrica;
- Coleta de exame por via gástrica (EX: lavado gástrico);



- Medicação.

Tipos de cateterismo nasogástrico

- ✓ **Cateter aberto:** é indicado para cliente em jejum que necessita de drenagem do conteúdo gástrico.
- ✓ **Cateter fechado:** é indicado para indicação de dietas, hidratação e medicação.

Material

- Cateter nasogástrico;
- Toalha de papel ou de rosto;
- Cuba-rim;
- Fita adesiva;
- Estetoscópio;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 20 ml;
- Copo com água;
- Gaze (não-estéril);
- Xylocaína gel;

Procedimento

- Orientar o cliente;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material e levar ao quarto do cliente;
- Colocar o cliente em posição de Fowler;
- Proteger o tórax do cliente com uma toalha;
- Calçar luvas de procedimento;
- Com auxílio de uma gaze, medir extensão da sonda a ser introduzida: da asa do nariz ao lóbulo da orelha, e do lóbulo da orelha até o apêndice xifóide;
- Marcar mensuração com fita adesiva;



- Lubrificar a sonda com auxílio de gaze;
- Introduzir a sonda em uma das narinas;
- Pedir ao cliente para fazer movimentos de deglutir, se possível, a fim de ajudar a introduzir a sonda;
- Fazer flexão do pescoço até ultrapassar a parede nasofaríngea;
- Introduzir a sonda até a marca;
- Verificar se a sonda está localizada no estômago (técnicas descritas a seguir);
- Fixar sonda de modo a se evitar compressão da asa do nariz;
- Deixar cliente confortável;
- Deixar unidade em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotações de enfermagem.

Técnicas para verificação da posição do CNG Através da ausculta

- Posicionar estetoscópio abaixo do apêndice xifóide;
- Introduzir 20 ml de ar pela sonda com auxílio da seringa (rapidamente);
- Auscultar “ruídos hidroaéreos” produzido.

Através da aspiração

- Aspirar conteúdo gástrico com seringa, observando coloração e composição;
- Devolver conteúdo aspirado.

Obs. - Em caso de sinais como tosse, cianose e dispnéia, o procedimento deve ser interrompido e os sinais vitais verificados, a fim de prevenir complicações e tranquilizar o cliente.

- Realizar troca diária da fixação da sonda;
- Realizar higiene oral e nasal diariamente e sempre que necessário

Sondas mais utilizada e indicação:

- Para decompressão em caso de distensão do estômago; aspiração e irrigação: Levin, sonda gástrica simples de Salem, Miller-abbott e outras;

- Alimentação e medicação: Levin, Nutriflex, Dobhoff;
- Controle de sangramento esofagiano: sonda de Sengstaken-Blakemore.

Cateterismo Nasoenteral



É um método indicado quando há necessidade de complementação nutricional por determinado período de tempo ou como única via de suporte nutricional

Definição

É a introdução de uma sonda de poliuretano ou silicone, de pequeno diâmetro, através da narina até o estômago ou duodeno, utilizando-se um fio guia.

Objetivo

- Fornecer nutrientes para manutenção dos processos vitais e reposição de elementos necessários, conforme avaliação nutricional.

Material

- O mesmo utilizado para o cateterismo nasogástrico, porém o cateter é específico (Duboff) que possui um fio guia e um peso de chumbo na extremidade.

Observações

- Esse cateter é passado pelo enfermeiro ou médico;
- Após a passagem, é realizado o RX para verificação a localização;
- A dieta só poderá ser administrada após a confirmação da localização;
- Os cuidados são idênticos aos observados no CNG;
- Só retirar o fio guia após a confirmação através do RX;
- Deixar o cliente em DLD para que a peristalse gástrica empurre a ponta da sonda através do piloro até o duodeno;
- A sonda migra para o duodeno em aproximadamente 24 horas.



Atividades Complementares Práticas.

1. Realizar revisão da técnica de verificação dos seguintes sinais vitais (FC, FR, Temperatura e PA);
2. Rever a técnica de aspiração e limpeza e troca de curativo da traqueostomia.

Atividades Complementares Teóricas.

1. O que é um hospital público, privado e filantrópico?
2. Qual a diferença entre um hospital geral e especializado?
3. O que é admissão?
4. O que é transferência?
5. Qual a diferença da alta hospitalar, alta condicional e alta por evasão?
6. O que é limpeza terminal e limpeza concorrente?
7. Qual a diferença entre cama fechada, cama aberta e cama de operado?
8. O que é banho de aspensão, ablução e no leito?
9. O que significa saúde e doença?
10. Quais são os valores normais da glicemia capilar?
11. Quais são as artérias utilizadas para aferir a frequência cardíaca?
12. Quais são as artérias utilizadas para aferir a PA?