

Práticas Assistenciais – Técnicas Básicas





Sumário

Conceitos Gerais.....	2
Sinais Vitais	3
Higienização das mãos.....	18
Assepsia e Antissepsia.....	18
Lesão por pressão.....	21
Bomba de Infusão.....	23
Oxigenoterapia.....	26
Períodos Cirúrgicos.....	29
Parada Cardiorrespiratória.....	32



Conceitos Gerais

Os profissionais de enfermagem, além do seu juramento perante a profissão, precisam além de tudo, interiorizar a responsabilidade de todas as práticas assistenciais prestadas ao seu paciente;

Inúmeros casos de negligência, imperícia, imprudência, e eventos adversos, tem sido constantes na prática profissional da enfermagem, e isso tem sido realmente preocupante, pois a cada dia a enfermagem é mal vista por um grande número de pessoas.

Os profissionais de enfermagem, além do seu juramento perante a profissão, precisam além de tudo, interiorizar a responsabilidade de todas as práticas assistenciais prestadas ao seu paciente;

Inúmeros casos de negligência, imperícia, imprudência, e eventos adversos, tem sido constantes na prática profissional da enfermagem, e isso tem sido realmente preocupante, pois a cada dia a enfermagem é mal vista por um grande número de pessoas.

Características para um bom profissional:

- Responsabilidade;
- Assiduidade;
- Respeito;
- Ética profissional;
- Resiliência;
- Pontualidade;



- Boa comunicação;
- Empatia;
- Comprometimento;
- Trabalho em equipe.

Práticas Assistenciais – Sinais Vitais

- São indicadores das funções vitais do paciente, analisando o estado de saúde do paciente. Podem orientar em diagnósticos iniciais, e a evolução do quadro clínico do paciente;
- A avaliação dos sinais vitais, permite identificar as necessidades básicas do paciente;
- Maneira rápida e eficiente;
- Os sinais vitais são base para soluções de problemas clínicos.

Sinais Vitais

- Temperatura
- Frequência cardíaca;
- Respiração;
- Pressão arterial;
- Dor.

Temperatura

- O ser humano é mantido em uma temperatura constante de 37°C, sendo que as extremidades do corpo podem se apresentar em menor temperatura.



- Os limites de temperatura em que o metabolismo pode apresentar falhas são de menos de 21°C e maior que 42°C.
- Perda ou ganho excessivo de calor pode levar a morte.

Fatores que alteram a temperatura

- Idade;
- Exercícios;
- Nível hormonal;
- Estresse;
- Ambiente;

Terminologias da temperatura

- Hipotermia (valores abaixo de 35°C);
- Afebril (valores entre 36.1°C a 37.2°C);
- Febril (valores entre 37.3°C a 37.7°C);
- Febre (valores entre 37.8°C a 38.9°C);
- Pirexia (valores entre 39°C a 40°C);
- Hiperpirexia (valores acima de 40°C).

Locais de aferição

- **Oral: 37°C** - leitura lenta, risco de contaminação por fluidos, não indicado para pacientes que não colaboram, ou inconscientes;
- **Retal: 37.5°C** – maior precisão, método desagradável, risco de exposição a fluídos, risco de lesão, contra indicado para Rn e pacientes com doenças retais;
- **Axilar: 36.5°C** – local menos preciso, sudorese pode interferir, longo período de mensuração;
- **Timpânica: 37°C** – aferição rápida, custo elevado, presença de cerume pode interferir na leitura, contra indicados para pacientes submetidos a cirurgia auditiva.



Técnicas para aferição

- Higienizar as mãos antes e após o procedimento;
- Selecionar a via de aferição;
- Avaliar fatores que possam interferir na determinação da temperatura (ambiente, atividade prévia do paciente, etc);

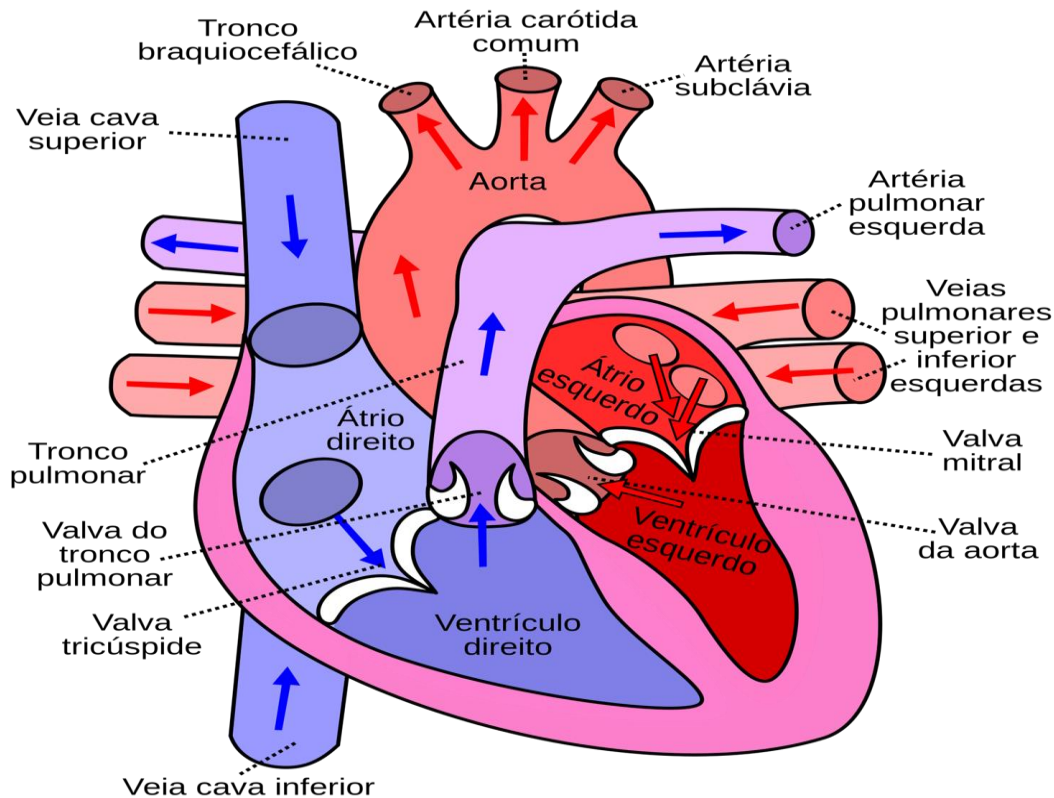


- Explicar o procedimento para o paciente;
- Posicionar o paciente em posição confortável e adequada;
- Realizar a assepsia no termômetro com álcool a 70% (haste do bulbo), antes e após o procedimento;
- Comparar o valor obtido com a temperatura basal e com a variação de temperatura apresentada pelo paciente;
- Registrar o procedimento.

Frequência Cardíaca

A frequência cardíaca é a velocidade do ciclo cardíaco medida pelo número de contrações do coração por minuto. Ela pode variar de acordo com as necessidades físicas do organismo, incluindo a necessidade de absorção de oxigênio e excreção e de gás carbônico;

Pequena e grande circulação



O coração humano é responsável por duas principais circulações: a grande circulação, também conhecida como circulação sistêmica, e a pequena circulação, ou circulação pulmonar. Esses circuitos são essenciais para o transporte de oxigênio e nutrientes para o corpo, bem como para a eliminação de resíduos metabólicos.

Pequena Circulação (Circulação Pulmonar)

A pequena circulação começa no ventrículo direito do coração, onde o sangue pobre em oxigênio é bombeado para os pulmões através da artéria pulmonar. Nos pulmões, o sangue libera dióxido de carbono e absorve oxigênio durante o processo de respiração. O sangue rico em oxigênio retorna então ao coração, especificamente ao átrio esquerdo, através das veias pulmonares. Este ciclo é crucial para a oxigenação do sangue.

Grande Circulação (Circulação Sistêmica)

Após o sangue ser oxigenado, ele é movido para o ventrículo esquerdo, de onde é bombeado para o restante do corpo através da aorta, a maior artéria do sistema circulatório. A aorta se ramifica em várias outras artérias que transportam o sangue oxigenado para os tecidos e órgãos. Após a entrega de oxigênio e a coleta de resíduos, o sangue, agora pobre em oxigênio, retorna ao coração pelo sistema venoso, entrando no átrio direito através das veias cavas superior e inferior.



A eficiência destas duas circulações é vital para a manutenção da vida, permitindo que o corpo funcione de maneira ótima, regulando a temperatura do corpo e mantendo o equilíbrio químico necessário para as funções vitais.

Frequência cardíaca

- O ciclo cardíaco é constituído por eventos cardíacos que ocorrem desde o início de um batimento cardíaco até o início do batimento seguinte;
- Sístole: o sangue, bombeado pelos ventrículos, enche as artérias pulmonares e sistêmicas (contração);
- Diástole: os ventrículos relaxam e se enchem de sangue.

Pulso (FC)

- Limite palpável de fluxo de sangue percebido em vários pontos do corpo;
- O fluxo de sangue pelo corpo é um circuito contínuo;
- Indicador do estado circulatório;
- A frequência da pulsação é número de pulsações em 1 min.

Locais de aferição do pulso

Características a serem avaliadas

- **Pulso normocárdico:** batimento cardíaco normal;



- **Pulso rítmico:** os intervalos entre os batimentos são iguais ou regulares;
- **Pulso arritmico:** Indica que os batimentos ocorrem tanto fortes como fracos durante o período da mensuração;
- **Pulso cicrótico:** pulso duplo;
- **Taquisfigmia:** pulso acelerado;
- **Bradisfigmia:** frequência abaixo da faixa normal;
- Pulso filiforme: indica redução da força ou do volume do pulso periférico.

Valores de referência da FC

- Lactentes: 120 a 160 bpm (29 dias a 2 anos);
- Infantil: 90 a 140 bpm (acima de 1 ano);
- Pré-escolar: 80 a 110 bpm (2 a 6 anos)
- Escolar: 75 a 100 bpm (6 a 12 anos);
- Adolescente: 60 a 90 bpm (12 a 18 anos);
- Adulto: 60 a 100 bpm.

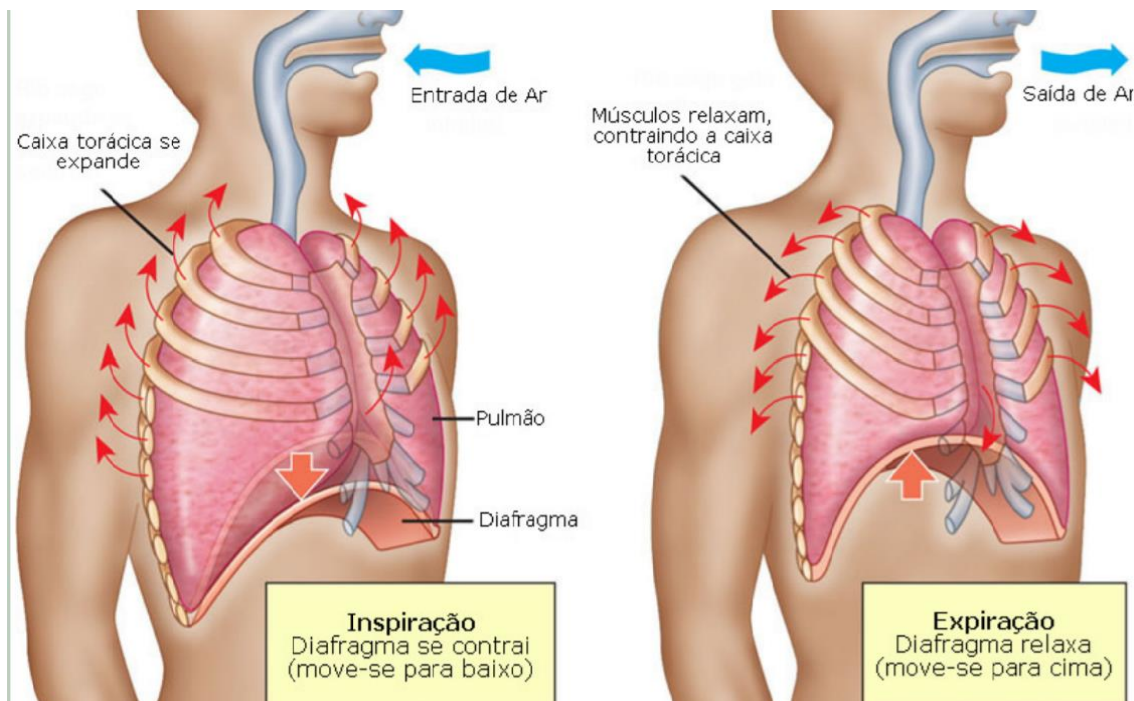
Como realizar a aferição da FC

- Relógio de pulso com ponteiro de segundos;
- Caneta e folha de registro de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Identificar o cliente e explicar o procedimento;
- Posicionar confortavelmente o cliente de acordo com o local de verificação;
- Obtenha o valor do pulso e avalie suas características;
- Ajude o cliente a retomar posição confortável;
- Lave as mãos e proceda ao registro de enfermagem.

Frequência respiratória

A respiração é o mecanismo que o corpo para promover trocas gasosas entre a atmosfera e o sangue, e o sangue e as células.

- Ventilação: movimento de gases para dentro e para fora dos pulmões;
- Difusão: movimento de oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e as hemácias;
- Perfusão: a distribuição das hemácias para os capilares pulmonares.





Ritmos respiratórios

- Eupnéia: respiração normal;
- Dispnéia: respiração difícil, trabalhosa ou curta. É comum em algumas doenças respiratórias;
- Taquipnéia: respiração rápida e superficial. Diversas condições podem cursar com taquipnéia, tais como síndromes restritivas pulmonares (derrames pleurais, doenças intersticiais, edema pulmonar), febre, ansiedade, etc;
- Hiperpnéia: aumento da frequência respiratória com ao aumento da amplitude dos movimentos respiratórios. Pode estar presente em diferentes situações tais como acidose metabólica, febre, ansiedade.
- Bradipnéia: redução do número dos movimentos respiratórios, geralmente abaixo de oito incursões por minuto. Pode surgir em inúmeras situações, tais como presença de lesões neurológicas, depressão dos centros respiratórios por drogas. Pode preceder a parada respiratória;
- Apnéia: interrupção dos movimentos respiratórios por um período de tempo prolongado. Pacientes com síndrome da apnéia do sono podem permanecer sem respirar durante minutos, cursando com hipoxemia acentuada e riscos de arritmias cardíacas e morte. Indivíduos em apnéia necessitam de suporte respiratório ou progredirão para óbito.
- Respiração sibilante: sons que são semelhantes a assovios;
- Respiração de Kussmaul: inspiração profunda seguida de apnéia e expiração suspirante;
- Respiração de Biot: respirações superficiais durante 2 ou 3 ciclos, seguidos por período irregular de apnéia;
- Respiração de Cheyne-Stokes: respiração em ciclos, que aumenta e diminui a profundidade, com períodos de apnéia. Ocorre principalmente seguida ou a aproximação da morte.

Valores de referência FR

- RN – 30 a 60 rpm;
- lactentes – 30 a 50 rpm;



- Infantil – 25 a 32 rpm;
- Criança – 20 a 30 rpm;
- Adolescente – 16 a 20 rpm;
- Adulto – 12 a 20 rpm.

Técnica para aferição FR

- Relógio com ponteiro de segundos;
- Material para registro;
- Higienizar as mãos antes e após o procedimento;
- Confirmar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Manter o paciente em posição confortável, de preferência sentado ou com a cabeceira da cama elevada;
- Manter a privacidade do paciente, se necessário remover a roupa na altura do tórax;
- Colocar o braço do paciente em uma posição relaxada, sem que isso bloqueie a visualização do tórax, ou colocar a mão diretamente sobre o abdome do paciente;
- Observar o ciclo respiratório completo (inspiração e expiração) e iniciar a contagem da frequência por 60 segundos;
- Registrar valores da FR, características da respiração e posição do paciente.

Pressão Arterial

A pressão Arterial é a força exercida sobre as paredes de uma artéria pelo sangue que pulsa sob pressão do coração. O sangue flui através do sistema circulatório por causa da mudança de pressão. Ele se move de uma área de alta pressão para uma área de baixa pressão.

- **Sistólica:** pressão máxima é quando ocorre a ejeção de sangue para aorta (contração);



- **Diastólica:** pressão mínima ocorre quando os ventrículos relaxam e o sangue que permanece nas artérias exercendo uma pressão mínima.

Objetivo da aferição da PA

- Avaliar a capacidade e a eficácia do sistema cardiovascular;
- Verificar alterações na pressão arterial fisiológica.

Dimensões do manguito

Tabela 07: Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura do manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
≤ 6	Recém-nascido	3	6
6-15	Criança	5	15
16-21	Infantil	8	21
22-26	Adulto pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38
45-52	Coxa	20	42

Pressão arterial por idade

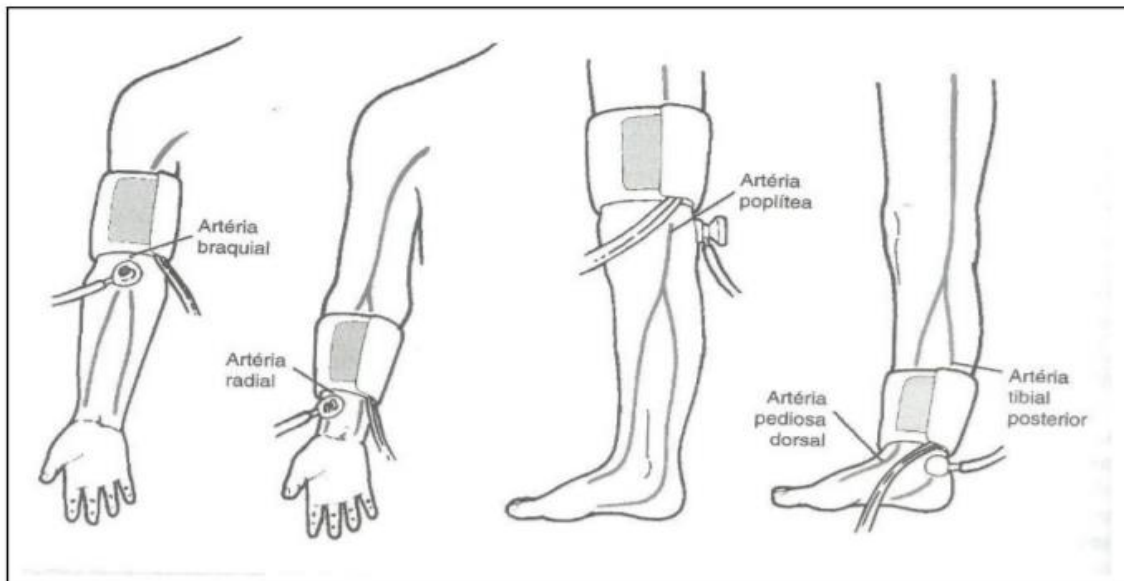
Tabela 01: Pressão Arterial média ótima para a idade

Idade	Pressão Arterial (mmHg)
Recém-nascido (3.000g)	40 (média)
1 mês	85/54
1 ano	95/65
6 anos	105/65
10 a 13 anos	110/65
14 a 17 anos	119/75
A partir de 18 anos	<120/<80

Tabela 02: Classificação da Pressão Arterial a partir de 18 anos de idade

Categoria	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Normal	<120		<80
Pré-hipertensão	120 a 139	ou	80 a 89
Hipertensão estágio 1	≥140	ou	≥90
Hipertensão estágio 2	≥160	ou	≥90

Locais de aferição da PA



Técnica para aferição da PA

- Lavar as mãos, higienizar com álcool o estetoscópio e explicar o procedimento ao paciente;
- Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos e não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida;
- Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. A PA é medida com o paciente sentado;
- Localizar a artéria braquial por palpação;
- Colocar o manguito firmemente cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço e seu comprimento, envolver pelo menos 80% do braço. Assim, a largura do manguito a ser utilizado estará na dependência da circunferência do braço do paciente;
- Manter o braço do paciente na altura do coração;
- Posicionar os olhos no mesmo nível do mostrador do manômetro aneroide;
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento no nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente;



- Colocar o estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura voltada para frente;
- Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
- Solicitar ao paciente que não fale durante o procedimento de medição;
- Inflar rapidamente, de 10 mmHg em 10 mmHg, até o nível estimado da pressão arterial, acrescentar mais 20 a 30 mmHg;
- Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2 mmHg a 4 mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto para o paciente. Procede-se neste momento, à ausculta dos sons sobre a artéria braquial, evitando-se compressão excessiva do estetoscópio sobre a área onde está aplicado;
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), que se intensifica com aumento da velocidade de deflação;
- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento completo dos sons (fase 5 de Korotkoff), exceto em condições especiais . Auscultar cerca de 20 mmHg a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase 4 de Korotkoff);
- Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica. Deverá ser sempre registrado o valor da pressão obtido na escala do manômetro que varia de 2mmHg em 2 mmHg, evitando-se arredondamentos e valores de pressão terminados em "5";
- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas, recomendando-se a elevação do braço para normalizar mais rapidamente a estase venosa, que poderá interferir na medida tensional subsequente.



Dor

Por ser um evento subjetivo, complexo e multidimensional, a dor deve ser avaliada e mensurada por meio de auto registros.

Objetivos de analisar a dor



- Identificar a intensidade e classificar a dor;
- Melhorar a qualidade de vida do paciente;
- Proporcionar conforto ao paciente e controle da dor.

Investigação da dor

Perguntas e abordagens:

- Quando iniciou a dor?
- De que forma ela apareceu?
- A dor é contínua? Ou intermitente?
- Qual o período do dia em que ela piora?
- Como é a sua dor?
- Qual é a intensidade da dor?
- Onde dói?
- Que fatores aliviam a dor?
- Que fatores pioram a dor?

Escala de mensuração da dor

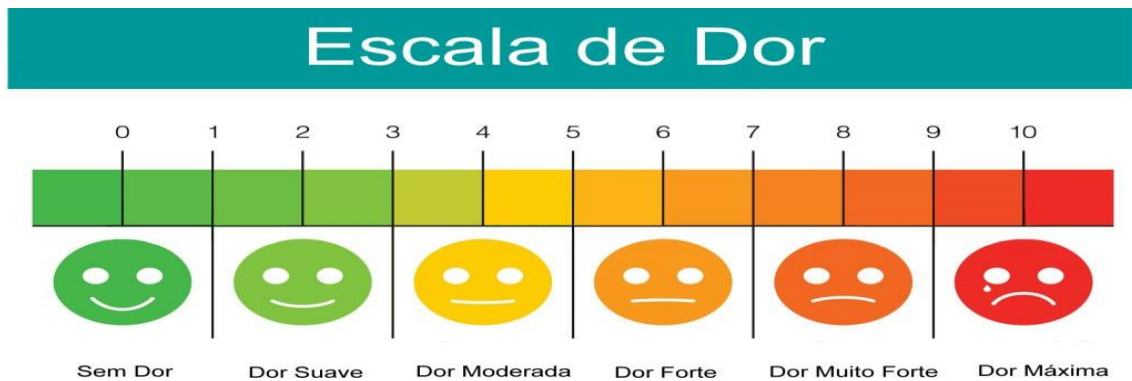
- Escalas unidirecionais: possuem descritores numéricos (0-10), verbais (palavras) ou visuais (imagens) para quantificar a dimensão sensorial, a intensidade da dor ou seu alívio;
- Escala de categoria numérica: o paciente estima sua dor em uma escala de 0 a 10, sendo 0 (zero) representando sem dor e 10 representando a pior dor imaginável;

Escala de dor:

- 0: sem dor;
- 1-3: dor branda;
- 4-6: dor moderada;
- 7-10: dor severa.



Escala de descritor verbal



Considerações da avaliação da dor

As características da dor que costumam ser investigadas incluem as seguintes: localização, intensidade; tipo (pontada, agulhada, facada, cortante, cólica, aperto, queimação, etc); extensão (localizada, difusa, etc); início e evolução; fatores de piora; disfunção (interferência nas atividades de vida diária).

Higienização das mãos

Higiene das mãos – Com álcool gel

- Antes e após o contato com o paciente;
- Antes e após realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;



- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, independente se este é limpo ou não, durante o cuidado ao paciente;
- Antes e após remoção de luvas;
- Após contato com objetos inanimados e superfícies;
- Antes e após a realização de procedimentos que necessitem da higienização das mãos.

Higiene das mãos – água e sabão

- Quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro;
- Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de “**Clostridium difficile**”;
- Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica.

Assepsia e Antissepsia

Antissepsia

Antissepsia consiste na utilização de produtos (microbicidas ou microbiostáticos) sobre a pele ou mucosa com o objetivo de reduzir os micro-organismos em sua superfície.

Tipos de Antissépticos



Álcool 70%: Na concentração a 70% é efetivo, resseca menos a pele e causa menos dermatites. Possui boa atividade contra o bacilo da tuberculose, atuando ainda contra muitos fungos e vírus incluindo vírus sincicial respiratório, hepatite B e HIV.

- **Vantagem:** Ação bactericida contra formas vegetativas de microrganismos Gram positivos e Gram negativos.
- **Desvantagem:** É inativo contra esporos.
- **Uso:** Higienização de mãos, na higienização do coto umbilical, na antisepsia da pele para punção venosa e para coleta de sangue arterial ou venoso.

Gluconato de Clorexidina: substância disponível sob a forma de solução degermante, alcoólica e aquosa;

- **Vantagem:** Possui efeito bactericida para cocos Gram positivo e bacilos Gram negativos, efeito virucida contra vírus lipofílicos (Influenza, Citomegalovírus, herpes, HIV) e ação fungicida, mesmo na presença de sangue e demais fluidos corporais; efeito residual de aproximadamente 6-8 horas por ação cumulativa.

Solução alcoólica de clorexidina (0,5%): utilizada na antisepsia complementar da pele no campo operatório, curativo de acesso venoso central e procedimentos invasivos (passagem de cateteres venosos centrais, drenagem de tórax, toracocentese, biópsias, paracenteses, punção lombar, etc);

- **Local de uso:** Todas as Unidades de Internação, Bloco Cirúrgico, Ambulatórios;

Solução aquosa de clorexidina (0,2%): antisepsia para cateterismo vesical, utilizado também para complementar os procedimentos invasivos em RN prematuros extremos onde existe o risco de queimadura química com o uso de soluções alcoólicas.

- **Local de uso:** Todas as Unidades de Internação, Bloco Cirúrgico, Ambulatórios.

Gluconato de clorexidina degermante (2%): higiene de mãos em áreas de internação; antes de procedimentos invasivos; degermação da pele nos procedimentos cirúrgicos; banho de recém-nascido infectado, especialmente em situações de surtos de infecção por cocos Gram positivos, como o *Staphylococcus aureus*;



- **Local de uso:** Todas as Unidades de Internação, Bloco Cirúrgico, CME, Ambulatórios, Laboratório, Patologia Cirúrgica, Farmácia.

Solução aquosa de povidine 10% com 1% de iodo livre (polivinilpirolidona- iodo / PVPI Tópico): para antisepsia de cirurgias da oftalmologia e da otorrinolaringologia.

- **Local de uso:** Pronto Socorro e Ambulatórios (Oftalmologia e Otorrinolaringologia) e Bloco Cirúrgico.

Álcool gel: tem por finalidade reduzir a carga microbiana das mãos quando estas não estiverem visivelmente sujas, podendo substituir a higienização com água e sabão;

- **Vantagem:** Ação bactericida contra formas vegetativas de microrganismos Gram positivos e Gram negativos;
- **Desvantagem:** É inativo na presença de matéria orgânica Uso: Higienização de mãos;
- **Local de uso:** Todas as Unidades de Internação, Bloco Cirúrgico, Ambulatórios, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Laboratórios.

Assepsia

Assepsia é o conjunto de medidas adotadas para impedir a introdução de agentes patogênicos no organismo.

Medidas Assépticas

- Usar meios assépticos para manuseio de alimentos, pratos e utensílios usados na alimentação;
- Utilizar técnicas rigorosas para lavagem das mãos e higiene pessoal meticulosa;
- Cozinhar e armazenar adequadamente os alimentos;
- Usar adequadamente os equipamentos descartáveis;
- Desinfetar a unidade do paciente, após a alta;
- Usar máscaras, luvas, aventais etc., nas áreas de isolamento;



- Limpar e esterilizar adequadamente os equipamentos hospitalares;
- Descartar adequadamente os resíduos hospitalares e os materiais contaminados etc.

Lesão por pressão

As lesões por pressão (LPP) são danos localizados na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ ou fricção. Os riscos aumentam quando somado aos fatores predisponentes intrínsecos da pessoa.

Classificação da Lesão por pressão

- **Estágio 1** – pele íntegra com eritema não branqueável, após a remoção de pressão, ou com alterações na sensação, temperatura ou consistência. No cliente de pele escura pode ser observado a descoloração da pele;
- **Estágio 2** – perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. Leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmida e pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido;
- **Estágio 3** – perda da espessura total da pele com exposição de tecido adiposo. O tecido de granulação e a borda despregada estão frequentemente presentes. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis;
- **Estágio 4** – perda da espessura total da pele e perda tissular. Possível comprometimento de fáscia, músculos, ossos, tendões e/ou nervos. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente;
- **Lesão por pressão não estadiável** – perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, devido a cobertura densa de esfacelo ou escara;
- **Lesão por pressão tissular profunda** – pele intacta ou não intacta com área vermelho escuro persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da



ferida escuro ou com flictena de sangue. Presente dor e alteração de temperatura local;

- **Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico** – a lesão em pele geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essas lesões são categorizadas pelo sistema de classificação de LPP;
- **Lesão por pressão em membranas mucosas** - lesão em mucosas relacionada ao uso de dispositivos médicos no local do dano. Essas lesões não podem ser categorizadas.

Cuidados de enfermagem

- **Auxiliar a mudança de decúbito:** com alternância de posições de 2/2 horas;
- **Estimular movimentação no leito:** com exercícios com variação de movimentos. Orientá-lo a fazer os movimentos regularmente;
- **Estimular movimentos ativos:** com exercícios de suspensão do próprio peso (elevar a região glútea com apoio dos membros inferiores), pelo maior tempo possível, a cada _____ minutos (15 a 30 min);
- **Proporcionar posição confortável ao cliente:** em colchão hospitalar, com alinhamento postural e distribuição do peso;
- **Manter cabeceira elevada:** à 30º (considerando a altura do travesseiro), em posição semi-Fowler;
- **Proteger a pele das proeminências ósseas:** de calcâneos, elevando-os acima da superfície da cama, com auxílio de um acolchoado sob a região posterior da perna, mantendo os joelhos levemente flexionados;
- **Realizar banho de leito / Realizar higiene corporal no chuveiro:** utilizando sabonete hipoalergênico e água morna, sem massagear a pele sobre proeminências ósseas, 1 vez/dia;
- **Hidratar a pele:** sobre as proeminências ósseas com hidratante corporal à base de ácidos graxos essenciais (AGE), sem massagear. Reaplicá-lo a cada 6 horas.

Bomba de infusão



A bomba de infusão, permite administrar drogas vasoativas, soros, sedativos, dietas etc., de modo seguro. Através dela podemos controlar seu gotejamento de forma rigorosa.



Funções da BI

- Pacientes com ICC (insuficiência Cardíaca Congestiva);
- Insuficiência Renal;
- Tratamento com quimioterápicos;
- Drogas vasoativas para controle da pressão arterial sistêmica;
- Drogas cardiovasculares;
- Anestésicos;
- Neonatos prematuros;
- Administração de insulinas;
- Administração de dietas;



- Administração de heparina.

Medidas Antropométricas

É a verificação do peso corporal, de altura e circunferência abdominal. Tem como objetivos acompanhar a evolução de doenças tais como: insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica, cirrose hepática, diabetes, e calcular dosagens de medicamentos.

Elementos Medidas Antropométricas

- Altura;
- Peso;
- Circunferência abdominal;

Altura

- Paciente em pé;
- Postura ereta;
- Descalço ou de meias;
- Pés aproximados;
- Queixo perpendicular ao tórax.

Instrumentos:

- Haste da balança ou fita métrica;
- Exceção de crianças, que até 4 anos devem ser medidas na balança.



Questionamentos:

- O paciente é baixo ou alto demais?
- Seu corpo é magro ou delgado ou baixo e musculoso?
- Seu corpo é visivelmente simétrico?

Elementos Medidas Antropométricas

- Pesagem com itens corporais mínimos;
- Deve ser feito na balança;
- Indicador para análise de obesidade.

Índice de massa corpórea (IMC)

Cálculo: $IMC = \text{Peso (KG)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$;

- **Baixo peso:** $IMC < 20$;
- **Peso normal:** $20 < IMC < 25$;
- **Sobrepeso:** $25 < IMC < 30$;
- **Obesidade classe 1:** $30 < IMC < 35$;
- **Obesidade classe 2:** $35 < IMC < 40$;
- **Obesidade classe 3:** $IMC > 40$

Circunferência abdominal

- Levar à unidade do paciente fita métrica em bandeja;
- Colocar o biombo ao redor do leito do paciente;
- Manter o paciente deitado;
- Expor a região abdominal do paciente;
- Pegar na ponta da fita métrica e passar por trás do paciente;



- Pegar a fita métrica do lado oposto do paciente e unir com o restante da fita na região umbilical;
- Verificar o número que indica na fita;
- Realizar a limpeza da fita métrica com álcool 70% e guardá-la;
- Anotar no prontuário do paciente.

Oxigenoterapia

Consiste na administração de oxigênio em concentração superior à encontrada na atmosfera com o objetivo de minimizar déficit de oxigênio no organismo.

Tipos de máscaras para oxigenioterapia

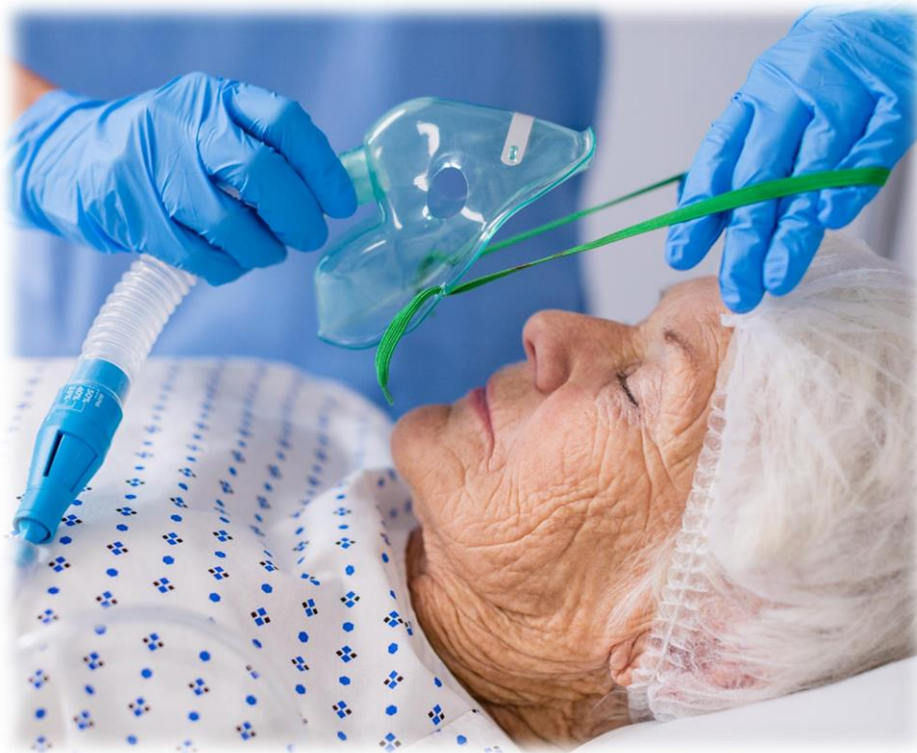
Máscara facial aberta

É utilizada para a administração de oxigênio de forma umidificada. Recobre o nariz e a boca do paciente, mas não possui sistema de vedação. Pode ofertar até 40% de concentração de oxigênio dependendo de concentração de oxigênio dependendo da velocidade do fluxo que pode variar de 10 à 15/L.



Máscara de Venturi

É uma máscara facial fenestrada que possui sistema de alto fluxo. O oxigênio passa por um orifício sob pressão, permitindo a aspiração do ar ambiente e oxigênio. É considerado um método eficaz por permitir o controle da qualidade exata de O₂ por meio de adaptadores coloridos e removíveis, atingindo até 50 % de concentração de oxigênio.



CPAP

O suporte ventilatório não invasivo é feito por meio de máscaras, que mantêm pressão positiva contínua ou de dois níveis que mantêm a pressão contínua na inspiração e expiração BIPAP. Asseguram a manutenção de trocas gasosas com diminuição do trabalho respiratório melhorando o padrão respiratório.





Ventilação Mecânica invasiva

É a assistência ventilatória por meio de respirador mecânico. As principais indicações são a diminuição do consumo de oxigênio exigido pelo músculo cardíaco na vigência de cardiopatia, bloqueio neuromuscular para a realização de procedimentos invasivos e diminuição da hipoxemia ou hipercapnia para pacientes que apresentam insuficiência respiratória.



Períodos Cirúrgicos

Os períodos cirúrgicos referem-se às fases distintas que envolvem o processo cirúrgico completo, desde a decisão de operar até a recuperação final do paciente. Essencialmente, o processo é dividido em três etapas principais: o período pré-operatório, que prepara o paciente física e psicologicamente para a cirurgia; o período transoperatório, que corresponde ao momento da intervenção cirúrgica em si, e o período pós-operatório, que foca na recuperação e monitoramento pós-cirúrgico para evitar complicações e promover a restauração da saúde do paciente. Cada uma dessas etapas é crucial para o sucesso do procedimento cirúrgico e requer atenção específica da equipe médica para garantir a segurança e o bem-estar do paciente.



Períodos cirúrgicos

Pré operatório

Período de tempo em que é tomada a decisão da cirurgia, até o paciente ser transferido para a mesa de cirurgia.

Intraoperatório

Começa quando o paciente é transferido para a mesa da sala de cirurgia, e termina na sala de Recuperação Pós-anestésica.

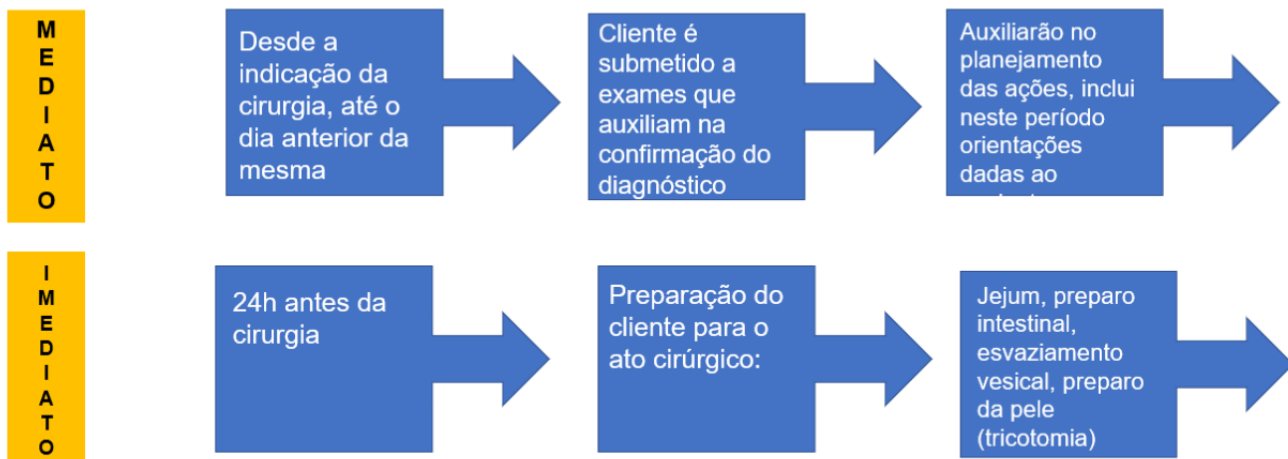
Pós-operatório

Começa com a admissão do paciente na SRPA e termina com uma avaliação de acompanhamento clínico ou em casa.

- **RPA:** chegada do paciente na SRPA até a sua alta para sua unidade de origem;
- **Imediato:** primeiras 24h após a intervenção anestésico-cirúrgica;
- **Mediato:** após 24h que se seguem a cirurgia até alta do paciente. Período variável a depender do procedimento.



Pré-operatório



Pós operatório: principais ações

- Esvaziamento intestinal;
- Modificação da dieta e jejum antes da cirurgia;
- Higiene corporal e oral;
- Esvaziamento da bexiga;
- Passagem da sonda nasogástrica;
- Controle de sinais vitais;
- Remoção de próteses dentária e outros;
- Preparo da pele.



Parada Cardiorrespiratória

É a perda repentina de circulação sanguínea em resultado da incapacidade do coração em bombear sangue, cessação dos movimentos respiratórios e cerebrais.

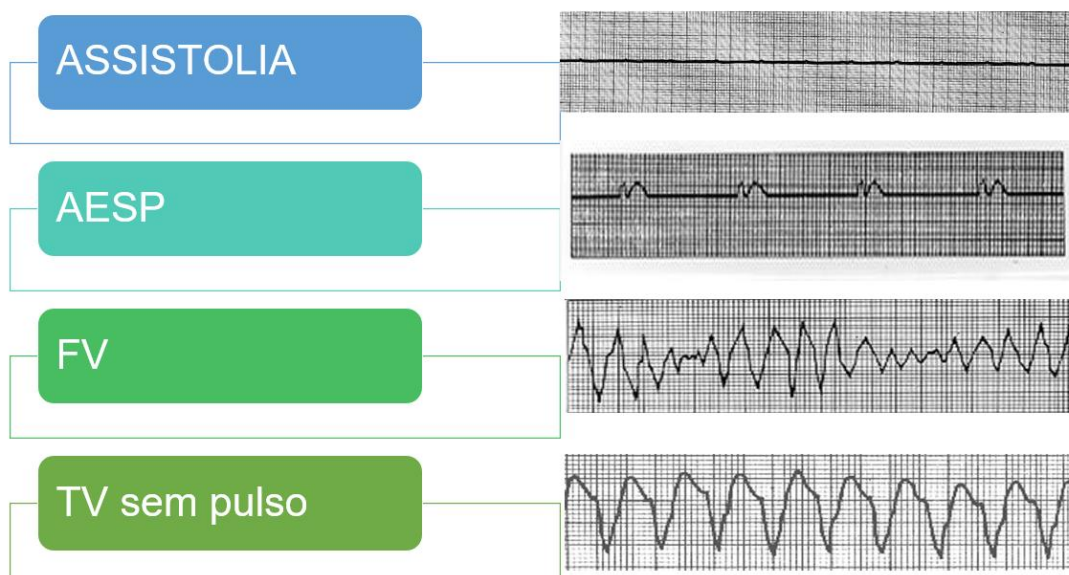
Sinais de uma PCR

- Inconsciência;
- Ausência de pulso;
- Ausência de movimentos ventilatórios.

Ritmos de uma PCR

- Assistolia;
- Atividade elétrica sem pulso (AESP);
- Fibrilação ventricular (FV);
- Taquicardia ventricular sem pulso (TV).

ECG – Ritmos Cardíacos





Causas de PCR – 5H

Hipovolemia;

Hipóxia ;

H⁺ (acidose);

Hipotermia;

Hipocalemia /

Causas de PCR – 5T

Tamponamento cardíaco;

Tromboembo

Trombose coronariana;

Tensão (pneumotórax
hipertensivo);

Tóxico

Cadeias de sobrevivência

