



Protocolo Institucional

SETOR DE URGÊNCIA

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH

2021

Hospital São Vicente de Paulo
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Protocolo Institucional SETOR DE URGÊNCIA

Atualizada 31/08/2021

Claudio Emmanuel Gonçalves da Silva Filho
Diretor Médico

Waneska Lucena Nobrega de Carvalho
Médica CCIH

Sônia da Silva Delgado
Divisão Assistencial

Giulianna Carla Marçal Lourenço
Gerente de Enfermagem


Jussara Synelly Alexandre Sobral
Coordenadora de Enfermagem do Setor de Urgência

João Pessoa, PB - 2021

Sumário

01. Inserção de cateter periférico e cateter central de PIIC	
Cateterismo venoso periférico.....	05
Instalação de cateter venoso central para inserção periférica – PICC.....	10
02. Higiene das mãos.....	20
03. Verificação de sinais vitais	
Temperatura.....	21
Respiração.....	23
Pulso.....	24
Pressão arterial.....	25
04. Eletrocardiograma.....	27
05. Intubação Orotraqueal.....	28
06. Aspiração traqueal.....	30
07. Curativo.....	32
08. Sondagem Vesical	
Sondagem vesical de alívio feminina.....	35
Sondagem vesical de demora feminina.....	36
Sondagem vesical de demora masculina.....	36
Sondagem vesical de alívio masculina.....	36
Retirada de sonda vesical.....	37
09. Oxigenioterapia.....	38
10. Inalação.....	40
11. Colocação de luvas estéril.....	41
12. Sondagem nasogástrica.....	43
13. Lavagem Gástrica.....	45
14. Movimentação e transporte do cliente.....	46
15. Restrição de movimentos.....	48
16. Tricotomia.....	50
17. Administração de medicamentos via parenteral	
Intradérmica.....	51
Subcutânea.....	51
Intramuscular.....	52
Endovenosa.....	52
18. Administração de medicamentos via oral.....	54

19. Precaução padrão.....	55
20. Higiene do usuário.....	56
21. Anotação no prontuário e relatório de enfermagem.....	58
22. Avaliação neurológica.....	60
23. Avaliação cardiorrespiratória.....	61
24. Avaliação da dor abdominal aguda.....	63
25. Avaliação de saúde mental.....	64

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 01 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Inserção de cateter periférico e cateter central PICC	
EXECUTANTE:	Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Médicos	
RESULTADOS ESPERADOS:	Aplicar em todas as unidades assistenciais: ambulatoriais, emergências e unidades de internação do Instituto Walfredo Guedes Pereira (IWGP), atualizando as boas práticas das medidas de prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea para garantir o controle da ocorrência de infecções nas unidades de internação do Instituto Walfredo Guedes Pereira (IWGP).	
INFORMAÇÕES GERAIS:	<p>A terapia intravenosa é amplamente utilizada em ambientes hospitalares, principalmente por meio da inserção de cateteres venosos periféricos, como também cateterismo venoso central. A maioria dos cateteres são removidos devido a ocorrência de complicações, bem como o tempo de permanência do mesmo, fim do tratamento ou até mesmo ausência de uso.</p> <p>As infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres sejam eles periféricos ou centrais, estão associadas com prolongamento do tempo de internação hospitalar, manuseio errado dos cateteres, como também falta de troca dos mesmos.</p>	
CATETER VENOSO PERIFÉRICO:	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendações: <ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene das mãos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Higienizar as mãos antes e após a inserção de cateteres e para qualquer tipo de manipulação dos dispositivos. <ul style="list-style-type: none"> – Higienizar as mãos com água e sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; – Usar preparação alcoólica para as mãos (60 a 80%) quando as mesmas não estiverem visivelmente sujas; – O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo. 2. Seleção do cateter e sítio de inserção <ul style="list-style-type: none"> ✓ Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso; ✓ Não use cateteres periféricos para infusão contínua de produtos vesicantes, 	

para nutrição parenteral com mais de 10% de dextrose ou outros aditivos que resultem em osmolaridade final acima de 900 mOsm/L, ou para qualquer solução com osmolaridade acima de 900 mOsm/L;

- ✓ Para atender à necessidade da terapia intravenosa devem ser selecionados cateteres de menor calibre e comprimento de cânula;
 - Cateteres com menor calibre causam menos flebite mecânica (irritação da parede da veia pela cânula) e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso. Um bom fluxo sanguíneo, por sua vez, ajuda na distribuição dos medicamentos administrados e reduz o risco de flebite química (irritação da parede da veia por produtos químicos).
- ✓ Agulha de aço só deve ser utilizada para coleta de amostra sanguínea e administração de medicamento em dose única, sem manter o dispositivo no sítio;
- ✓ Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços. As veias de membros inferiores não devem ser utilizadas a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebites;
- ✓ Para pacientes pediátricos, selecione o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila). Evite a área anticubital;
- ✓ Para crianças menores de 03 (três anos) também podem ser consideradas as veias da cabeça. Caso a criança não caminhe, considere as veias do pé;
- ✓ Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar sítios no membro não dominante;
- ✓ Evitar região de flexão, membros comprometidos por lesões como feridas abertas, infecções nas extremidades, veias já comprometidas (infiltração, flebite, necrose), áreas com infiltração e/ou extravasamento prévios, áreas com outros procedimentos planejados;
- ✓ Usar metodologia de visualização para instalação de cateteres em adultos e crianças com rede venoso difícil e/ou após tentativas de punção sem sucesso.

3. Preparo da pele

- ✓ Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente;
- ✓ Em caso de sujidade visível no local da futura punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico;

- ✓ O sítio de inserção do cateter intravascular não deverá ser tocado após a aplicação do antisséptico (técnica do no touch). Em situações onde se previr necessidade de palpação do sítio calçar luvas estéreis;
- ✓ Realizar fricção da pele com solução a base de álcool: gliconato de clorexidina > 0,5%, iodopovidona – PVP-I alcoólico 10% ou álcool 70%7.
 - Tempo de aplicação da clorexidina é de 30 segundos enquanto o do PVPI é de 1,5 a 2,0 minutos. Indica-se que a aplicação da clorexidina deva ser realizada por meio de movimentos de vai e vem e do PVPI com movimentos circulares (dentro para fora);
 - Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção.
- ✓ Remoção dos pelos, quando necessária, deverá ser realizada com tricotomizador elétrico ou tesouras. Não utilize laminas de barbear, pois essas aumentam o risco de infecção.
- ✓ Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total.
 - Múltiplas tentativas de punções causam dor, atrasam o início do tratamento, comprometem o vaso, aumentam custos e os riscos de complicações. Pacientes com dificuldade de acesso requerem avaliação minuciosa multidisciplinar para discussão das opções apropriadas.

4. Estabilização

- ✓ Estabilizar o cateter significa preservar a integridade do acesso, prevenir o deslocamento do dispositivo e sua perda;
- ✓ A estabilização dos cateteres não devem interferir na avaliação e monitoramento do sítio de inserção ou dificultar/impedir a infusão da terapia;
- ✓ A estabilização do cateter deve ser realizada utilizando técnica asséptica. Não utilize fitas adesivas e suturas para estabilizar cateteres periféricos.
 - É importante ressaltar que fitas adesivas não estéreis (esparadrapo comum e fitas do tipo microporosa não estéreis, como micropore) são muito utilizadas para estabilização ou coberturas de cateteres, devendo-se ter o monitoramento dos mesmos, já que rolos de fitas adesivas não estéreis podem ser facilmente contaminados com microorganismos patogênicos.

5. Coberturas

- ✓ Os propósitos das coberturas são os de proteger o sítio de punção e minimizar a possibilidade de infecção, por meio da interface entre a superfície do cateter e a pele, e de fixar o dispositivo no local e prevenir a movimentação do dispositivo com dano ao vaso;
- ✓ A cobertura deve ser trocada em intervalos pré-estabelecidos;
- ✓ A cobertura deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre quando úmida, solta, suja ou com a integridade comprometida. Manter técnica asséptica durante a troca;
- ✓ Proteger de preferência o sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho.

6. Flushing e manutenção do cateter periférico

- ✓ Realizar o flushing e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações;
- ✓ Realizar o flushing antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis;
- ✓ Utilizar frascos de dose única ou seringas preenchidas comercialmente disponíveis para a prática de flushing e lock do cateter;
 - Seringas preenchidas podem reduzir o risco de ICSRC e otimizam o tempo da equipe assistencial;
 - Não utilizar soluções em grandes volumes (como, por exemplo, bags e frascos de soro) como fonte para obter soluções para flushing;
 - Utilizar solução de cloreto de sódio 0,9% isenta de conservantes para flushing e lock dos cateteres periféricos;
 - Usar o volume mínimo equivalente a duas vezes o lúmen interno do cateter mais a extensão para flushing. Volumes maiores (como 5 ml para periféricos e 10 ml para cateteres centrais) podem reduzir depósitos de fibrina, drogas precipitadas e outros debris do lúmen. No entanto, alguns fatores devem ser considerados na escolha do volume, como tipo e tamanho do cateter, idade do paciente, restrição hídrica e tipo de terapia infusional. Infusões de hemoderivados, nutrição parenteral, contrastes e outras soluções viscosas podem requerer volumes maiores;
 - Não utilizar água estéril para realização do flushing e lock dos cateteres.
- ✓ Avaliar a permeabilidade e funcionalidade do cateter utilizando seringas de diâmetro de 10 ml para gerar baixa pressão no lúmen do cateter e registrar

qualquer tipo de resistência;

- Não forçar o flushing utilizando qualquer tamanho de seringa. Em caso de resistência, avaliar possíveis fatores (como, por exemplo, clamps fechados ou extensores e linhas de infusão dobrados);
 - Não utilizar seringas preenchidas para diluição de medicamentos.
- ✓ Utilizar a técnica da pressão positiva para minimizar o retorno de sangue para o lúmen do cateter;
- O refluxo de sangue que ocorre durante a desconexão da seringa é reduzido com a sequência flushing, fechar o clamp e desconectar a seringa.
 - Considerar o uso da técnica do flushing pulsátil (push pause). Estudos in vitro demonstraram que a técnica do flushing com breves pausas, por gerar fluxo turbilhonado, pode ser mais efetivo na remoção de depósitos sólidos (fibrina, drogas precipitadas) quando comparado a técnica de flushing contínuo, que gera fluxo laminar.
- ✓ Realizar o flushing e lock de cateteres periféricos imediatamente após cada uso.

7. Cuidados com o sítio de inserção

- ✓ Avaliar o sítio de inserção do cateter periférico e áreas adjacentes quanto à presença de rubor, edema e drenagem de secreções por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto e valorizar as queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto, como dor e parestesia. A frequência ideal de avaliação do sítio de inserção é a cada quatro horas ou conforme a criticidade do paciente;
- Pacientes de qualquer idade em terapia intensiva, sedados ou com déficit cognitivo: avaliar a cada 1 – 2 horas;
 - Pacientes pediátricos: avaliar no mínimo duas vezes por turno;
 - Pacientes em unidades de internação: avaliar uma vez por turno.

8. Remoção do cateter

- ✓ A avaliação de necessidade de permanência do cateter deve ser diária;
- ✓ Remover o cateter periférico tão logo não haja medicamentos endovenosos prescritos e caso o mesmo não tenha sido utilizado nas últimas 24 horas;
- ✓ O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica devem ser trocado tão logo quanto possível;
- ✓ Remover o cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento;

INSTALAÇÃO DE CATETER VENOSOS CENTRAL PARA INSERÇÃO PERIFÉRICA – PICC

- ✓ Rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96 h.
- ✓ Paciente proveniente de outra instituição deve ser trocado o cateter e puncionado outro.

- Recomendações:

- ✓ O cateter venoso central de inserção periférica de longa permanência (PICC) é confeccionado em material macio e flexível (silicone ou poliuretano), indicado para pacientes em uso de terapia intravenosa com drogas vasoativas, nutrição parenteral prolongada, antibioticoterapia e infusões hipertônicas entre outras. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da resolução 258/2001, reconhece a implantação do PICC, como competência do enfermeiro, desde que, tenha recebido formação, através dos cursos de treinamento e capacitação;
- ✓ Com a utilização do PICC, o paciente tem menos exposição a múltiplas punções venosas e menor risco de infecção e intercorrência, quando comparado com a inserção de cateteres venosos centrais.

1. Objetivo

- ✓ Assegurar via venosa para administração de medicação;
- ✓ Manter acesso venoso com menor risco de infecção;
- ✓ Padronizar a instalação e manutenção do cateter de inserção periférica.

2. Indicações

- ✓ Manter acesso venoso profundo por tempo prolongado;
- ✓ Administrar soluções hiperosmolares;
- ✓ Administrar soluções vesicantes e irritantes.

3. Contra-indicações

- ✓ Administração de grandes volumes “em bolus”;
- ✓ Difícil acesso venoso periférico por repetidas punções anteriores;
- ✓ Presença de hematomas ou tromboflebite;
- ✓ Lesão cutânea na área peri-inserção.

4. Setores envolvidos

- ✓ Ambulatório;
- ✓ Pronto atendimento;

- ✓ Unidades de internação clínica-cirúrgica;
- ✓ Unidade de Transplante de Medula Óssea e Rim;
- ✓ UTI's e UCO.

5. Profissionais envolvidos

- ✓ Auxiliar/técnico de Enfermagem;
- ✓ Enfermeiro;
- ✓ Médico.

6. Avaliação pelo enfermeiro da comissão do PICC

- ✓ A avaliação do paciente e a passagem do cateter devem ser feitas dentro das 24 horas após a solicitação;
- ✓ Orientar o paciente/familiares sobre a necessidade da passagem do cateter e seu benefício;
- ✓ Após a avaliação o enfermeiro deve registrar o exame físico e a tomada de decisão em prontuário;
- ✓ Monitorar junto ao enfermeiro da unidade de origem do paciente a chegada do cateter para punção;
- ✓ Orientar a equipe de assistência sobre os locais que deverão ser puncionados até a passagem do PICC e solicitar a prescrição do enfermeiro.

7. Escolha do acesso

- ✓ Veias preferenciais para a inserção:
 - Basílica;
 - Cefálica;
 - Mediana cubital.
- ✓ Características da veia escolhida:
 - Palpável;
 - Calibrosa;
 - Não sinuosa.
- ✓ Característica da pele adjacente à área da punção:
 - Íntegra;
 - Ausência de hematomas;
 - Sem sinais de infecção: flebite, celulite, abscesso, tromboflebite .
 - Ausência de alterações anatômicas.

8. Materiais

- ✓ Para inserção do cateter e primeiro curativo
 - 1 pacote de curativo;
 - 1 tesoura estéril;
 - 1 campo fenestrado estéril;

- 3 campos simples estéreis;
- 2 gorros cirúrgicos;
- 2 máscaras cirúrgicas;
- 2 aventais estéreis;
- 2 pares de luvas cirúrgicas
- 3 escovas embebidas com clorexidina degermante;
- 1 frasco de 30ml de clorexidine alcoólica 2%;
- 3 saches de álcool 70%;
- 5 ampolas de solução fisiológica 0,9%;
- 2 seringas de 10ml;
- 2 agulhas hipodérmicas 40X12;
- 1 equipo extensor dupla via;
- 1 garrote;
- 7 pacotes de gazes estéreis;
- 1 fita métrica não estéril;
- 1 cateter de calibre adequado ao paciente;
- 1 introdutor – fita adesiva tipo micropore 2,5cm;
- 1 curativo transparente grande 6X7cm (padronizado);
- 1 mesa auxiliar 11.2.

✓ Para curativos subsequentes

- 1 par de luvas de procedimento;
- 1 par de luva cirúrgica;
- Pacote de curativo 2/69;
- 1 pacote de gazes estéreis;
- 1 ampola de solução fisiológica 0,9%;
- 1 curativo transparente (padronizado).

✓ Para retirada do cateter

- 1 par de luvas de procedimento;
- 1 ampola de solução fisiológica 0,9%;
- 1 pacote de gazes estéreis;
- Adesivo tipo micropore.

9. Metodologia

recomendamos que o procedimento seja realizado preferencialmente por dois enfermeiros. CIH recomenda que a paramentação ideal para a passagem do cateter seja “precaução máxima de barreira estéril”, ou seja, aventais cirúrgicos de manga longa, máscara cirúrgica, capote cirúrgico grande, luva cirúrgica e gorro;

✓ Procedimento anterior à inserção do PICC

- Orientar o paciente quanto ao procedimento da passagem do cateter e

solicitar a assinatura do termo de consentimento informado;

- Higienizar as mãos;
- Reunir/conferir os materiais necessários para a execução do procedimento;
- Informar ao paciente ou familiares o procedimento;
- Avaliar as condições clínicas do paciente;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e colocar o membro selecionado para punção em ângulo de 90° em relação ao tórax;
- Garrotear o membro escolhido para punção;
- Realizar o exame físico dos vasos sanguíneos através da técnica de inspeção e palpação (no mínimo duas a três opções para o acesso);
- Retirar o garrote após o exame físico;
- Mensurar com a fita métrica:
 - Perímetro braquial;
 - Distância entre possível ponto de punção e a articulação escápulo-umeral, deste ponto até a fúrcula esternal e em seguida até o 3º espaço intercostal, acrescentar ao valor mensurado, aproximadamente 3cm.

✓ Procedimento de inserção do cateter

- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar a degermação do sítio de inserção com solução padronizada, iniciando pelo ponto de punção, com movimentos circulares, estendendo para um diâmetro de 20 a 25cm. Repetir o procedimento três vezes, retirar o excesso com gaze embebida com SF 0,9%;
- Repetir a mesma técnica com anti-séptico alcoólico;
- Retirar as luvas;
- Colocar gorro e máscara (todos os profissionais envolvidos no procedimento);
- Escovar as mãos com solução degermante;
- Vestir o avental e calçar as luvas estéreis;
- Posicionar os campos estéreis: um campo sob o local a ser puncionado, outro cobrindo o paciente e utilizar o campo fenestrado no local onde será feita a inserção;
- Abrir o material, previamente separado, com técnica asséptica em mesa auxiliar;
- Lubrificar o cateter com SF 0,9%, observando se há vazamento ao longo do cateter;
- Colocar o cateter e pinça anatômica próximos para facilitar a punção;
- Colocar o membro a ser puncionado em posição adequada mantendo o garrote posicionado;

- Solicitar que o auxiliar garroteie o braço do cliente;
 - Realizar punção venosa e liberar o garrote;
 - Introduzir o cateter lentamente (para prevenir danos ao vaso) até o local demarcado;
 - Durante a introdução observar se há refluxo sanguíneo;
 - Remover lentamente o fio guia junto com o introdutor;
 - Desconectar o fio guia do cateter;
 - Cortar 0,5cm da ponta do cateter para a introdução do reparo;
 - Introduzir o reparo suavemente em movimentos giratórios para não perfurar ou danificar o cateter;
 - Testar a permeabilidade do cateter utilizando seringa de 10ml com SF 0,9% e observar se não há extravasamento local;
 - Encaixar as duas peças do reparo para fixação do cateter;
 - Fixar o cateter;
 - Retirar os campos;
 - Realizar a limpeza do sítio de inserção com gaze embebida com SF 0,9% seguido de clorooxidina alcoólica;
 - Cobrir com gaze e fixar com adesivo por 24 horas;
 - Retirar a paramentação;
 - Colocar o paciente em posição confortável;
 - Higienizar as mãos;
 - Solicitar Raio-X para confirmar o posicionamento do cateter;
 - Identificar com etiqueta a embalagem descritiva do cateter e guardar no prontuário do paciente;
 - Realizar a identificação no cartão apropriado e entregar ao paciente ou acompanhante;
 - Realizar a anotação do procedimento e material utilizado;
 - Realizar a prescrição de Enfermagem referente aos cuidados com o cateter;
 - Avaliar a radiografia para liberação para o uso do cateter;
 - Qualquer intercorrência comunicar ao médico assistente.
- ✓ Avaliação do sítio de inserção
- Diariamente o enfermeiro deve:
 - Inspeccionar, apalpar o local de inserção e o trajeto da veia, observar sinais flogísticos (dor, rubor, endurecimento, calor peri-cateter);
 - Aferir e registrar a circunferência do membro 5cm acima do local da punção. Um aumento nestes valores, quando comparado às medidas entre o membro puncionado e o contra

lateral ou em relação às medidas anteriores, indicará a suspeita de trombose ou extravasamento e neste caso, o médico deve ser comunicado;

- Caso ocorra a migração do cateter, talvez sua extremidade não esteja na posição adequada, devendo ser realizado Raio-X para a verificação de sua posição;
- Registrar as observações na evolução de enfermagem.
- ✓ Curativo O curativo do PICC tem duas funções:
 - Criar um ambiente de proteção no local da inserção;
 - Evitar seu deslocamento ou migração.
- ✓ Após a inserção: utilizar curativo convencional com gaze e adesivo tipo micropore ou similar;
- ✓ Primeira troca: deverá ser realizada sempre após 24 horas do procedimento utilizando apenas o curativo transparente. Na ocorrência de sangramento no sítio de inserção, deverá ser mantido o curativo convencional;
- ✓ Trocas subsequentes: utilizar sempre e apenas o curativo transparente que deverá ser substituído a cada sete dias, ou antes desse prazo, em caso de sujidade, umidade ou descolamento e reações alérgicas locais;
- ✓ Permeabilização
 - A integridade do cateter exige técnica de lavagem apropriada (flushing). Seringas com volume inferior a 5 ml podem comprometer a integridade do cateter, gerando pressões capazes de rompê-lo; É recomendada a realização de flushing com água destilada a cada 6-8 horas para permeabilizar o interior do cateter e eliminar problemas com a incompatibilidade entre medicações (precipitações químicas);
 - Quando o cateter for usado em terapia intermitente, a heparinização do PICC implicará em quantidade, concentração e intervalos de tempo de permeabilização apropriados. A Intravenous Nurses Society (INS) recomenda para heparinização, volumes de lavagem com o dobro do volume de flushing do cateter, acrescido do volume dos dispositivos adicionais, como mostra a relação a seguir:

Tamanho/French	Volume/Flushing
1,9	0,23ml
2,8-3,0	0,25ml
4,0	0,33ml
5,0	0,44ml

- ✓ Salinização: utilizar 10ml de solução fisiológica 0,9% antes e após o término de infusões de medicamentos;
- ✓ Heparinização: deve ser realizada sempre que o cateter não estiver em uso e repetida a cada 5 dias. A solução recomendada é de 9,8ml de água destilada

para 0,2ml de Heparina, devendo ser injetados 1,5ml da solução. Antes de utilizar o cateter ou na troca da solução de Heparina, deve-se aspirar e desprezar a solução anterior e lavar o cateter com 10ml de solução fisiológica 0,9%;

- ✓ Nos casos de uso intermitente manter salinização a cada 6 horas;
- ✓ Desobstrução Este procedimento poderá ser realizado pela enfermeira da unidade treinada, porém, em casos de dificuldade, deverá entrar em contato com a equipe do PICC.

10. Retirada do cateter

✓ Indicação

- Término da terapia proposta;
- Presença de sinais flogísticos no sítio de inserção ou ao longo do percurso da veia;
- Febre ou hipotermia sem outro foco de infecção aparente;
- Trombose no membro do acesso;
- Obstrução irreversível;
- Rompimento do cateter.

✓ Material

- 1 par de luvas de procedimento;
- 1 pacote de gazes estéreis;
- 1 ampola de solução fisiológica 0,9%;
- Fita métrica não estéril.

✓ Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Informar o procedimento ao paciente ou familiar;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Remover a fixação e o curativo, utilizando gaze embebida em solução fisiológica 0,9%;
- Observar o aspecto da área de inserção;
- Firmar o cateter próximo ao sítio de inserção;
- Tracionar o cateter exteriorizando-o lentamente;
- Fazer compressão no local utilizando gaze;
- Medir o comprimento do cateter retirado e comparar com a medida de inserção inicial;
- Retirar as luvas;
- Realizar os registros de Enfermagem.

11. Precauções básicas

- ✓ Não utilizar seringa menor que 10ml para infusão no cateter;
- ✓ O cateter somente poderá ser utilizado após a realização do Raio-X e sua avaliação pelo enfermeiro responsável pela passagem;
- ✓ Não tracionar ou reintroduzir o cateter;
- ✓ Nunca aferir pressão arterial ou garrotear o membro onde está inserido o PICC;
- ✓ Limitar a 3 o número de tentativas de punção, pelo risco de infecção;
- ✓ Utilizar soluções alcoólicas, na realização do curativo;
- ✓ Friccionar álcool a 70%, nas conexões e tampas rosqueadas ao manusear o cateter para infusões;
- ✓ Na ocorrência de obstrução do cateter não fazer manobras de desobstrução, acionar o enfermeiro;
- ✓ Não coletar amostras de sangue pelo cateter;
- ✓ Não conectar dispositivo de duas ou mais vias (tipo polihart);
- ✓ Não utilizar adesivos tipo Micropore ou similares, em torno do corpo do cateter;
- ✓ Não é recomendada a infusão de hemoderivados devido ao risco de obstrução, hemólise e perda do cateter. Caso este procedimento seja inevitável, devem ser observadas as medidas a seguir:
 - Atentar para a velocidade de infusão;
 - Lavar o cateter com SF 0,9% em volume três vezes maior que a sua capacidade interna (em torno de 3ml), após o término da infusão;
- ✓ Não segurar o cateter com pinça muito apertada. Pinças, clamps e instrumentos cortantes podem danificar o cateter;
- ✓ Nunca forçar a retirada do estilete, pois pode danificar o cateter;
- ✓ Nunca usar o cateter para administrações de volumes em alta pressão, pois pode ocorrer o seu rompimento;
- ✓ Proteger o cateter no momento do banho para não molhar.

12. Pontos a observar

- ✓ Eritema, dor ou secreção no local de inserção do cateter:
 - Possíveis Causas:
 - Alergia ao adesivo usado na fixação;
 - Infecções preexistentes não observadas;
 - Falha na técnica de curativo;
 - Infecção do cateter.
- ✓ Soluções
 - Colocar o canhão fora do local de inserção, deixando 1cm do cateter entre o local de saída e o canhão;
 - Monitorar irritação da pele;

- Na suspeita de infecção o cateter deve ser retirado;
- Reavaliar a necessidade de passagem de um novo cateter;
- Solicitar cultura da ponta do cateter em caso de troca, se houver suspeita de infecção.
- ✓ Prevenções
 - Usar cateter de boa qualidade;
 - Realizar curativos periódicos no local da inserção, obedecendo às rotinas da instituição;
 - Avaliar o paciente antes da inserção do PICC para infecções preexistentes;
 - Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao adesivo que será utilizado na fixação.
- ✓ Oclusão da bomba de infusão/ alarme soando
 - Possíveis Causas
 - Dobra do cateter PICC;
 - Dobra do equipo da bomba de infusão;
 - Paciente mantendo o membro de inserção do cateter flexionado;
 - Equipo da bomba de infusão pode estar fechado;
 - Presença de coágulo ou fibrina na ponta ou na extensão do cateter PICC;
 - Precipitação de drogas incompatíveis, causando obstrução da luz do cateter PICC.
- ✓ Soluções
 - Corrigir as dobras do equipo ou do cateter;
 - Verificar se o equipo da bomba de infusão está fechado;
 - Lavar delicadamente o PICC com 0,9% de cloreto de sódio, tentando aspirar o coágulo;
 - Manter o membro onde o cateter PICC está inserido em posição anatômica; Notificar o médico e preparar o paciente para a remoção do PICC em caso de oclusão persistente;
 - Obedecer às orientações de salinização e heparinização do cateter conforme descrito no protocolo.
- ✓ Migração do cateter
 - Possíveis causas
 - Curativo inseguro;
 - Paciente muito ativo.
- ✓ Soluções
 - Fixar o curativo corretamente;
 - Dependendo da situação, solicitar ao médico para suturar o cateter na

pele.

✓ PICC enrolado na veia subclávia ou dificuldade na migração do cateter

– Possíveis causas:

- Técnica imprópria na inserção do cateter PICC;
- Anomalia no sistema vascular.

✓ Soluções

- Tracionar o cateter PICC injetando SF 0,9% na tentativa de desenrolar;
- Caso haja dificuldade na inserção e migração do cateter, este deve ser retirado e escolher um novo local de inserção;
- O PICC deve ser inserido com técnica adequada, usando fio guia;
- Coletar o histórico do paciente para detecção de possíveis anomalias vasculares e antecedentes de esclerose das veias.

CUIDADOS:

Higienizar as mãos antes e após a inserção de cateteres e para qualquer tipo de manipulação dos dispositivos:


- ✓ Higienizar as mãos com água e sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;
- ✓ Usar preparação alcoólica para as mãos (60 a 80%) quando as mesmas não estiverem visivelmente sujas.

Lembrando que o uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos;


No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo;

Lembrando que é de rotina a troca de qualquer dispositivo na admissão do mesmo, tendo em visto o tempo de permanência, condições do mesmo, já em dispositivos periféricos como cateter intravenoso, a troca deve ser obrigatória.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 02 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Higiene das mãos	
EXECUTANTE:	Todos profissionais	
RESULTADOS ESPERADOS:	Reduzir microorganismos existentes nas mãos, remoção de sujeira, suor, oleosidade, pelos, células descamativas da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato, reduzindo assim o risco de contaminação de seus clientes prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas. Prevenção da disseminação de infecções. Se observada, pode evitar inúmeros casos de infecção hospitalar, diarreias, gripes e até mesmo a morte de pessoas. Vírus, fungos, bactérias e outros microorganismos que são seres tão minúsculos que não vemos a olho nu, mas eles estão presentes em todos os lugares, até nos aparentemente limpos, em nossas mãos, principalmente embaixo das unhas.	
MATERIAIS:	– Água; – Sabão; – Preparação alcoólica ou antisséptica.	
ATIVIDADES:	1. Ficar em posição confortável sem tocar na pia, abrir a torneira molhando as mãos; 2. Ensaboar as mãos usando sabão líquido, por aproximadamente de 3 a 5ml da solução, durante 15 segundos, mantendo os dedos para cima; 3. Friccionar a palma, o dorso das mãos com movimentos circulares, espaços interdigitais, articulações, polegar e extremidades dos dedos (o uso de escovas deverá ser feito com atenção). 4. Os antebraços devem ser lavados cuidadosamente, também por 15 segundos. 5. Mantendo as mãos em forma de concha e na posição vertical, enxaguá-las abundantemente, retirando todo o sabão e resíduos; 6. Enxugar as mãos de preferência com toalha de papel descartável, iniciando a técnica pela ponta dos dedos até o centro das mãos. Só enxugar a região do pulso (articulação das mãos com os antebraços), depois de estar com as mãos enxutas.	
CUIDADOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Caso sua torneira seja de abrir com uso das mãos, ensaboe o volante antes de lavar as mãos. Neste caso, jogue água na torneira e feche o volante da torneira com o auxílio de papel toalha; • Lembre-se que os melhores sabões, são os de coco ou glicerina, pode-se usar degermantes à base de polivinilpirrolidona, iodo ou clorexidina; • Em certas ocasiões é recomendável usar uma escova para lavar embaixo das unhas. 	

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 03 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Verificação de sinais vitais	
EXECUTANTE:	Todos profissionais	
RESULTADOS ESPERADOS:	<p>Indicar quanto é eficaz ou deficiente está o funcionamento do corpo. Trata-se de sinais objetivos que indicam os sinais vitais (SSVV) são uma maneira rápida e eficiente de controlar a condição clínica de um paciente, por essa razão os enfermeiros verificam nos intervalos regulares ou toda vez que considerarem apropriado monitorar o estado de saúde do paciente, desta forma vemos as alterações fisiológicas, bem como podemos identificar problemas e avaliar a resposta do paciente a intervenção aplicada.</p> <p>Temos como objetivo mensurar e avaliar as condições vitais do paciente através do funcionamento do sistema respiratório, sistema cardiovascular, sistema termorregulador e hemodinâmica do paciente, identificamos pela verificação da temperatura pode ser realizado com termômetro de mercúrio e digital, como pela verificação do pulso, que se dá através de alguns aparelhos específicos, bem como contar manualmente os batimentos cardíacos durante um minuto, já a respiração é a mensuração do número de respirações em um minuto, verificada manualmente e por fim a pressão arterial, que se dá pela pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias quando o sangue é ejetado na corrente sanguínea pelo ventrículo esquerdo, que pode ser verificado por um esfigmomanômetro ou alguns aparelhos digitais.</p>	
<u>TEMPERATURA COPORAL</u> MATERIAIS: ATIVIDADES:	<ul style="list-style-type: none"> – Termômetro (mercúrio ou digital); – Recipiente com algodão embebido com álcool a 70%; – Saco plástico ou cuba-rim para desprezar resíduos; – Caneta e bloco para anotações; – Acessórios para temperatura retal (em alguns casos específicos); – Vaselina, lidocaína gel ou óleo; – Luva de procedimento. <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura Axilar: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mão/ higienização; 2. Explicar ao paciente o que vai ser feito; 3. Fazer desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool 70% e certificar de que a coluna de mercúrio está abaixo de 35°C, zerar o termômetro caso seja digital (verificar as pilhas); 4. Enxugar a axila do paciente (a umidade abaixa a temperatura da pele, não fornecendo a temperatura real do corpo); 5. Colocar o termômetro do lado côncavo da axila, de maneira que o bulbo fique em contato com a pele; 6. Pedir ao cliente para comprimir o braço ao encontro ao corpo, colocando a mão no ombro oposto; 7. Após 5 minutos, retirar o termômetro, ler e anotar a temperatura, em casos de termômetro digital esperar ele “bipar”; 8. Fazer desinfecção do termômetro em algodão embebido em álcool a 70% e sacudi-lo cuidadosamente até que a coluna de mercúrio desça abaixo de 35°C, usando movimentos circulares, ou zerar em casos de termômetros digitais; 9. Lavar as mãos após termino do procedimento. • Temperatura Inguinal: <ol style="list-style-type: none"> 1. O método é o mesmo, variando apenas o local: o termômetro é colocado na região da virilha passando uma perna por cima da outra, de maneira que a 	

parte da coluna de mercúrio fique entre a virilha e a perna. Aguarda-se 5 minutos para observação da temperatura do termômetro ou esperar “o bip” que indica que já pode ser retirado;

2. É mais comumente verificada nos recém nascidos. Neste caso, manter a coxa flexionada sobre o abdome;

- Temperatura Bucal:

- Lavar as mãos/ higienização;
- Explicar ao cliente o que vai ser feito;
- Colocar o termômetro sob a língua do cliente, recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechada em torno de 7 minutos ou o mesmo “bipar”;
- Retirar o termômetro, limpar com algodão, ler a temperatura e anotá-la, escrevendo a letra B para indicar o local onde foi verificada;
- Fazer o mercúrio descer e lavar o termômetro com água e sabão antes de guardá-lo em casos de aparelhos digitais realizar a desinfecção com álcool a 70%.

- Temperatura Retal:

1. Lavar as mãos/ higienização;
2. Calçar as luvas;
3. Colocar o paciente em decúbito lateral;
4. Lubrificar o termômetro com vaselina, lidocaína gel ou óleo e introduzi-lo 2 cm pelo ânus;
5. Retirar o termômetro depois de 7 minutos e ler a temperatura ou esperar “bipar”;
6. Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
7. Fazer o mercúrio descer ou zerar o termômetro;
8. Lavar o termômetro com água e sabão;
9. Retirar as luvas;
10. Lavar as mãos;
11. Anotar a temperatura escrevendo a letra R para indicar o local onde foi verificada.

OBSERVAÇÕES:

Normotermia: padrão normal de temperatura;

- ✓ T. oral = 36,3 a 37,4°C
- ✓ T. axilar = 35,8 a 37°C T. retal = 37 a 38°C
- ✓ T. Timpânico = 35,8 a 37°C
- ✓

Hipotermia: temperatura abaixo do normal, encontrada quando temos valores menores que 35,9°C;

Febrícula: 37,3 a 37,7°C (T. axilar);

Hipertermia ou febre ou pirexia: temperatura corporal acima do normal, encontrada quando temos valores maiores que 38°C, podendo ser intermitente, recorrente e remitente.

Os padrões da febre podem ser:

- Sustentada: Uma temperatura corporal constante continuamente acima de 38°C que tem pouca flutuação;
- Intermitente: Picos de febre intercalados com níveis de temperatura habituais (A temperatura volta ao valor aceitável pelo menos uma vez a cada 24 horas);
- Remitente: Picos e quedas de febre sem retorno a níveis de temperatura aceitáveis;
- Remitente: Picos e quedas de febre sem retorno a níveis de temperatura aceitáveis.

- Locais de verificação de temperatura:

- ✓ Oral;
- ✓ Retal;
- ✓ Axilar;
- ✓ Inguinal;
- ✓ Timpânico (com termômetro específico).

- Variação normal:
 - ✓ Oral 37°C;
 - ✓ Retal 37.5°C;
 - ✓ Axilar 36.4°C;
 - ✓ Inguinal 36.5°C a 37°C;
 - ✓ Timpânico 35,8°C a 37°C.

RESPIRAÇÃO

MATERIAIS:

- Saco plástico ou cuba-rim para desprezar resíduos;
- Caneta e bloco para anotações;
- Luva de procedimento.

ATIVIDADES:

1. Lavar as mãos/ higienização;
2. Explicar o procedimento ao cliente;
3. Deitar o cliente ou fazer com que se sente confortavelmente;
4. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração) somam movimentos respiratórios;
5. Colocar a mão no pulso do cliente a fim de disfarçar a observação;
6. Contar durante 1 minuto;
7. Lavar as mãos;
8. Explicar o procedimento ao cliente;
9. Deitar o cliente ou fazer com que se sente confortavelmente;
10. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração) somam movimentos respiratórios;
11. Colocar a mão no pulso do cliente a fim de disfarçar a observação;
12. Contar durante 1 minuto;
13. Lavar as mãos.

CUIDADOS:

- Não permitir que o paciente fale;
- Não contar a respiração logo após esforço do paciente;
- Como a respiração, em certo grau, está sujeita ao controle involuntário, deve ser contada sem que o paciente perceba, observar a respiração procedendo como se estivesse verificando o pulso.

OBSERVAÇÕES:

Frequência:

Número de ventilação por minuto varia em pessoas saudáveis, de 16 a 20 inspirações por minuto;

A frequência de pulso afeta também a frequência respiratória.

- Frequência rápida:
 - ✓ Taquipnéia: pode acontecer com temperatura alta ou doenças que afetam os sistemas cardíacos e respiratórios, acima de 20 ipm.
- Frequência lenta:
 - ✓ Bradpnéia: drogas, doenças neurológicas, hipotermias, abaixo de 16 ipm.

Tipos de respiração:

- Eupneia: respiração que se processa por movimentos regulares, sem dificuldades, na frequência média. É a respiração normal;
- Apneia: ausência dos movimentos respiratórios. Equivale a parada respiratória;
- Apneia: ausência dos movimentos respiratórios. Equivale a parada respiratória;
- Dispneia: dificuldade na execução dos movimentos respiratórios;
- Bradipneia: diminuição na frequência média dos movimentos respiratórios;
- Taquipneia: aceleração dos movimentos respiratórios;
- Ortopneia: a pessoa só consegue respirar na posição sentada;
- Hiperpneia ou Hiperventilação: aumento da frequência e da profundidade dos movimentos respiratórios.

Respiração de Cheyne-Stokes, também conhecida como respiração periódica ou cíclica, é o padrão respiratório que se caracteriza por um movimento respiratório lento crescente e decrescente, que ocorre a cada 40 a 60 segundos. O mecanismo básico consiste em momentos de hiperventilação intercalados com apneia. O excesso de dióxido de carbono durante o período de apneia obriga os centros respiratórios a enviarem estímulos para aumentar os movimentos respiratórios. Sendo assim, haverá uma diminuição do dióxido no sangue, fazendo o centro respiratório estimular a diminuição da respiração, ocasionando a apneia e assim sucessivamente.

PULSO

MATERIAIS:

- Relógio de pulso ou parede que possuam o demonstrador de segundos;
- Luvas de procedimento e capote em caso de paciente por precaução de contato.

ATIVIDADES:

1. Lavar as mãos/ higienização;
2. Explicar o procedimento ao cliente ou acompanhante;
3. Preparar o material necessário;
4. Posicionar o paciente em posição confortável
 - Se o paciente estiver em posição supina, colocar o antebraço ao lado da região inferior do tórax com o punho estendido e a palma da mão para baixo. Se o paciente estiver sentado, dobrar seu cotovelo a 90°, apoiar seu antebraço, estender suavemente o punho com a palma da mão votada para baixo;
5. Aquecer as mãos, se necessário, friccionando-as;
6. Palpar a artéria escolhida (artéria radial, por exemplo);
7. Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo-a suavemente;
8. Contar os batimentos arteriais durante 1 minuto;
9. Verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso. Repita o procedimento, se necessário;
10. Higienizar as mãos;
11. Anotar o procedimento realizado no prontuário do paciente, registrando a frequência em bpm e descrevendo as características do pulso encontrado.

CUIDADOS:

- Qualquer esforço aumenta o índice de pulsação, deixar o paciente em repouso no mínimo 10 minutos antes de fazer a verificação;
- Estado de ansiedade, o nervosismo ou a emoção aumenta a pulsação;
- Verificação do pulso no paciente em pé pode alterar o resultado;
- Não fazer pressão forte sobre a artéria, pois isso pode impedir de sentir os batimentos do pulso;
- Importante lembrar que em bebês não aferir pulso em artéria carótida (interrupção do fluxo).

OBSERVAÇÕES:

- Os locais para verificação dependem do estado do paciente;
- As artérias, femoral e carótida são locais de fácil palpação utilizadas normalmente para pacientes inconscientes;

- Radial – sobre o rádio;
- Facial – sobre a mandíbula;
- Temporal – acima e à frente da orelha;
- Carótida – de cada lado do pescoço;
- Braquial – face interna do úmero;
- Femural – na região inguinal;
- Pediosa – no dorso do pé;
- Poplítea – por trás da rótula;
- Apical – esta verificação faz-se no ápice do coração à altura do 5º espaço intercostal esquerdo, à 9 cm da linha média do esterno. Esta verificação destina-se ao controle dos pacientes digitalizados e com doenças cardíacas.

Observe recomendações para pacientes em precaução de contato;

A avaliação do pulso inclui a verificação da frequência (bpm), do ritmo (rítmico ou arritmico) e da amplitude (cheio ou filiforme).

Valores de referência do Pulso palma	
Idade	Frequência Cardíaca
Lactente	120 a 160
Todller	90 a 140
Pré-escolar	80 a 110
Criança em idade escolar	75 a 100
Adolescente	60 a 90
Adulto	60 a 100

PRESSÃO ARTEIAL

MATERIAIS:

- Bandeja;
- Cuba rim;
- Álcool a 70%;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Algodão embebido em álcool;
- Saquinho para lixo – fazer assepsia;
- Folha e 1 lápis.

ATIVIDADES:

1. Observar o ambiente (iluminação e ventilação);
2. Explicar ao paciente sobre o cuidado a ser executado;
3. Lavar as mãos 4;
4. Manter o paciente deitado ou sentado, com o braço comodamente apoiado, ao nível do coração;
5. Deixar o braço descoberto, evitando compressão;
6. Colocar o manguito 4 cm da prega do cotovelo, prendendo-o sem apertar demasiado, nem deixar muito frouxo;
7. Não deixar as borrachas se cruzarem devido aos ruídos que produzem;
8. Colocar o marcador de modo que fique bem visível;
9. Localizar com os dedos a artéria braquial, na dobra do cotovelo;
10. Colocar o estetoscópio no ouvido e insuflar rapidamente o manguito até o desaparecimento de todos os sons – aproximadamente 200 mmHg;
11. Abrir a válvula vagarosamente;
12. Observar no manômetro o ponto em que são ouvidos os primeiros batimentos (pressão sistólica);

13. Observar o ponto em que o som foi ouvido por último ou sofreu uma mudança nítida (pressão diastólica);
14. Retirar todo o ar do manguito, removê-lo e deixar o paciente confortável;
15. Anotar os valores;
16. Lavar as mãos;
17. Colocar o material em ordem e limpar as olivas auriculares com algodão embebido em álcool.

CUIDADOS:

- A pressão arterial sanguínea poderá aumentar devido à ansiedade, medo, dor e estresse emocional, como também as alterações hormonais.

OBSERVAÇÕES:

A pressão arterial depende de dois fatores importantes:

- Quantidade de sangue no sistema arterial;
- Resistência periférica.

Máxima denominada **SISTÓLICA**: indica a potência de esforço do ventrículo esquerdo, o valor da bomba cardíaca;

Mínima denominada **DIASTÓLICA**: mede a resistência constante ao escoamento do sangue venoso nos vasos.

Locais para verificação da PA:

Membros superiores: através da artéria braquial (D ou E);

Membros inferiores: através da artéria poplítea e tibial posterior.

Normalmente, a pressão na coxa é maior do que no braço. Normalmente, o valor sistólico é de 10 a 40mmHg mais alta na coxa do que no braço e a pressão diastólica é a mesma.

Terminologia básica:

- Hipertensão: pressão arterial acima da média, mais que 130/90 mmHg.
- Hipotensão: pressão arterial inferior à média, menos que 100/60 mmHg.
- Pressão arterial convergente: quando a sistólica e a diastólica se aproximam.
Ex.: 120 / 100 mmHg.
- Pressão arterial divergente: quando a sistólica e a diastólica se afastam.
EX.: 120 / 60 mmHg.


Verificação em criança:

Os sons de Korotkoff são difíceis de se auscultar em crianças devido sua baixa frequência e amplitude. A criança deverá ficar em posição de supinação com braços seguros ao nível do coração é importante que ela esteja calma e relaxada.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giuliana Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 04 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Eletrocardiograma	
EXECUTANTE:	Todos profissionais	
RESULTADOS ESPERADOS:	Detectar e registrar atividade elétrica do coração para localizar problemas cardíacos. Os sinais elétricos fazem o músculo cardíaco contrair à medida que viajam através do coração. Quando o coração contrai ele bombeia sangue para o resto do corpo. O eletrocardiograma mostra a rapidez das batidas do coração e seu ritmo e ainda registra a força e ritmo dos sinais elétricos à medida que eles passam por cada parte do coração.	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Eletrocardiograma; – Eletrodos; – Material para tricotomia (se necessário). 	
ATIVIDADES:	<ul style="list-style-type: none"> – Deitar o paciente em decúbito dorsal – Expor o tórax do paciente – Retirar todos os acessórios/ principalmente metálicos; – Orientar o paciente, solicitar que ele não se movimente e que retire quaisquer objetos de metal que tiver usando; – Se necessário, realizar tricotomia em áreas que for posicionar os eletrodos; – Limpar área cutânea com álcool 70% para remover oleosidade da pele; – Verificar se todos os eletrodos estão aderidos; – Não colocar eletrodos sobre proeminências ósseas. – Identificar com o nome, idade, data e horário; Se o exame for feito em séries marcar com tinta de caneta os pontos dos eletrodos para que no exame seguinte sejam colocados nos mesmos pontos.	
CUIDADOS:	Não colocar eletrodos sobre proeminências ósseas.	
OBSERVAÇÕES:	Eletrocardiograma padrão são 12 derivações: <ul style="list-style-type: none"> – 6 periféricas (D1, D2, D3, AVR, AVL e AVF); – 6 precordiais (V1, V2, V3, V4, V5 e V6); – V1- 4º espaço intercostal direito; – V2- 4º espaço intercostal esquerdo; – V3- entre V2 e V4; – V4- 5º espaço intercostal (linha média clavicular); – V5- 5º espaço intercostal (linha axilar anterior); – V6- 5º espaço intercostal (linha axilar média). 	

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 05 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Intubação Orotraqueal	
EXECUTANTE:	Médico	
RESULTADOS ESPERADOS:	Ventilar e Aspirar secreções, melhora das trocas gasosas do paciente.	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Sistema de ventilação manual (bolsa, vavula, mascara); – Laringoscópio; – Fio guia (mandril), bougie; – Tubo (avaliar numeração pelo porte do paciente e sexo); – Seringa de 10 ml para insuflar o cuff; Fixador de tubo (cadarço). 	
ATIVIDADES:	<ul style="list-style-type: none"> – Lavar as mãos; – Deixar o paciente em decúbito dorsal; – Retirar prótese; – Testar o cuff do TOT antes da intubação; – Testar os 4 pontos de ausculta e região epigástrica; – Após intubação insuflar o cuff; – Verifique a simetria da expansão torácica; – Ausculte os sons respiratórios das regiões antero lateral de ambos os lados; – Verifique o cuff (balão externo) e a pressão do balão, com o cufômetro; – Fixe o tubo com cadarço na face do paciente; – monitore os sinais vitais e sintomas de aspiração; – Verifique a umidade; – Administre a concentração de oxigênio conforme indicada para o caso; – Se necessário introduza uma cânula de guedel na cavidade oral para evitar que o paciente morda a língua, causando lesão ou obstrua o tubo; – Administre a concentração de oxigênio conforme indicada para o caso; – Se necessário introduza uma cânula de guedel na cavidade oral para evitar que o paciente morda a língua, causando lesão ou obstrua o tubo. 	
CUIDADOS:	<ul style="list-style-type: none"> – Complicações que podem ocorrer devido à pressão do balão; – Deve controlar a pressão do balão através do cuff, a pressão alta no balão pode gerar sangramento, isquemia e necrose da traquéia por pressão, enquanto pressão baixa pode causar pneumonia aspirativa. Visando manter a pressão entre 20 e 25 mmHg. – Complicações imediatas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Traumatismo ou lesão em dentes ou tecidos moles; ✓ Aspiração de conteúdo gástrico; ✓ Hipoxemia e hiperapnia; ✓ Intubação esofágica; ✓ Lesão de laringe, faringe, esôfago ou traquéia; ✓ Intubação endobrônquica. – Complicações Tardias: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edema de glote; ✓ Otite ou sinusite; ✓ Traqueomalácia; ✓ Lesão das estruturas laríngeas; ✓ Estenose de traquéia. 	

OBSERVAÇÕES:

A intubação Orotraqueal precoce na COVID-19 tem sido indicada com o objetivo de diminuir a produção de aerossóis. A IOT deve seguir a técnica da Sequência Rápida de Intubação (SRI), já que estamos falando de uma intubação de caráter emergencial.

- **PASSO 1: Preparação**
 - ✓ Equipe reduzida para diminuir contaminação, no máximo 3 pessoas no leito: médico, enfermeiro e fisioterapeuta;
 - ✓ Escolher profissional mais experiente, com objetivo de diminuir tempo da intubação e aumentar chances de sucesso;
 - ✓ Utilização obrigatória de todos EPI's por todos os membros da equipe: gorro, máscara N95, luvas, óculos ou máscara escudo e avental.
 - ✓ Materiais que vão além de uma IOT normal: Capnógrafo (se disponível), auxilia na confirmação da IOT, evitando maior exposição à contaminação por conta da ausculta; pinça forte para clampar o tubo.
- **PASSO 2: Pré-oxigenação**
 - ✓ Não ventilar o paciente para não gerar aerossóis;
 - ✓ Utilizar o AMBU + FILTRO (entre a máscara e o AMBU) para garantir menor produção de aerossóis.
- **Passo 3: Pré-tratamento**
 - ✓ Utilizar lidocaína na dose de 1,5mg/kg (conforme solicitação médica);
 - ✓ Devido ao número limitado da equipe, garantir estabilização do paciente com drogas vasoativas e cristaloides, se necessário.
- **Passo 4: Paralisia com indução**
 - ✓ Utilizar succinilcolina ou rocurônio como bloqueador neuromuscular (conforme solicitação médica);
 - ✓ A primeira droga sedativa indicada pela AMIB é a Cetamina, devido à seu efeito broncodilatador, apropriado para pacientes com problemas respiratórios. Deve ser utilizada na dose de 1,5 a 2mg/kg. Outra alternativa é utilizar como sedativo o Etomidato, na dose de 0,3 mg/kg (conforme solicitação médica).
- **Passo 5: Posicionamento do paciente**
 - ✓ Utilizar Coxim suboccipital
- **Passo 6: Passagem do tubo**
 - ✓ Pinçar o tubo na ponta com a pinça forte, para que uma vez passado o tubo, evite-se contaminação da equipe.
 - ✓ Confirmação da passagem do tubo com capnógrafo. Não ventilar com o AMBU para realizar ausculta.
- **Passo 7: Pós intubação**
 - ✓ Conectar imediatamente a um circuito fechado. Não ventilar.


Por fim, uma vez intubado, seguem os parâmetros iniciais do ventilador mecânico, que devem ser ajustados pela equipe da fisioterapia:

- Volume corrente: 6ml/kg de peso predito;
- PEEP inicial: 13 – 15 cmH₂O;
- Frequência respiratória: 14 ipm;
- Driving pressure <= 15 cmH₂O;
- Alvo inicial de SpO₂: 93 – 96%.

Ao final da IOT na suspeita de covid-19

- Coleta de Gasometria Arterial (conforme solicitação médica);
- Solicitação de vaga em UTI COVID.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques

Coordenadora de Enfermagem		Assessora da Divisão Assistencial
 <small>INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA</small>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 06 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Aspiração Traqueal	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, fisioterapeuta	
RESULTADOS ESPERADOS:	<p>Eliminar secreções que se acumulam nas vias aéreas superiores, pode ser feita na boca, traquéia, traqueostomia ou cânula de intubação. A necessidade de aspiração é determinada principalmente pela observação visual do acúmulo de secreções e pela ausculta pulmonar, para determinar a presença de secreções ou obstruções nas vias aéreas.</p>	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Luvas de procedimentos; – Luva estéril (utilizar apenas em mão dominante para manipular o material estéril sobre a luva de procedimento); – Pacote para aspiração de secreções contendo uma cúpula de aço inox; – Sonda para aspiração- estéril ou Trach Care; – Água destilada estéril em ampola; – Gaze estéril; – Seringa de 10 ml (se necessário); – Aspirador; – Óculos protetor e máscara; – Extensão de silicone ou látex- estéril; – Recipiente com saco para lixo; – Biombos (se necessário). 	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Reunir o material e colocar em uma bandeja; 3. Orientar o cliente sobre o procedimento; 4. Colocar biombos se necessário para preservar individualidade do cliente; 5. Dispor a bandeja sobre a mesa sobre a mesa de cabeceira; 6. Dispor o recipiente com saco para lixo em local de fácil acesso; 7. Proteger o tórax do cliente com uma toalha; 8. Colocar máscara e óculos de proteção; 9. Abrir o pacote de aspiração em uma parte da bandeja ou se espaço suficiente pode se fazer o uso de uma segunda bandeja possibilitando maior conforto e menor risco de contaminação; 10. Abrir o invólucro da sonda para aspiração e colocá-la junto á cúpula no campo aberto; 11. Abrir o invólucro da extensão de látex ou silicone e colocá-la junto à sonda, manter uma das extremidades estéril; 12. Calçar luvas de procedimentos nas duas mãos; 13. Calçar luva estéril na mão dominante; 14. Com a mão enluvada com a luva de procedimento, colocar água destilada na cúpula e testar válvula do vácuo e aspirador previamente montados; 	

15. Com a mão enluvada com luva estéril, pegar a sonda e conectar em uma das extremidades da extensão de silicone ou látex;
 16. Com a mão enluvada com luva de procedimento, conectar a outra extremidade da extensão ao aspirador ou vácuo;
 17. Abrir o vácuo do aspirador;
 18. Pinçar, dobrar a extensão conectada à sonda com a mão enluvada com luva de procedimento;
 19. Umidificar a sonda com água destilada da cúpula;
 20. Introduzir a sonda de aspiração, desfazer a pinça ou a dobra da extensão;
- Aspirar a secreção fazendo movimentos rotatórios com a sonda por 5 segundos, cada vez o procedimento pode ser repetido por até 3 vezes;


OBSERVAÇÕES:

Pacientes com COVID-19 devem utilizar o sistema fechado (trach care), que consiste na realização do procedimento aspirativo sem a desconexão do ventilador artificial do paciente. O Trach Care é protegido por uma bainha plástica, o que traz uma maior segurança na assistência de pacientes confirmados ou com suspeita de Covid-19. O sistema não desconecta o paciente do ventilador e pode ser utilizado outras vezes no período de 05 dias, reduzindo o risco de contaminação

- Outras vantagens do sistema fechado são:
 - ✓ Menor risco de hipoxemia (queda de saturação de O₂);
 - ✓ Menor Risco de arritmias;
 - ✓ Menor risco de distúrbios Fisiológicos (Aumento FC, PA e Queda de Saturação).
- A indicação para aspiração ocorre nos casos de:
 - ✓ Presença de secreção visível em vias aéreas;
 - ✓ Presença de ruído em traquesotomia;
 - ✓ Presença de roncos pulmonares ou sons pulmonares reduzidos;
 - ✓ Queda de saturação de S_O2 abaixo de 92%;


Desconforto Ventilatório (batimento de asa de Nariz, cianose, taquipnéia).

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Nº 07 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA		
TAREFA:	Curativo		
EXECUTANTE:	Enfermeiro e Técnico de enfermagem		
RESULTADOS ESPERADOS:	<ul style="list-style-type: none"> – Limpar a ferida; – Proteger a ferida de lesões mecânica; – Prevenir contaminação exógena; – Absorver secreções; <ul style="list-style-type: none"> – Minimizar o acúmulo de fluídos por compressão; – Inibir ou destruir microrganismos com curativos com propriedades anti-sépticas ou antimicrobianas; – Proporcionar meio fisiológico que conduza á cicatrização; – Imobilizar a ferida; – Proporcionar conforto mental e físico ao paciente; – Manter umidade do leito da ferida; – Permitir troca de gases. 		
MATERIAIS: Feridas abertas:	<p>Bandeja contendo</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 pacote de curativo estéril; – Gazes estéril; – Esparadrapo, micropore ou fita adesiva; – 1 lâmina de bisturi nº 23 com cabo estéril; – 1 bacia; – Ataduras de crepe; – Compressa estéril; – Luvas estéril; – Seringa de 20ml; – Agulha 40 x 12 – Água destilada/ SRL – Recipiente com solução a serem usados no curativo; – Medicação prescrita S/N. <p>Bandeja contendo</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 pacote de curativo estéril; – Gaze estéril; – Cabo de bisturi; – Luva estéril; – Cuba redonda; – Campo fenestrado; – Água Destilada / SRL 		
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos com solução anti-séptica; 2. Reunir o material necessário e levá-lo próximo ao local a ser realizado o curativo; 3. Explicar ao paciente o que será feito; 4. Fechar a porta para privacidade do paciente; 5. Proteger o paciente com biombo se necessário; 6. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada; 7. Abrir o pacote do curativo com técnicas assépticas; 8. Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo; 9. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril; 		

	<ol style="list-style-type: none"> 10. Utilizar jatos suaves de água para auxiliar a remoção das gazes aderidas á lesão; 11. Remover com jatos suaves de água o excesso de exudato e tecidos desvitalizados; 12. Calçar as luvas; 13. Remover o curativo anterior com pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo; 14. Montar a pinça com gaze, auxiliada pela pinça anatômica. Com movimentos suaves, a proceder á limpeza da lesão, obedecendo ás normas básica de assepsia (do menos contaminado para o mais contaminado). 15. Anti-sepsia da pele ao redor da ferida com solução de clorexidina tópica (prevenção de colonização); 16. Lavar o leito da ferida com grande quantidade de água; 17. Colocar gazes ou compressas próximas a ferida para reter a solução drenada; 18. Se necessário, remover os resíduos de fibrina ou tecido desvitalizado, utilizando desbridamento cirúrgico; 19. Cobrir todo o leito da ferida (cobertura primaria) em quantidade suficiente para manter o leito da ferida úmida, utilizando um curativo; 20. Ocluir a ferida com gaze estéril (cobertura secundaria) e fixar com esparadrapo ou atadura de crepe quando necessário; 21. Deixar o paciente confortável; 22. Lavar as mãos; 23. Anotar na ficha de enfermagem <ul style="list-style-type: none"> – Ficha de Seguimento de Úlceras dos Membros Inferiores; – As características da ferida, coletando todas as informações disponíveis e assinar como responsável pelo preenchimento.
CUIDADOS:	<p>A realização de um curativo deve obedecer aos princípios básicos de assepsia onde preconiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lavar as mãos antes e após o curativo; Obedecer aos princípios de assepsia / limpar do menos contaminado para o mais contaminado; Remover assepticamente tecidos desvitalizados ou necrosados; Obedecer ao principio de realização do procedimento do local menos para mais contaminado; Utilizar luvas não estéreis na possibilidade do contato com sangue ou demais fluidos corporais; <p>Utilizar luvas estéreis em substituição ao material de curativo estéril ou em procedimento cirúrgicos (desbridamento).</p>
OBSERVAÇÕES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Há possibilidade de utilização de duas técnicas distintas para realização de curativos: <ul style="list-style-type: none"> – Técnica asséptica ou estéril <ul style="list-style-type: none"> ✓ As mãos devem ser lavadas com solução anti-séptica antes e após o curativo; ✓ Deve ser utilizado material ou luvas estéreis para manipulação da lesão; ✓ A limpeza deve ser feita com solução estéril e utilizar cobertura estéril; ✓ Recomenda-se a utilização exclusiva da técnica estéril para o tratamento hospitalar de ferida, devido aos riscos aumentados de colonização das lesões. – Técnica Limpa <ul style="list-style-type: none"> ✓ As mãos devem ser lavadas com solução anti-sépticas ou água e sabão antes e após o curativo; Pode ser utilizado material limpo para manipulação da lesão;A limpeza da lesão poderá ser feita com água limpa e tratada, porém a cobertura da lesão deve ser preferencialmente estéril; <p>Esta técnica pode ser utilizada no tratamento domiciliar e criteriosamente nos tratamentos ambulatoriais;</p> <p>Curativos removidos para inspeção da lesão devem ser trocados imediatamente.</p> 2. Cobertura primaria é a que permanece em contato direto com a ferida; 3. Cobertura secundaria é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primaria.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 08 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Sondagem Vesical	
EXECUTANTE:	Enfermeiro	
RESULTADOS ESPERADOS:	Esvaziar a bexiga dos pacientes com retenção urinária, controlar o volume urinário, preparar para as cirurgias principalmente as abdominais, promover drenagem urinária dos pacientes com Incontinência urinária, auxiliar no diagnóstico das lesões traumáticas do trato urinário; possibilidades de controle rigoroso de diurese, para obter amostra de urina estéril.	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Saco de Lixo. Pacote de cateterismo vesical esterilizado contendo: – Cuba-rim ou cuba redonda; – Campo fenestrado; – Gaze; – Pinça Pean ou similar; – Sonda uretal (nº 10 a 14); – Luvas estéreis; – Biombo; – Frascos com clorexidina; – Lubrificante; – Seringa de 10 ml; – Água destilada de 10 ml; – Esparadrapo; – Bolsa coletora de sistema fechado. 	
ATIVIDADES:	<p>SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO FEMININA:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Orientar o paciente sobre o procedimento; – Cercar a cama com o biombo (se necessário); – Encaminhar o paciente para higiene íntima ou fazê-la se necessário; – Colocar o material na mesa de cabeceira e prender o saco de lixo ou deixar o cesto de lixo perto; – Colocar o paciente na posição ginecológica, protegendo-o com um lençol; – Abrir com técnica asséptica o pacote de cateterismo sobre a cama entre as pernas do paciente; – Colocar na cuba redonda o anti-séptico e o lubrificante na gaze; – Abrir o invólucro da sonda vesical, colocando-a na cuba rim; – Colocar a luva com técnica asséptica; – Lubrificar a sonda; – Colocar o campo fenestrado no períneo e aproximar a cuba rim; – Afastar os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão esquerda e com a mão direita ou mão dominante fazer anti-sepsia no períneo com as gazes embebidas na solução anti-séptica, usando a pinça Pean. A anti-sepsia deverá ser no sentido púbis-ânus, na sequência: grandes lábios, pequenos lábios, vestíbulo, usar a gaze uma vez e desprezá-la; – Limpar a região com soro fisiológico, obedecendo os mesmos princípios de assepsia descritos; – Afastar com a mão direita a cuba redonda e a pinça; – Continuar a manter, com a mão esquerda, exposto o vestíbulo e, com a mão direita ou dominante, introduzir a sonda lubrificada (a mais ou menos 10cm) colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada; – Retirar a sonda (quando terminar a drenagem urinária) e o campo fenestrado; – Controlar o volume urinário, colher amostra da urina ou guardá-la para o controle de diurese; – Deixar a unidade e o material em ordem. 	

**SONDAGEM VESICAL DE
DEMORA FEMININA:**

- Repetir a técnica da sondagem vesical de alívio;
- Após a passagem da sonda insuflar o balãozinho com soro fisiológico, através da válvula existente na extremidade da sonda e puxá-la até sentir-se a ancoragem do balão no trigono vesical;
- Retirar o campo fenestrado;
- Conectar a sonda na extensão do coletor e prendê-lo na grade da cama;
- Retirar as luvas;
- Fixar a sonda com uma tira de esparadrapo na coxa da paciente saindo por cima da mesma.

**SONDAGEM VESICAL DE
DEMORA MASCULINA:**

- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal e com as pernas afastadas;
- Aplique o campo estéril sobre as coxas, logo abaixo do pênis, aplique assepticamente o campo fenestrado sobre o períneo, deixando o pênis exposto;
- Posicione o kit estéril sobre o campo estéril entre as coxas do paciente e abra o coletor de urina, mantendo estéril a sua conexão;
- Aplique lubrificante na ponta do cateter;
- Fazer a anti-sepsia, se paciente não circuncidado, retraia o prepúcio com a mão não dominante, aperte o pênis logo abaixo da glândula, retraia o meato uretral entre o polegar e o indicador, mantenha a mão não dominante nesta posição, durante a inserção do cateter;
- Com a mão dominante pegar as gazes com a pinça e com solução antisséptica higienizar o pênis, começar pelo meato, para baixo em direção a base, repita este usando movimentos circulares e avançar para baixo em direção a base, repita esse procedimento por até 3 vezes, substituindo a gaze a cada vez;
- Aplique 8ml de pomada anestésica na uretra com a seringa ou bisnaga esterelizada;
- Mantenha o pênis em posição perpendicular ao corpo do paciente, aplicando uma discreta tração para cima;
- Peça ao paciente para simular que estivesse urinando, enquanto a sonda é inserida;
- Introduza a sonda até que o fluxo urinário escoe pelo final do cateter;
- Libere o pênis e segure firmemente o cateter com a mão não dominante;
- Insufle o balonete;
- Libere a sonda com a mão não dominante e puxe suavemente até sentir uma resistência e então mova o cateter ligeiramente em direção a bexiga, desconecte a seringa;
- Conecte o final da sonda ao sistema coletor de urina a não ser que já esteja conectado;
- fixe o cateter no alto da coxa ou no abdome inferior, com o pênis repousando sobre o abdome;
- Remova as luvas, recolha equipamento utilizado, deixe unidade em ordem e lave as mãos.

**SONDAGEM VESICAL DE
ALÍVIO MASCULINA:**

- Prosseguir exatamente como nas técnicas de sondagem de demora;
- Ao introduzir a sonda colete amostra de urina, quando necessário: colete cerca de 20ml segurando o final do cateter com a mão dominante, pinçando o cateter para interromper o fluxo;
- Permita que a bexiga esvazie completamente, a não ser que exista restrição ao volume máximo drenado;
- Retire lentamente a sonda de alívio;
- Remova as luvas, organize a unidade.

**RETIRADA DE SONDA
VESICAL:**


Material:

- Bandeja contendo:
- Luvas de procedimentos;
- Seringa de 10 ml;
- Gaze;
- Saco de resíduos.


Método:

1. Explicar ao paciente sobre o cuidado e sua finalidade;
2. Preparar o ambiente- colocar biombo (se necessário);
3. Lavar as mãos;
4. Levar o material junto ao paciente;
5. Calçar as luvas de procedimento;
6. Descobrir apenas a área necessária para realização do procedimento;
7. Desinsuflar o balão da sonda vesical com auxílio da seringa;
8. Tracionar a sonda vesical de modo contínuo e lento;
9. Limpar o meato com gaze;
10. Levar o coletor até o banheiro e desprezar a urina no vaso sanitário;
11. Desprezar o coletor e sonda no lixo de materiais contaminados.


Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Nº 09 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA		
TAREFA:	Oxigenoterapia		
EXECUTANTE:	Enfermeiro e Técnico de enfermagem		
RESULTADOS ESPERADOS:	Manter o sangue apropriadamente saturado com O ₂ , evitar ou aliviar a hipoxemia; melhorar as trocas gasosas entre os alvéolos e sangue; aumentando a concentração de O ₂ no sangue.		
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Fluxômetro; – Umidificador; – Dispositivos comuns de O₂ (Óculos nasais, máscaras simples, Máscaras com reservatório e de reinalação parcial, Máscara de Venturi); – Água destilada; 		
ATIVIDADES:	<ul style="list-style-type: none"> – Colocar umidificador com água destilada ou esterilizada até o nível indicado; – Controlar a quantidade de litros por minuto; – Observar se a máscara ou cateter estão bem adaptados e em bom funcionamento; – Dar apoio psicológico ao paciente; – Avaliar o funcionamento do aparelho constantemente observando o volume de água do umidificador e a quantidade de litros por minuto; – Explicar as condutas e as necessidades da oxigenoterapia aos pacientes e acompanhantes e pedir para não fumar; – Observar e palpar o epigástrico para constatar o aparecimento de distensão; – Fazer revezamento das narinas a cada 8 horas (cateter); – Avaliar com frequência as condições do paciente, sinais de hipóxia e anotar e dar assistência adequada; – Manter vias aéreas desobstruídas; – Controlar sinais vitais. 		
CUIDADOS:	<ul style="list-style-type: none"> – Não administrá-lo sem o redutor de pressão e o fluxômetro; – Colocar aviso de “não fumar” na porta do quarto do paciente; – Manter os torpedos de O₂ na vertical, longe de aparelhos elétricos e de fontes de calor. 		
INDICAÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> – Parada Cardiorrespiratória; IAM; Reduz sobrecarga cardíaca; – Intoxicação por gases (CO₂); Traumatismos graves; Angina instável; – Recuperação pós-anestésica (procedimentos); Insuficiência respiratória aguda ou crônica; – Insuficiência cardíaca congestiva (ICC); – Apneia obstrutiva do sono. 		
FORMAS DE ADMINISTRAÇÃO:	<ul style="list-style-type: none"> – Meios de administração de O₂; – Cateter nasal; – Cânula nasal; – Máscara de Venturi; – Máscara com reservatório; – HOOD ou HALO; – CPAP nasal; – VM através do uso de cânula endotraqueal. 		

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 10 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Inalação	
EXECUTANTE:	Enfermeiros e técnicos	
RESULTADOS ESPERADOS:	Fluidificar as secreções aderidas à parede brônquica do paciente	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Fonte de O2 ou ar comprimido; – Nebulizador (há vários tipos) com a medicação e solução fisiológica; – Intermediário de borracha; – Cuba-rim; – Lenço de papel; – Luvas de procedimento – Saco plástico para resíduos. 	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1.explicar ao cliente o cuidado a ser executado; 2.organizar o material, colocando a solução fisiológica com o medicamento no nebulizador; 3.preparar o cliente para receber o tratamento: em posição de Fowler, ou sentado em uma cadeira; 4.retirar o frasco umidificador e ligar o nebulizador á fonte de O2 ou ar comprimido, para que o fluxo aja diretamente sobre o medicamento que está no nebulizador; 5.regular o fluxo de O2 ou ar comprimido de acordo com prescrição médica; 6.instruir o paciente para respirar profundamente a medicação e expirar lentamente, permanecendo com a boca semi-aberta, sem conversar; 7.manter a nebulização até consumir a solução; 8.oferecer lenço de papel e orientar para escarrar, tossindo profundamente; 9.ajudar a saída da secreção, fazendo tapotagem ou vibração onde esta se se acumula, adotando uma posição que facilite sua drenagem; 10.providenciar a limpeza e ordem do material; 11.anotar o cuidado prestado, volume e característica do escarro eliminado. 	
OBSERVAÇÃO:	LEMBRAR DE DEIXAR O PACIENTE SENTADO OU NA POSIÇÃO DE FOWLLER MÉDIO OU ALTO.	

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Nº 11 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA		
TAREFA:	Colocação das Luvas Estéril		
EXECUTANTE:	Todos profissionais de enfermagem		
RESULTADOS ESPERADOS:	– Atender as medidas de controle de infecção; – Principal medida para se evitar transmissão de microorganismos.		
MATERIAIS:	– Pacote de luvas esterilizadas do tamanho adequado às mãos do profissional; – Mesa ou superfície limpa para abrir o pacote.		
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abertura do pacote de luvas. Observar a posição correta das mesmas; 2. Abertura do invólucro interno, tocando apenas a face externa; 3. Disposição das mãos a fim de identificar a luva correspondente; 4. Colocação da primeira luva, tocando apenas a dobra do punho; 5. Observar disposições das luvas; 6. Colocação da segunda luva, tocando apenas o interior da dobra; 7. Puxando a luva sobre o punho com a primeira mão já enluvada; 8. Mãos enluvadas só podem tocar materiais esterilizados; 9. Para remoção, agarre uma das luvas na extremidade superior pelo lado externo. <ul style="list-style-type: none"> • COMO CALÇAR LUVAS DE PROCEDIMENTO <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Abrir o pacote de luvas sobre superfície seca, limpa e plana expondo-as; 3. Segurar com o polegar e o indicador da mão direita a dobra do punho da luva esquerda expondo a abertura da luva; 4. Unir os dedos da mão esquerda e, com a palma da mão voltada para cima, introduzir a mão esquerda na abertura apresentada; 5. Tracionar lateralmente a luva com a mão direita até calcá-la; 6. Colocar os dedos indicador, médio, anelar e mínimo da mão esquerda na dobra do punho da luva direita expondo a abertura da luva, mantendo elevado a polegar esquerdo; 7. Unir os dedos da mão direita a abertura apresentada; 8. Tracionar lateralmente a luva com a mão esquerda até calcá-la totalmente, inclusive o punho; 9. Unir os dedos da mão direita, introduzindo-os na dobra do punho da luva esquerda, desfazendo toda a dobra; 10. Ajustar as luvas. 11. Estique e puxe a extremidade superior da luva para baixo; 12. Insira os dedos da mão sem luva dentro da extremidade interna da luva ainda vestida; 13. Puxe a segunda luva de dentro para fora. • DESCALÇAR LUVAS CONTAMINADAS <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegue a luva da mão dominante pela parte superior sem dobrá-la para dentro e puxe-a para fora; 2. Mantenha a luva retirada na mão não dominante; 		


3. Coloque dois dedos dentro da luva da mão dominante dentro da luva a ser retirada sem tocar a parte externa;
4. Puxe-a para baixo virando-a de avesso á medida que for sendo retirada;
5. Jogue as luvas contaminadas no lixo.

CUIDADOS:

O profissional de enfermagem coloca luvas esterilizadas não apenas na sala de cirurgia, mas em qualquer lugar onde seja realizado um procedimento estéril. É responsabilidade de cada profissional verificar o tamanho da luva que mais se ajusta ao uso pessoal e várias tentativas. As luvas devem ser grandes o bastante para serem colocadas com facilidade, mas pequenas o suficiente para não ficarem folgadas.

A lavagem frequente das mãos protege também o profissional de Saúde da autocontaminação

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 12 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Sondagem Nasogástrica (SNG)	
EXECUTANTE:	Enfermeiro	
RESULTADOS ESPERADOS:	Permitir a drenagem do conteúdo gástrico é uma das medidas de suporte oferecida pela enfermagem com prescrição médica, essa sondagem pode ser utilizada para realizar para realizar a gavagem e a lavagem do estômago. Estabelecer uma via para alimentação, examinar conteúdo gástrico, administrar medicamentos; preparar para cirurgias e afecções da boca.	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Sonda nasogástrica com tamanho apropriado; – Bandeja; – Estetoscópio; – Adesivo para fixação da sonda (esparadrapo ou similar); – Luvas; – Toalha de papel ou de rosto; – Seringa de 20 ml; – Copo descartável com água; – Gaze; – Gel anestésico; – Esparadrapo para auxiliar na fixação da sonda; – Cuba rim. 	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar cliente para procedimento; 2. Lavar as mãos; 3. Preparar material; 4. Levar material ao quarto do cliente com uma toalha; 5. Colocar cliente em posição de fowler; 6. Proteger tórax do paciente com toalha de rosto; 7. Calçar luvas; 8. 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; 9. Marcar mensuração com fita adesiva; 10. Lubrificar sonda com auxílio de uma gaze embebida em xilocaína gel; 11. Introduzir sonda em uma das narinas; 12. Pedir ao cliente para fazer movimento de deglutir, se possível, a fim de ajudar a introdução da sonda; 13. Fazer flexão do pescoço até ultrapassar a parede nasofaríngea; 14. Introduzir sonda até a marca; 15. Verificar se a sonda está localizada no estômago (técnicas descritas a seguir); 16. Fixar sonda de modo a se evitar compressão da asa do nariz; 17. Deixar cliente confortável; 18. Deixar unidade em ordem; 19. Retirar as luvas; 20. Lavar as mãos; 21. Realizar anotações de enfermagem. <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas para verificação da posição da sonda: <ul style="list-style-type: none"> – Através da ausculta: ✓ Posicionar estetoscópio abaixo do apêndice xifóide; ✓ Introduzir 10 ml de ar pela sonda com auxílio de seringa (rapidamente); ✓ Auscultar “ruído hidroaéreo” produzido. 	


CUIDADOS:

- Interromper a passagem da sonda na presença de tosse e reiniciar o procedimento quando esta cessar;
- Lubrificar com xylocaína o fio guia/mandril, antes de introduzi-lo na sonda(específica para a nutrição enteral);
- Retirar vagarosamente o mandril com movimentos circulares e nunca reintroduzi-lo com a sonda no paciente;
- Trocar a fixação diariamente, realizando massagens nas narinas para prevenir lesão;
- Anotar volume e aspecto da secreção quando a sonda permanecer aberta.
- Aspirar a sonda com uma seringa de 20 ml e verificar se a mesma não se encontra obstruída no caso do paciente apresentar vômito;
- Realizar higiene oral e nasal duas vezes ao dia;
- Permanecer no máximo 5 dias com a SNG de cloreto de polivinil (PVC), tipo Levine, para prevenir complicações como erosões, lesões de tecido e refluxo e substituí-la por sonda de poliuretano ou silicone, com permanência de até 6 meses.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 13 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO : 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Lavagem Gástrica	
EXECUTANTE:	Técnicos de enfermagem e enfermeiros	
RESULTADOS ESPERADOS:	Remover substâncias tóxicas do estômago ou irritantes; preparar paciente para cirurgias e/ou exames; auxiliar no tratamento de hemorragias gástricas.	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Solução prescrita; – Equipo macrogotas; – Seringa de 20ml; – Frasco coletor; – Luvas de procedimento; – Toalha de papel. 	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar cliente para procedimento; 2. Lavar as mãos; 3. Preparar solução prescrita; 4. Calçar luvas de procedimento; 5. Caso cliente não esteja sondado, proceder a técnica de sondagem nasogástrica; 6. Caso esteja sondado, checar posicionamento da sonda nasogástrica; 7. Drenar líquidos do estômago, se houver; 8. Colocar cliente em posição de Fowler, se não houver contra indicação; 9. Introduzir parte da solução prescrita por meio de seringa ou frasco conectado ao equipo de soro e este á sonda; 10. Infundir 200 a 300mL de produto para lavagem gástrica; 11. Deixar drenar líquido infundido anotando volume; 12. Observar características do líquido drenado; 13. Continuar com infusão da solução prescrita até o final ou até avaliar que não há necessidade de mais infusão; 14. Drenar líquido infundido anotando o volume total; 15. Deixar cliente confortável; 16. Deixar unidade em ordem; 17. Lavar as mãos; 18. Realizar anotações de enfermagem. 	
CUIDADOS:	<ul style="list-style-type: none"> – A lavagem gástrica deve ser considerada somente se o paciente ingeriu uma dose potencialmente letal e o procedimento for realizado até 60 minutos da ingestão; – A lavagem deve ser continuada até se obter um retorno claro do volume instilado. 	

Elaborado Por: Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Autorizado por: Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Revisado por: Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial
--	--	--

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Nº 14 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA		
TAREFA:	Movimentação e Transporte do cliente		
EXECUTANTE:	Enfermeiros, Técnicos de enfermagem, Maqueiro.		
RESULTADOS ESPERADOS:	Mudança de local do paciente		
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Maca; – Cadeiras de rodas; – Escadinhas; – Lençol móvel. 		
ATIVIDADES:	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte do cliente do leito para a maca e vice-versa; <ul style="list-style-type: none"> – Com auxílio do lençol/traçado, são necessárias 4 pessoas. 		
MÉTODO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar a maca; 2. Explicar ao cliente o que vai ser feito; 3. Deixar e, leque a colcha e o sobrelençol que está cobrindo o cliente; 4. Soltar o lençol móvel e enrolar as pontas bem próximo do cliente; 5. Colocar a maca paralela e encostada no leito; 6. As pessoas devem colocar-se, duas ao lado da cama, e duas ao lado da maca, segurando o lençol móvel; 7. Apoiar a cabeça com travesseiro se o cliente estiver inconsciente ou impossibilitado de colaborar; 8. Posicionar os braços do cliente sobre o tórax ou estendê-lo ao lado do corpo; 9. Ao segurar o lençol, dobrar suas laterais até próximo ao corpo do cliente, permitindo firmeza ao segurá-lo; 10. Rapidamente as 4 pessoas, num só movimento, passam o cliente para a maca ou cama; 11. Dar atenção para o transporte de sondas, cateteres ou drenos que estejam instalados no cliente, estes devem ser clampeados no momento da mobilização e aberto e checados a seguir; 12. Proceder anotações de enfermagem. 		
OBSERVAÇÕES:	<ol style="list-style-type: none"> 1ª pessoa – posiciona-se na cabeceira da cama apoiando cabeça e tronco; 2ª pessoa – posiciona-se nos pés apoiando membros inferiores; 3ª pessoa – posiciona-se em uma das laterais da cama, apoiando tronco e quadril; 4ª pessoa – posiciona-se na outra lateral da cama, apoiando tronco e quadril.. 		
MÉTODO:	<ul style="list-style-type: none"> • Passar o cliente do leito para maca a braços, são necessário 3 pessoas <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar a maca; 2. Explicar ao cliente o que será feito; 3. Colocar um lençol sob o cliente; 4. Abaixar a colcha e o sobrelençol que o cobre; 5. Envolver o cliente com um lençol; 6. Colocar a maca em ângulo reto com a cama; 7. As pessoas se colocam ao lado do cliente, por ordem de altura; 8. A mais alta, na cabeceira, coloca um braço no ombro ou na cabeça, e o outro na região lombar do cliente; 9. A média, no meio, coloca um braço na região lombar, cruzando-o com o da 		


- cebeceira e o outro no terço inferior da coxa;
10. A mais baixa, nos pés, coloca um braço na região lombar, cruzando-o com a do meio, e o outro segura o dorso dos pés;
 11. Inspirar profundamente e, num movimento simultâneo, colocar o cliente na beira da cama;
 12. Levantá-lo, colocando sobre o peito;
 13. Colocá-lo cuidadosamente na maca ou cama;
 14. Soltar o lençol que o envolve e cobri-lo.

- Transporte do cliente em cadeira de rodas:

MÉTODO:

1. Orientar o cliente sobre o procedimento e solicitar sua colaboração;
2. Colocar a cadeira de rodas ao lado da cama, travando as rodas e dobrando o descanso dos pés;
3. Posicionar a escadinha próximo à cama. Se o cliente colaborar, posicionar-se em frente a ele de modo que ele possa se apoiar em você e sair da cama. Se não, movê-lo até a lateral da cama com o auxílio de um lençol móvel;
4. Apoiá-lo sobre seus próprios pés na escadinha;
5. Passá-lo para a cadeira com auxílio do lençol móvel;
6. Aaixar o descanso dos pés da cadeira de rodas;
7. Deixar o cliente confortável;
8. Transportá-lo cuidadosamente com segurança;
9. Realizar anotações de enfermagem.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 15 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Restrição de Movimentos	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem	
RESULTADOS ESPERADOS:	Limitar os movimentos do cliente em caso de extrema necessidade.	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Lençóis; – Ataduras de crepe ou braçadeiras. 	
ATIVIDADES:	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de restrição: <ul style="list-style-type: none"> – Lençóis; – Faixas elásticas; – Coletes; – Tábuas; – Talas; – Cama com grade; – Sacos de areia; – Ataduras (simples e gessada); – Aparelho de tração ortopédica; – Algodão ortopédico/ compressas (proteção). 	
MATERIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Restrição por meio de lençóis: <ul style="list-style-type: none"> – Lençóis; – Fixas de algodão; – Dobrar os lençóis em diagonal até formar faixa de uns 25cm de largura. 	
MÉTODO:	<ul style="list-style-type: none"> – Restrição do ombro: colocar a faixa sob as costas do cliente, passando pelas axilas, protegidas com algodão, cruzando sob o travesseiro e amarrando ao estrado da cabeceira da cama; – Restrição do abdome: são necessário 2 lençóis, colocar um dos lençóis sobre o abdome do cliente e o outro sob a região lombar, torcer juntas as pontas dos lençóis, amarrando-as no estrado da cama; – Restrição dos joelhos: passar a ponta do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo; a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito, amarrando as pontas no da cama; – Restrições com faixas: usadas nos punhos e tornozelos, lembrando de ter o cuidado de proteger a pele do cliente. 	
MATERIAL:	<ul style="list-style-type: none"> – Faixa de crepe de 15cm de largura e pelo menos 1m de comprimento; – Algodão, algodão ortopédico, compressa (para proteção). 	
MÉTODO:	<ul style="list-style-type: none"> – Formar com a faixa uma figura em 8 e acompanhá-la pelos dois centros formando laço com nó; – Colocar o membro em posição apropriada, prendendo-o com a argola formada pela faixa; – Proteger a pele com um algodão ou outro, tendo também cuidado para não apertar demasiadamente a argola; – Amarrar a extremidade da faixa no lado da cama; – Restrição com colete: colete é uma vestimenta reforçada, sem mangas, com tiras largas e longas, saindo de cada lado da parte da frente e cujas pontas são 	

INDICAÇÕES:


amarradas nas laterais da cama.

- Na realização de determinados procedimentos, como punção venosa em lactente;
- Para evitar queda da cama de cliente agitado, semi-consciente, inconsciente ou com convulsões;
- Em caso de agitação pós-operatória, principalmente se operado do crânio e catarata;
- Em alguns tipos de exames e tratamentos;
- Em doentes mentais que constituem perigo para si e para os demais pacientes;
- Em crianças e adultos com afecções na pele para evitar que se coçam;
- Em casos em que o cliente não colabore para manutenção de sonda, cateter, curativo ou soro;
- Em cliente com alteração de comportamento, com lucidez prejudicada.


CUIDADOS:

- Avaliar criteriosamente a necessidade de fazer ou manter a restrição de movimentos, aplicando-a somente em casos de extrema necessidade;
- Em alguns casos, pode-se evitar restrições colocando grades na cama;
- Estar atento à presença de cianose local, ferimento da pele, edema do membro e palidez de extremidade no local da restrição;
- Não apertar demasiadamente a faixa: sempre deixar 2 dedos entre o local da restrição e amarração;
- Nunca restringir os membros sem restringir o abdome; por movimentos bruscos, o cliente pode se soltar, causando trauma de coluna;
- Nunca restringir os ombros sem restringir abdome;
- Quando se coloca a contenção no abdome, deve-se evitar ajustar o lençol sobre a região epigástrica;
- O cliente deve ser mantido em posição cômoda e anatômica;
- Remover a restrição visualizando a região contida, no mínimo 2 vezes ao dia;
- Ao remover as restrições, de forma alternada, massagear a área restrita e movimentar as articulações, caso não haja contra-indicação para isso;
- Não comprimir artéria, plexos e nervos;
- Não fixar restrição de mão à cabeceira da cama;
- Anotar sempre no relatório os clientes que estão com restrição e sua causa determinante.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giuliana Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 16 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO :03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Tricotomia	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem	
RESULTADOS ESPERADOS:	<ul style="list-style-type: none"> – Retirar de pelos de determinada região com o objetivo de: – Facilitar o acesso cirúrgico; – Permitir a fixação de curativos, drenos, cateteres, eletrodos e sondas, sem tracionar os pelos; – Melhorar a aparência do homem (tricotomia facial). 	
MATERIAIS:	Bandeja contendo: <ul style="list-style-type: none"> – Cuba-rim; – Recipiente com água; – Luvas de procedimento; – Aparelho de barbear; – Sabão líquido; – Saco plástico para lixo; – Papel toalha; – Gaze; – Forro ou pano para proteger a cama; – Se necessário: biombo e lâmpada auxiliar. 	
ATIVIDADES:	Explicar ai cliente o que vai ser feito; <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar o ambiente: colocar biombo e posicionar a lâmpada de auxilio; 2. Lavar as mãos; 3. Trazer o material para junto do cliente; 4. Prender o saco plástico em local de fácil acesso; 5. Descobrir a área a ser tricotomizada; 6. Calçar as luvas; 7. Com o auxilio de gaze, passar o sabão liquido na área determinada; 8. Esticar a pele com a mão não-dominante e, com cuidado, raspar os pelos em direção ao seu crescimento, evitando ferir a pele; 9. Sempre que houver excesso de pelos no aparelho, retirá-los com auxilio do papel toalha; 10. Lavar e secar a região tricotomizada, ou encaminhar o cliente para o banho; 11. Providenciar a limpeza e a ordem do material, desprezando o barbeador descartável no recipiente para material perfurocortante; 12. Retirar as luvas; 13. Lavar as mãos; 14. Fazer as anotações de enfermagem. 	
CUIDADOS:	Se a área for grande, molhar pequenas porções de cada vez. Quando os pelos forem muito longos, cortar antes com a tesoura.	

Elaborado Por: Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Autorizado por: Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Revisado por: Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial
--	--	--

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 17 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Administração medicamentos via parenteral	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem	
RESULTADOS ESPERADOS:	É a administração de um agente terapêutico pelas vias Intradérmica (ID), Subcutânea (SC), Intramuscular (IM), Intravenosa ou Endovenosa (IV ou EV).	
VANTAGENS:	<ul style="list-style-type: none"> – Absorção mais rápida e completa; – Maior precisão em determinar a dose desejada; – Obtenção de resultados mais seguros; – Possibilidade de administrar determinadas drogas que são destruídas pelos sucos digestivos. 	
DESVANTAGENS:	<ul style="list-style-type: none"> – Dor, geralmente causada pela picada da agulha ou pela irritação da droga; – Em casos de engano pode provocar lesão considerável; – Devido ao rompimento da pele pode ocorrer o risco de adquirir infecção; – Uma vez administrada a droga, impossível retirá-la. 	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Seringa; – Agulha 13x3, 8 ou 4,5; – Etiqueta de identificação; – Agulha 40x15; – Agulha 26x6; – Algodão; – Álcool; – Garrote; – Fita crepe para identificação; – Bandeja; – Luva de procedimento – Medicamento prescrito; – Abocath nº adequado; – Esparadrapo / micropore; – Soro. 	
INTRADERMICA(ID):	<p>A agulha é inserida na pele formando ângulo de 15° ou paralela à superfície da pele.</p> <p>As áreas de aplicação podem ser a face interna do antebraço, escapular, inserção inferior do deltóide. Locais onde há pouca pilosidade e pigmentação.</p>	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fazer anti-sepsia ampla da pele; 2. Esticar a pele com auxílio dos dedos polegar e indicador, para facilitar a introdução da agulha; 3. Introduzir somente o bisel, voltado para cima, sob a epiderme; 4. Injetar o medicamento, lentamente, até a formação da pápula; 5. Retirar a agulha sem fazer compressão no local, pois o objetivo é retardar a absorção da droga que, quando injetada por esta via, pode provocar fenômenos alérgicos graves dependendo das condições do cliente. 	
SUBCUTÂNEA (SC):	<p>É a introdução de uma droga no tecido subcutâneo ou hipoderme. É indicada para drogas que não necessita ser rapidamente absorvidas (absorção mais lenta que a via IM e EV). Administra somente de 0,5 a 1 ml de medicamentos.</p>	

O ângulo depende da quantidade de tecido subcutâneo, local de aplicação e do comprimento da agulha. Em geral, a agulha 25x6 é inserida na pele formando ângulo de 45°. A agulha de 13x3,8 é inserida perpendicularmente à pele ou em ângulo de 90°.

As áreas de aplicação são a face externa do braço, região glútea, face externa da coxa, região periumbilical, região escapular, e flanco direito ou esquerdo.

ATIVIDADES:

- Fazer anti-sepsia ampla no local;
- Fazer uma prega na pele com os dedos polegar e indicador, levemente;
- Introduzir a agulha com impulso. Em seguida, tracionar o êmbolo para certificar-se de que não tenha atingido um vaso;
- Aplicar lentamente o medicamento;
- Retirar agulha fazendo leve compressão do local, sem friccionar a pele;
- Evitar aplicação próxima à região inguinal, às articulações e ao umbigo, na cintura e na linha mediana do abdome e face anterior do antebraço (insulina);
- Mudar diariamente o local de aplicação (insulina).

Obs.: A posição do bisel da agulha na via subcutânea é indiferente.

INTRAMUSCULAR (IM):

É a introdução de medicamentos nas camadas musculares. Depois da via EV é a mais rápida de absorção devido a maior vascularização deste tecido. A quantidade a ser administrada não deve ultrapassar 05 ml.

A inserção da agulha deve ser perpendicular à pele, ou formando ângulo de 90°, a fim de evitar o risco de lesar as fibras musculares, ou a droga ser injetada no tecido subcutâneo.

A seleção de uma região para injeção intramuscular depende de vários fatores: idade, quantidade de tecido, natureza do medicamento e estado da pele.

Pode ser aplicado deltoide, glúteo, dorso glúteo, ventroglúteo e coxa.

ATIVIDADES:

1. Fazer anti-sepsia ampla;
2. Posicionar o bisel da agulha seguindo o sentido da fibra muscular para minimizar lesão das mesmas;
3. Aplicar com um único impulso, sem hesitar, para diminuir o desconforto;
4. Tracionar o êmbolo até retornar as bolhas de ar;
5. Injetar o medicamento lentamente;
6. Fazer massagem no local após aplicação

ENDOVENOSA (EV):

É a introdução do medicamento diretamente na corrente sanguínea.

Os locais de aplicações são as veias superficiais de grande calibre da região cubital (cefálica, mediana e basílica), dorso da mão e antebraço.


ATIVIDADES:

1. Calçar as luvas;
2. Garrotear 4 cm acima do local escolhido para punção a fim facilitar a visualização e seleção das veias;
3. Fazer antisepsia ampla obedecendo o retorno venoso;
4. Posicionar o bisel da agulha voltado para cima;
5. Fixar a veia e esticar a pele com auxílio do dedo polegar;
6. Puncionar a veia. Refluindo o sangue, soltar o garrote;
7. Aplicar a droga, lentamente, observando a reação do paciente;


8. Retirar a agulha fazendo compressão no local, sem friccionar a pele.

Obs.: Para facilitar o aparecimento de veia pode-se utilizar os seguintes recursos: aquecer o local; pedir ao paciente que faça movimentos com as mãos, com o braço voltado para baixo, aumentando assim o fluxo sanguíneo; fazer massagem no local.


Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 18 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Administração medicamentos via oral	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem	
RESULTADOS ESPERADOS:	Produzir efeitos sistêmicos após administração, simples a administração, mais econômicos, não romper as defesas orgânicas.	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Copo descartável; – Medicação; – Conta gotas; – Bandeja. 	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Checar prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação; 2. Lavar as mãos; 3. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar; 4. Em caso de líquido – agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta gotas; 5. Explicar o procedimento ao paciente; 6. Oferecer a medicação; 7. Certificar-se que o medicamento foi deglutido; 8. Lavar as mãos; 9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar; 10. Anotar na planilha de produção; 11. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado. 	

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 19 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Precaução padrão	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, Técnicos de enfermagem.	
RESULTADOS ESPERADOS:	Medidas de proteção	
MATERIAIS:	– EPIs; – Prevenção.	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lave as mãos ou use soluções antissépticas antes e depois de cuidar do paciente; 2. Use luvas quando tocar em sangue e secreções corporais, mucosas ou lesão de pele de todos os pacientes, quando puncionar uma veia periférica 3. Use avental quando houver risco de contaminação do uniforme com sangue e secreções corporais; 4. Use máscara, touca e protetor de olhos quando houver risco de respingos de sangue e secreções na face; 5. Despreze agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos. ex: descarpac. 6. Nunca reencape agulhas. 	


Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 20 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Higiene do usuário	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, Técnicos de enfermagem.	
RESULTADOS ESPERADOS:	Higiene e conforto; prevenir infecções; evitar halitose, combater infecções respiratórias.	
ATIVIDADE:	<ol style="list-style-type: none"> 1. A higiene do paciente fica a cargo da Equipe de Enfermagem; 2. Explicar sempre ao usuário o que vai ser feito; 3. Preferencialmente realizar a higiene oral do usuário, antes do banho e após as refeições, com solução de Bicarbonato de Sódio, e quando se fizer necessário; Ao lidar com o usuário, de maneira direta, e imprescindível o uso de luvas para procedimentos; 4. Cuidar durante o banho, para não expor, desnecessariamente, o usuário. A privacidade contribui muito para o conforto mental do paciente; 5. Secar bem toda a superfície do corpo do paciente, principalmente as dobras; As portas do banheiro não devem ser trancadas, durante o banho; 6. Deve-se testar a temperatura da água, antes do banho do usuário. Geralmente se usa água morna. <p>– HIGIENE ORAL</p> <p>Definição: Consiste na limpeza dos dentes, gengivas, bochechas, palato, língua e lábios. Condições patológicas que predispoem a irritação e a lesão da mucosa oral: (estado de coma, hipertemia).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Finalidades Promover conforto ao paciente, – Evitar halitose, – Prevenir carie dentaria, – Conservar a boca livre de resíduos alimentares. <p>Prevenir infecção respiratoria, evitar halitose digestiva e bucal.</p> <p>– BANHO DE ASPERSAO (chuveiro)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Roupa pessoal; – Toalha de banho; – Sabonete (individual); – Pente; – Luva de banho (opcional). <p>Descrição do procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Explicar ao usuário o que vai ser feito; 3. Reunir o material e levar ao banheiro; 4. Encaminhar o usuário ao banheiro (portas e janelas fechadas); 5. Abrir o chuveiro e regular a temperatura da água e orientar o usuário sobre o manuseio da torneira; 6. Ajudar o usuário a se despir, caso não consiga fazer sozinho; 7. Iniciar o banho se a situação permitir, deixando o usuário sozinho; 8. Enxugar ou ajudar o usuário a fazê-lo, observando as condições da pele e a reação do banho; 9. Vestir e pentear o usuário caso não consiga fazê-lo sozinho; 10. Colocar tudo no lugar e chamar o pessoal da limpeza para proceder à limpeza do banheiro; 11. Lavar as mãos; 12. Anotar no prontuário. 	

OBSERVAÇÃO:


- Sentar na cadeira embaixo do chuveiro e muito mais seguro para os usuários idosos ou para os usuários que ainda estão muito fracos, facilitando para que lavem as pernas e pés, com menor probabilidade de escorregarem;
- Durante o banho deve-se assegurar a privacidade aos usuários, mas pedir-lhe para não trancar a porta e chamar se precisar de assistência. Manter-se perto do local.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial


 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 21 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Anotação no prontuário e relatório de enfermagem	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, Técnicos de enfermagem.	
RESULTADOS ESPERADOS:	<ul style="list-style-type: none"> – Contribuir com informações para o diagnóstico e tratamento médico e de enfermagem; – Conhecer o paciente, família e comunidade; – Construir fator decisivo entre a vida e a morte através dos dados colhidos; – Auxiliar a equipe multiprofissional na tomada de decisões específicas; – Verificar os problemas aparentes; – E não aparentes; – Planejar cuidados de enfermagem; – Analisar os serviços prestados; – Analisar os cuidados de enfermagem prestados; – Servir de base para qualquer documentação e anotação. 	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> – Caneta; – Impressos da SAE; – Aparelho para Aferir SSVV. 	
ATIVIDADES:	<p>Após todo atendimento será necessário e obrigatório o registro e tomando como base as observações os elementos principais a serem anotados são o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A aparência; ✓ Estado físico: queixas, observações em geral, alimentação, exames, testes, encaminhamento, eliminações, tratamentos dados, resultados dos cuidados prestados, medicamentos, contenções e demais observações colhidas pelo exame físico; ✓ A conservação ou a comunicação; ✓ O comportamento: <ul style="list-style-type: none"> – Equilíbrio do pensamento (senso crítico, confusão, expressão de ideias, delírios, localização no tempo e espaço, etc.); – Equilíbrio do estado perceptivo (alucinações, delírios); – Equilíbrio de estado afetivo (emoções, sentimentos, capacidade para resolver situações, etc.); – Equilíbrio no ajustamento social (dependência, isolamento, reação ao ambiente e pessoa); – Capacidade de aprendizagem - inteligência; ✓ Atividades; ✓ Recomendações. – Descrição do procedimento: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar termos descritos: Ex. o paciente esta ansioso, o paciente deambula constantemente no corredor; ✓ Torcendo as mãos, apresentando expressão facial de preocupação; ✓ Usar termos objetivos: aquilo que foi visto ou sentido e não de interpretação pessoal; ✓ Usar termos concisos; ✓ Considerar o aspecto legal das anotações: não permitindo rasuras, linha em branco entre uma e outra anotação, colocar nomes de pessoas; ✓ Considerar o segredo profissional; ✓ Observar a redação, ortografia, letra: Usar 3ª pessoa gramatical: Ex. o enfermeiro atendeu imediatamente ao chamado da campainha; ✓ Colocar horário; 	

- ✓ Colocar vias de administração e locais de aplicação de medicamentos;
- ✓ Fazer assinatura legível;
- ✓ Nunca anotar medicamentos ou tratamentos feitos por outras pessoas.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giuliana Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial


 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	Nº 22 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Avaliação neurológica	
EXECUTANTE:	Enfermeiro	
SITUAÇÃO/ QUEIXA	<ul style="list-style-type: none"> • O paciente queixa-se de: <ul style="list-style-type: none"> – Cefaléia; – Tontura / fraqueza; – Problemas de coordenação motora; – Desmaios; – Trauma cranioencefálico leve; – Diminuição no nível de consciência; – Confusão mental; – Convulsão; – Paraestésias e paralisias de parte do corpo; – Distúrbios visuais (diplopia, escotomas, hemianopsias, etc). • História passada de: <ul style="list-style-type: none"> – Convulsão; – Pressão Arterial alta; – Acidente Vascular Cerebral; – Trauma cranioencefálico; – Trauma raquimedular; – Meningite; – Encefalite; – Alcoolismo; – Drogas; – Defeitos congênitos; – Medicamentos em uso. • O paciente deverá ser avaliado em relação: <ul style="list-style-type: none"> – Nível de consciência: Consciente e orientado / Consciente desorientado / Confusão mental; – Inquieto; – Discurso: Claro / Incoerente e desconexo / Deturpado / Dificuldade de falar Responsivo ao nome, sacudir, estímulos dolorosos apropriados ou desapropriados; – Pupilas : foto reagentes / Isocóricas e anisocoria, miose, midríase, ptose palpebral; – Movimento ocular para cima e para baixo/ esquerda e direita; – Habilidade em movimentar membros superiores e membros inferiores; – Força muscular; – Parestesias; – Dificuldade de engolir, desvio de rima; – Tremores Convulsões; – Verificação dos Sinais Vitais: PA , Pulso Respiração e Temperatura. <p style="text-align: center; color: red;">Pacientes deverão ser encaminhados para área vermelha</p>	

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial


 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	Nº 23 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Avaliação cardiorespiratória	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, Técnicos de enfermagem.	
ATIVIDADES:	<ul style="list-style-type: none"> • Situação/Queixa: Pacientes com queixas de: <ul style="list-style-type: none"> – Tosse produtiva ou não; – Dificuldades de respirar; – Resfriado recente; – Dor torácica intensa (ver mnemônico de avaliação); – Fadiga; – Edema de extremidades; – Taquicardia; – Síncope. • História passada de: <ul style="list-style-type: none"> – Asma /Bronquite; – Alergias; – Enfisema; – Tuberculose; – Trauma de tórax; – Problemas cardíacos; – Antecedentes com problemas cardíacos; – Tabagismo. • Mnemônico para avaliação da dor torácica: PQRST <ul style="list-style-type: none"> – P- O que provocou a dor? O que piora ou melhora? – Q- Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar, etc – R- A dor tem aspectos de radiação? Onde a dor está localizada? – S- Até que ponto a dor é severa? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10 – T- Por quanto tempo o paciente está sentido a dor? O que foi tomado para diminuir a dor? <p>Associar história médica passada de: Doença cardíaca ou pulmonar anterior, hipertensão, diabetes e medicamentos atuais. Sinais Vitais: Verifique PA e P. Observe hipotensão, hipertensão, pulso irregular, ritmo respiratório, cianose, perfusão periférica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> – Monitorização Cardíaca; – Eletrocardiograma; – Oximetria. <p>Encaminhamento para Área Vermelha:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dor torácica ou abdômen superior acompanhada de náuseas, sudorese, palidez; – Dor torácica com alteração hemodinâmica; – Dor torácica e PA sistólica superior ou igual 180, PAD igual ou superior a 120; 	

- Pulso arritmico ou FC superior a 120 bpm ;
- Taquidispnéia, cianose, cornagem, estridor (ruídos respiratórios);
- FR menor que 10 ou superior a 22.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	Nº 24 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	URGÊNCIA	
TAREFA:	Avaliação da dor abdominal aguda	
EXECUTANTE:	Enfermeiro	
ATIVIDADES:	<p>A dor abdominal aguda é uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfunções.</p> <ul style="list-style-type: none"> Obtenha a descrição da dor no que se refere a: <ul style="list-style-type: none"> Localização precisa; Aparecimento; Duração; Qualidade; Severidade; Manobras provocativas ou paliativas; Sintomas associados: febre, vômitos, diarreia, disúria, secreção vaginal, sangramento <p>Em mulheres em idade fértil considerar a história menstrual e tipo de anticoncepção</p> <ul style="list-style-type: none"> Relacione a dor com: <ul style="list-style-type: none"> Ingestão de medicamentos (particularmente antiinflamatórios e aspirina) Náuseas e vômitos; Ingestão de alimentos (colicistite, ulcera); Sangramentos; Disúria/ urgência urinária/ urina turva/ hematúria/ sensibilidade supra púbica. Observe: <ul style="list-style-type: none"> Palidez, cianose, icterícia ou sinais de choque; Posição do paciente (ex. cólica renal o paciente se contorse); Distensão, movimento da parede abdominal, presença de ascites; Apalpe levemente atentando para resistências, massas, flacidez e cicatrizes. Sinais Vitais: <ul style="list-style-type: none"> Observe hiperventilação ou taquicardia; Pressão Arterial; Temperatura. <p>Procedimentos diagnósticos: Análise de urina. Eletrocardiograma (pacientes com história de riscos cardíacos).</p> <p>Encaminhamentos para área Vermelha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dor mais alteração hemodinâmica; PAS menor que 90 ou maior que 180 / FC maior que 120 e menor que 50 / PAS >=180; Dor mais dispnéia intensa; Dispnéia intensa; Vômitos incoersíveis, hemetemese. 	

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Julianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	Nº 25 DATA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 03 VALIDADE: 2 ANOS										
SETOR:	URGÊNCIA											
TAREFA:	Avaliação de saúde mental											
EXECUTANTE:	Enfermeiro											
ATIVIDADES:	<ul style="list-style-type: none"> • Uma avaliação rápida da Saúde Mental consiste na avaliação dos seguintes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> – Aparência; – Comportamento; – Discurso; – Pensamento, conteúdo e fluxo; – Humor; – Percepção; – Capacidade cognitiva; – História de dependência química. • Aparência: <ul style="list-style-type: none"> – Arrumada ou suja; – Desleixado, desarrumado; – Roupas apropriadas ou não; – Movimentos extraoculares. • Comportamento: <ul style="list-style-type: none"> – Estranho; – Ameaçador ou violento; – Fazendo caretas ou tremores; – Dificuldades para deambular; – Agitação. <table border="1" data-bbox="488 1234 1414 1447" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Pensamentos: (conteúdo)</td> <td style="width: 50%;">Pensamento: (fluxo)</td> </tr> <tr> <td>Suicida</td> <td>Aleatório, ao acaso</td> </tr> <tr> <td>Ilusional</td> <td>Lógico</td> </tr> <tr> <td>Preocupação com o corpo</td> <td>Tangencial</td> </tr> <tr> <td>Preocupação religiosa</td> <td></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Discurso: <ul style="list-style-type: none"> – Velocidade; – Tom; – Quantidade. • Humor: <ul style="list-style-type: none"> – Triste; – Alto; – Bravo; – Com medo; – Sofrendo. • Capacidade cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> – Orientado; – Memória; – Função intelectual; – Insight ou julgamento. 		Pensamentos: (conteúdo)	Pensamento: (fluxo)	Suicida	Aleatório, ao acaso	Ilusional	Lógico	Preocupação com o corpo	Tangencial	Preocupação religiosa	
Pensamentos: (conteúdo)	Pensamento: (fluxo)											
Suicida	Aleatório, ao acaso											
Ilusional	Lógico											
Preocupação com o corpo	Tangencial											
Preocupação religiosa												

- Percepção:
 - Baseado na realidade;
 - Ilusões;
 - Alucinações.
- Agitação Psicomotora
 - História de Dependência Química;
 - Antecedentes Psiquiátricos.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem Jussara Synelly Alexandre Sobral Coordenadora de Enfermagem	Sonia da Silva Delgado Diretora Assistencial	Helida Karla Rodrigues Nonato CCIH Flavia Maria de Lourdes Marques Assessora da Divisão Assistencial

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cipriano ZM, Melo AI, Schlemper CT. Manual de procedimentos e rotinas de enfermagem 1989. Florianópolis, Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina. 59-62.

DUGAS, B. W. Enfermagem Prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo: livro resumo. In: Anais do 52o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife, Brasil. Recife (PE): Associação Brasileira de Enfermagem; 2000. p.680.

Silva ALR, Pereira A. Sistematização da assistência de enfermagem: o significado atribuído pela enfermeira. In: Anais do 56o Congresso Brasileiro de Enfermagem 2004 Out 24-29; Gramado, Brasil. Brasília (DF): ABEn- Nacional; 2005 [acesso em 2005 Abr 25]. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>.

RODRIGUES, E. A. C. Histórico das infecções hospitalares. In: RODRIGUES, E. A. C. et al. Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 3-27.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. “Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde”. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. “Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde Neonatologia”. Brasília – DF. 2013.

Cournand AF, Forssmann W, Richards DW. Werner Forssmann: biographical. Stockholm: The Nobel Foundation; 2014. http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1956/forssmann-bio.html. Acessado: 23/11/2016. 2. Freitas LCM, Raposo LCM, Finoquio RA. Instalação, manutenção e manuseio de cateteres venosos centrais de inserção periférica em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico. Rev Bras Cancerol. 1999;45:19-29.

BROWN, J. Peripherally Inserted Central Catheteres. In: Tenenbaun, L. Cancer Chemoterapy. 2and end Philadelphia: WB Saunders, 429-445, 1994.

HADAWAY, LC. Compariosion of Vascular Acess Devices. Sem Oncol Nurs, Aug;11(3): 154-166. 1995.

FREITAS, C.L. et al. Instalação, manutenção e manuseio de cateteres venosos centrais de inserção periférica em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico. Ver Brás Cancerol, 45(1): 19-20, 1999.