

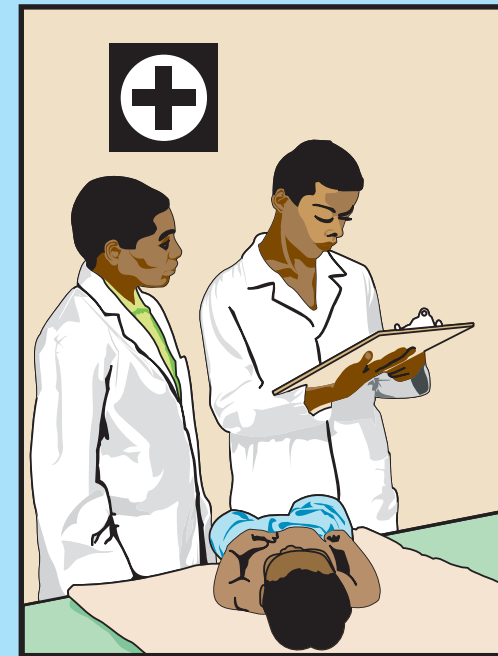


República de Moçambique  
Ministério da Saúde  
Programa Nacional de Cirurgia

# TÉCNICAS CIRÚRGICAS BÁSICAS

Número 4

Outubro de 2001



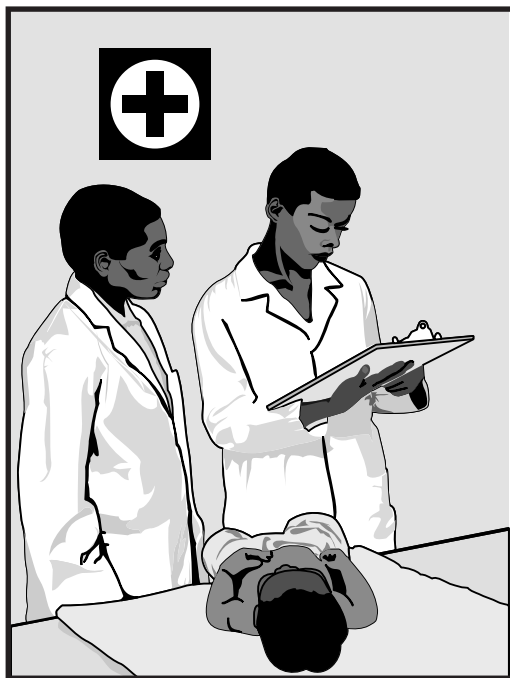
## Procedimentos Básicos de Enfermagem

Uma tradução dos Protocolos  
Terapéuticos del Hospital Universitario  
de la Princesa

# TÉCNICAS CIRÚRGICAS BÁSICAS

Número 4

Outubro de 2001



## Procedimentos Básicos de Enfermagem

Uma tradução dos Protocolos  
Terapéuticos del Hospital Universitario  
de la Princesa



República de Moçambique  
Ministério da Saúde  
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA  
PROGRAMA NACIONAL DE CIRURGIA

TÉCNICAS  
CIRÚRGICAS  
BÁSICAS

Ano 2 Nº 4 Outubro de 2001  
Programa Nacional de Cirurgia

Título: **PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM**

Autores: Esta brochura tem sido uma tradução dos Protocolos Terapéuticos del Hospital Universitario de la Princesa.

Tradução: Dra. Ernestina Chidocoro

Correcção em Português: Louis Paul, estudante de medicina

Adaptação: Dr. Juan Carballado.

Editor: **Consejo Interhospitalario de Cooperación-CIC**

Número de registo: 1997/RLINLD/2001

Maquetização: Elográfico

Financiador: Cooperação Espanhola

Tiragem: 1000 exemplares

Outubro de 2001

Maputo, Moçambique



# PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM

## **A) HIGIENE DO PACIENTE ADMITIDO**

### **I. Banho do paciente na cama**

#### **I.1. Preparação do Pessoal**

- Lavagem higiénica das mãos antes e depois do procedimento.
- Utilização de luvas de latex descartáveis.
- Uso de bata de protecção, caso esteja indicada.

#### **I.2. Preparação do Paciente**

- Informá-lo sobre o procedimento.
- Colocar a cama do paciente na posição adequada.

#### **I.3. Técnica**

A técnica de banho na cama inclui a lavagem da superfície corporal com água e sabão (excepto a cara, que se lavará somente com água), seguida de uma limpeza e secagem minuciosos.

#### **Procedimento**

- Lavar as mãos e calçar as luvas e a bata, se necessária.
- Despir o paciente e proceder a lavagem por zonas, desde as mais limpas às menos limpas, na seguinte ordem:
  - Cara, orelhas e pescoço.
  - Extremidades superiores, tórax e axilas, prestando especial atenção a axilas, região sub-mamária e espaços interdigitais.
  - Abdómen extremidades inferiores, insistindo nas regiões umbilical, inguinal e espaços interdigitais.
  - Genitais e períneo: lavar desde o púbis até à região anal, num

movimento único de cima para baixo, tantas vezes quantas forem precisas. É recomendado o uso da arrastadeira e jarro com água para realizar uma lavagem de rasto, pelo menos em doentes sondados/algaliados.

- Espádua: com o doente em decúbito lateral, lavar a porção posterior do pescoço, a espádua, glúteos e músculos da porção posterior.
- Aplicar creme hidratante com ligeira massagem, particularmente nas zonas de apoio.
- Arrumar a cama com roupa limpa; vestir ao doente um pijama limpo e colocá-lo em posição confortável e segura.
- Recolher todos o material; desprezar as luvas e lavar as mãos.

#### **1.4. Precauções e Recomendações**

- Utilizar dois recipientes, um para água limpa à temperatura adequada, do qual se retirará a água usando um jarro, ou taça; um outro recipiente para água suja.
- Trocar água e esponjas tantas vezes quantas forem necessárias, especialmente na lavagem de genitais e períneo.
- Garantir uma limpeza e secagem adequadas para diminuir o risco de dermatite; para a secagem utilizar toalhas limpas e, em caso algum, os panos usados.
- Realizar os procedimentos com movimentos firmes e rápidos, mas com suavidade e delicadeza.
- Durante o procedimento, manter a porta e janela fechadas; proteger o pudor do doente com cortina ou biombo e evitar descobrir o doente desnecessariamente.
- Evitar que a roupa da cama se enrugue.
- Colocar no saco de roupa suja toda a roupa suja e nunca no soalho nem sobre o mobiliário da unidade do doente.
- Seguir as recomendações específicas estabelecidas para situações especiais (isolamentos, preparação pré-operatória, cateterismo vesical, etc.).

## **2. Lavagem da cabeça do paciente na cama**

### **2.1. Preparação do Pessoal**

- Lavagem higiénica das mãos, antes e depois do procedimento.
- Uso de bata e luvas descartáveis.

### **2.2. Preparação do Paciente**

- Informá-lo sobre o procedimento.
- Retirar a almofada e colocar o doente em decúbito supino com a cabeça em ligeira hiperextensão, junto ao bordo da cabeceira da cama.
- Preparar o resto do material ao lado da cama sobre uma mesinha.
- Despir o doente da cintura para cima e cobri-lo com uma toalha.
- Proteger convenientemente o doente com uso de resguardos e colocar um oleado canaliculado desde a porção posterior do pescoço até um receptáculo de água suja.

### **2.3. Técnica**

- Tapar os canais auditivos usando bolas de algodão.
- Molhar pouco a pouco todo o cabelo, até ficar empapado de água.
- Aplicar *Champoo* ou sabão e esfregar os cabelos e o couro cabeludo com a ponta dos dedos.
- Lavar os cabelos e repetir o procedimento.
- Para secar, envolver os cabelos numa toalha e utilizar um secador, se necessário.
- Recolher o material, vestir o doente e deixá-lo cómodo.
- Arrumar a cama.

### **2.4. Precauções**

Comprovar a temperatura da água.

Evitar molhar a cama e realizar o procedimento com agilidade evitando cansar o paciente.

É recomendável realizar o procedimento, pelo menos uma vez por semana, fazendo coincidi-lo com a altura da higiene diária.

### **3. Banho do doente não-acamado**

- Fornecer ao paciente todo o material necessário e comprovar se as condições do meio estão adequadas em termos de higiene e segurança.
- Recomendar ao paciente que ponha especial atenção nas axilas, pregas mamárias, zonas inguinais, umbilical e perineal.

### **4. Higiene de genitais antes de procedimentos genito-urinários**

#### **4.1. Higiene de genitais femininos**

##### **Preparação do Pessoal**

- Lavagem higiénica das mãos, antes e depois do procedimento.
- Usar luvas descartáveis.

##### **Preparação da Paciente**

- Informá-la sobre a técnica.
- Colocá-la em decúbito supino com os joelhos flectidos, em rotação externa.

##### **Técnica**

- Colocar uma arrastadeira ao paciente.
- Lavar com água e sabão (esponja de uso único), de cima para baixo e de dentro para fora, limpando cuidadosamente os lábios e meato urinário.
- Proceder a uma limpeza de arraste, eliminando completamente o sabão e secar.
- Se se vai algaliar/sondar um paciente, aplicar anti-séptico em feridas e mucosas (solução alcoólica iodada).
- Em pacientes algaliados, seguir as recomendações específicas para sondagem vesical.
- Retirar todo o material e colocar a paciente comodamente.

## **4.2. Higiene dos Genitais Masculinos**

### **Preparação do Pessoal**

- Lavagem higiénica das mãos antes e depois do procedimento.
- Usar luvas descartáveis.

### **Preparação do Paciente**

- Informá-lo sobre o procedimento.
- Colocá-lo em posição supina com os joelhos flectidos.

### **Técnica**

- Colocar a arrastadeira.
- Proceder à lavagem dos genitais com esponja de uso único embebida em sabão; reduzir o prepúcio para permitir a lavagem da glande e do sulco balano-prepucial.
- Proceder à lavagem de arraste até eliminar todo o sabão.
- Secar cuidadosamente.
- Se se vai sondar o paciente, aplicar anti-séptico em feridas e mucosas.
- Retirar todo o material e colocar o paciente em posição adequada.
- Em pacientes algaliados, seguir as recomendações referentes à sondagem vesical.

## **5. Higiene da boca**

### **5.1. Preparação do Pessoal**

- Lavagem higiénica das mãos, antes e depois do procedimento.
- Utilizar luvas descartáveis.

### **5.2. Preparação do Paciente**

- Informar o paciente sobre o procedimento.
- Se o doente estiver em condições, fornecer utensílios necessários para a sua higiene bucal.
- Colocar o paciente numa posição adequada (semi-sentado ou em decúbito lateral, se não fôr capaz de fazê-lo por si).



### **5.3. Técnica**

- Preparar uma solução anti-séptica bucal (hexetidina ou clorhexedina).
- Se o doente tiver prótese dentária removível, retirá-la.
- Inclinar a cabeça do paciente para um lado.
- Com ajuda de pinças, preparar bolas de gaze que serão embebidas na solução anti-séptica e em seguida usadas para limpar o interior da boca (palato, língua, gengiva e dentes). Trocar a gaze tantas vezes quantas forem necessárias.
- Secar os lábios, a zona peribucal, e vaseliná-los.
- Retirar todo o material e colocar o paciente em posição confortável.

### **5.4. Precauções**

- Proceder com cuidado para não lesar as gengivas e mucosas.
- Evitar provocar náuseas no doente.
- Limpar e desinfetar as próteses antes de voltar a colocá-las no doente.

### **5.5. Técnica**

- Se as unhas estiverem pintadas com verniz, retirá-lo com uso de acetona, com ajudada de uma gaze.
- Pôr as mãos ou os pés num recipiente contendo água morna; não sendo possível, aplicar sobre as unhas, compressas molhadas/húmidas.
- Limpá-las e secá-las adequadamente.
- Cortar as unhas das mãos em forma ovalada, e dos pés em forma recta.
- Recolher o material e deixar o doente confortável.

## **6. Higiene do paciente com pediculose**

### **6.1. Preparação do Pessoal**

- Lavagem das mãos antes e depois de atender o doente.
- Usar luvas descartáveis, gorro e bata.

## **6.2. Normas a Seguir Durante o Tratamento**

- Higiene diária da roupa de cama e do paciente; depois, introduzir a roupa directamente na bolsa adequada e fechá-la imediatamente.
- Seguir as instruções do fabricante do produto a usar e, do médico responsável pelo tratamento.
- No final, limpar e desinfectar o material usado incluindo a banheira.
- Adoptar precauções apropriadas para evitar a transmissão a outros pacientes. É recomendável o isolamento do doente durante 24 horas, a partir do início do tratamento.

## **B) TÉCNICAS DE ENFERMAGEM**

### **7. Cateterismo venoso**

#### **7.1. Cateterismo Venoso Periférico**

##### **Preparação do Pessoal**

- Lavagem higiénica das mãos antes e depois da técnica.
- Luvas descartáveis para lavagem da área.
- Luvas estéreis para técnica de punção venosa.

##### **Preparação do Doente**

- Informá-lo sobre a técnica.
- Colocá-lo em posição adequada.

##### **Técnica**

- Lavagem da área com água e sabão, limpar e secar.
- Desinfecção da área com solução anti-séptica (álcool iodado, clorexidina alcoólica ou álcool a 70 %).
- Canalizar a veia com técnica asséptica. É recomendável realizar uma tunelização no ponto da punção pelo menos de 0.5cm.
- Fechar o catéter com compressa estéril, conectar o equipamento de infusão e regular o fluxo.

- Colocar um apósito e fixar o sistema de infusão.
- Recolher e ordenar todo o material.

### **Precauções**

- Escolher, sempre que possível, uma veia dos membros superiores, distante dos ângulos de flexão.
- O catéter terá de ser o de menor calibre possível, porém, adequado às necessidades.
- Quando se utilizam sistemas de 3 vias, manipulá-los o menos possível, com técnica asséptica.
- Caso haja refluxo de sangue para o sistema, limpá-lo com gaze estéril, deixando as conexões livres de coágulos.
- Reter todo o material de punção utilizado numa caixa apropriada e em caso algum tentar fechar as tampas/cápsulas.

## **7.2. Cateterismo Venoso Central Por Via Periférica**

### **Preparação do Pessoal**

- Luvas descartáveis para lavagem da área.
- Para a técnica: lavagem cirúrgica das mãos.
- Bata estéril, gorro e máscara facial.
- Luvas estéreis.
- Lavagem higiénica, no final do procedimento.

### **Preparação do Doente**

- Informar o doente sobre a técnica.
- Colocá-lo na posição supina, com o braço escolhido, estendido em rotação externa.

### **Técnica**

- Lavagem da área para inserção com água e sabão, limpar e secar com gaze estéril.
- Desinfectar a área com solução iodada, deixando-a actuar durante 30 segundos.

- Com as luvas estéreis, preparar o campo estéril que tem abertura, respeitando a assépsia.
- Introduzir lentamente o catéter, deixando, aproximadamente 5 cm fora do ponto de inserção.
- Conectar o sistema de infusão, verificando a permeabilidade e o ritmo de gotejo.
- Fixar o catéter com adesivo hipoalérgico estéril em volta do ponto de inserção e tapá-lo com gaze estéril.
- Fixar o sistema de infusão.
- Recolher o material empregado.
- Colocar o paciente em posição confortável, com o braço na posição correcta.
- Pedir exame radiológico para comprovar a posição do catéter.

### **Precauções**

- Escolher uma veia dos membros superiores (na medida do possível) e longe das flexões.
- Se durante a inserção do catéter notar-se uma resistência, não forçar; retroceder ligeiramente e voltar a tentar. Uma vez o catéter afixado, não introduzi-lo.
- O catéter e o sistema de infusão, formam um circuito fechado.
- Caso haja refluxo de sangue, limpá-lo, deixando as conexões limpas.
- Se, se usa, sistema com três vias, manipulá-lo o menos possível, com técnica asséptica.
- Deitar todos os objectos pontiagudos em local próprio e não tentar encapsular / tapá-los.

## **Normas para Manutenção de Catéteres Venosos Centrais e Periféricos**

- A vigilância da zona de penso, realizar-se-á diariamente em todos os turnos; se o doente tiver febre de causa desconhecida ou dor à palpação, levantar-se-á a compressa protectora e inpeccionar-se-á a área. Se hover sinais de flebite, trocar-se-á todo o sistema (catéter, equipamento e a solução intravenosa).

- A troca da compressa protectora será efectuada cada 72 horas e sempre que esteja manchada, húmida ou descolada.
- O sistema de infusão será trocado a cada 72 horas, coincidindo com a troca da compressa protectora (apósito).
- Em caso de obstrução do catéter, retirar todo o equipamento e realizar nova cateterização.

## **Troca de Apósito**

- Explique o procedimento ao doente.
- Lavagem das mão, antes e depois do procedimento.
- Usar luvas descartáveis para remover o apósito, observando as suas características e da zona de inserção. Se necessário, retirar o adesivo de fixação.
- Calçar luvas estéreis.
- Lavar a zona de inserção com soro salino e secá-la com gaze estéril.
- Aplicar álcool iodado e deixar actuar por 30 segundos.
- Voltar a fixar com adesivo estéril e tapar com apósito estéril, de forma a permitir uma fácil observação da zona.
- Recolher o material e lavar as mãos.

## **Manutenção do Sistema de Infusão**

- Lavagem higiénica das mão sempre que se fôr manipular o equipamento.
- O catéter e o sistema de infusão formarão sempre um circuito fechado.
- O equipamento será manipulado o menos possível, sempre com uma técnica asséptica, mantendo as tampas fechadas e substituindo-as após cada manipulação.
- Se ocorrer refluxo de sangue, limpar as conexões com gaze estéril, deixando-as completamente limpas.
- Sempre que necessário, utilizar sistemas de perfusão, munidos de captadores de ar. Não utilizar nunca agulhas como captadores de ar.
- A troca do equipamento de infusão, realizar-se-á, coincidindo com o momento de substituição da solução endovenosa e também do curativo do ponto de inserção, anotando o gotejo.

- Quando se realiza a desconexão, proteger e desinfectar a conexão do catéter com clorexidina alcoólica durante 30 segundos.
- Quando se punciona o latex, desinfectá-lo previamente, sendo preferível o uso de sistemas com três vias para reduzir riscos de inoculação accidental.
- Em caso de desconexão accidental do equipamento / catéter, desinfectar e trocar o equipamento.

## **8. Sondagem vesical**

A sondagem vesical implica um alto risco de infecção; considera-se como a primeira causa de infecção nosocomial. As infecções urinárias associadas à sondagem vesical podem ser as mais facilmente evitadas se forem seguidos meticulosamente os procedimentos de inserção e manutenção dos catéteres vesicais.

### **8.1. Preparação do Pessoal**

- Lavagem higiénica das mãos antes e depois da técnica.
- Luvas não-estéreis para preparação da zona.
- Luvas estéreis para a técnica.

### **8.2. Preparação do Paciente**

- Informar o paciente sobre o procedimento.
- Colocá-lo em posição adequada :
  - Mulheres - decúbito supino com joelhos flectidos em rotação externa.
  - Homens - decúbito supino com as pernas afastadas.

### **8.3. Técnica**

- Lavagem exhaustiva dos genitais e respectiva desinfecção segundo protocolo específico.
- Abrir o equipamento de sondagem, calçar as luvas estéreis e preparar o campo estéril.
- Conectar a sonda ao saco colector de urina e lubrificar a ponta da sonda para evitar traumatismos uretrais.
- Em mulheres: separar os lábios e introduzir suavemente a sonda até ao efluxo da urina.

- Em homens: reduzir o prepúcio e colocar o pênis na posição vertical, introduzir a sonda lentamente, sem forçar a manobra até se notar uma certa resistência à progressão da sonda; colocar o pênis na posição horizontal e continuar.

O manejo adequado das bolsas, realizar-se-á :

- Por indicação médica em colocar sistema de lavagem vesical.
- Coloca-se um vaso de 3 litros de soro num suporte para soros; abre-se o soro para lavagem.
- Coloca-se um saco para diurese vazio com capacidade para 5 litros, num suporte, na berma da cama.
- Uma vez o vaso contendo o soro para lavagem se encontre vazio, colocar-se-á da seguinte forma:
  1. Anotar a quantidade de líquido no saco de diurese.
  2. Subtrair pelos 3 litros iniciais para obter o líquido da diurese.
  3. Vazar o saco de diurese (saco colector).
  4. Reiniciar a lavagem vesical com um novo balão de soro, regulando o gotejo.
  5. Eliminar o odor que, quiçá haja; lavar o material e terminar o procedimento.

**Atenção:** Cada vez que se coloque um balão novo de soro, é necessário esvaziar o saco colector, evitando a acumulação de recipientes junto à cama.

## 9. Punção arterial

### 9.1. Preparação do Pessoal

- Lavagem higiénica das mão antes e depois da técnica.
- Luvas estéreis.

### 9.2. Preparação do Paciente

- Informação necessária ao paciente.
- Colocar o doente em decúbito supino com o braço ou perna esticado(a), em rotação externa.

### **9.3. Técnica**

- Lavar a área de punção com água e sabão e secá-la com gaze estéril.
- Desinfectar com álcool iodado (iodato de povidine), deixando-o actuar durante 30 segundos.
- Com as luvas estéreis, localizar o pulso arterial com as polpas digitais do indicador e médio. Puncionar entre os dedos formando um ângulo de 45°. Deixar que o sangue saia espontaneamente evitando a entrada de ar.
- Uma vez obtida a amostra, proteger a agulha com tampa específica (obturador).
- Manter pressão sobre a zona de punção durante 10 minutos.
- Enviar a amostra de imediato ao laboratório.
- Colocar o paciente em posição cómoda.
- Recolher e ordenar o material utilizado.

### **9.4. Precauções**

- Não reencapsular nem desconectar a agulha da seringa.
- A seguinte ordem orienta a escolha da artéria : radial, humeral e femural.
- Se a artéria escolhida for a femural, fazer a punção formando um ângulo recto.
- Prolongar o tempo de pressão local em casos de tratamento com anticoagulantes ou trombopénicos (15 a 20 minutos).
- Evitar a entrada de ar na seringa colocando o obturador imediatamente depois da extracção.

## **10. Drenagem pleural**

### **10.1. Preparação do Pessoal**

- Lavagem cirúrgica das mãos para realizar a técnica.
- Luvas estéreis.
- Lavagem higiénica das mãos ao realizar a técnica.

### **10.2. Preparação do Paciente**

- Informar o paciente, se estiver consciente.
- Colocar o doente na posição indicada pelo médico.



### **10.3. Técnica**

- Lavar a zona de punção com água e sabão (esponja de uso individual). Secar com compressa estéril.
- Desinfectar a zona com álcool iodado, deixando actuar durante 30 segundos.
- Preparar todo o material necessário para a punção.
- Uma vez colocado o catéter torácico, conectá-lo ao tubo de aspiração do “pleurevac” e regular a aspiração.
- Proteger a zona de inserção com um apósito estéril, mudando-o a cada 48 horas.
- Colocar o paciente em posição cómoda e correcta.

### **10.4. Precauções**

- Este procedimento deve ser realizado pelo cirurgião.
- Controlar os sinais vitais durante a primeira hora.
- Vigiar a presença de suor, dispnéia, cianose e taquicárdia.
- Evitar drenagem nos tubos.
- Controlar o gradiente de aspiração com frequência.
- Vigiar a fixação do catéter para evitar deslocamentos.
- Vigiar os níveis das câmaras de “pleurevac” e registar por turno o volume do líquido drenado.

## **11. Aspiração traqueal**

### **11.1. Preparação do Pessoal**

- Lavagem higiénica das mãos antes e depois do procedimento.
- Colocar máscara facial e uma bata, se necessário.
- Luvas estéreis.

### **11.2. Preparação do Paciente**

- Informar o paciente, se estiver consciente, sobre a técnica a ser usada.
- Colocar o paciente com a cabeça na posição lateral.

### **11.3. Técnica**

- Introduzir a sonda, lentamente, até ao nível que está indicado.
- Aspirar, com movimentos rotatórios, retirando progressivamente a sonda.
- Recolher, limpar e ordenar o material.

### **11.4. Precauções**

- Se fôr necessário, repetir a aspiração, utilizando para o efeito uma nova sonda estéril.
- Depois de retirada não voltar a introduzir a sonda.
- Limpar o equipamento de aspiração depois de cada aspiração.

## **12. Administração de nutrição parental**

### **12.1. Preparação do Pessoal**

- Lavagem higiénica das mãos antes e depois do procedimento.
- Luvas estéreis.

### **12.2. Preparação do Paciente**

- Informação necessária ao paciente.
- Colocá-lo em decúbito supino e com a cabeça virada para o lado contrário da zona de inserção do catéter.

### **12.3. Técnica**

- No maneo da nutrição parenteral devem-se ter em conta as recomendações dadas para o maneo das vias venosas centrais e periféricas.
- Todas as manipulações do sistema de infusão se farão com luvas estéreis e com técnica asséptica.
- A conexão do sistema de infusão ao catéter, realizar-se-á com desinfecção prévia do terminal do catéter na sua superfície externa (clorexidina alcoólica).
- O sistema de infusão será trocado a cada 72 horas, coincidindo com a troca da bolsa de nutrição.

- Quando se substituir somente a bolsa, desinfetar a superfície externa de conexão bolsa-sistema antes de retirar a bolsa vazia (clorexidina alcoólica).

## **12.4. Precauções**

- Utilizar uma via central exclusiva para a nutrição parenteral.
- Não utilizar chaves de 3 saídas no equipamento de infusão.
- Realizar a manobra de conexão da bolsa ao equipamento de infusão o mais rapidamente possível, evitando a entrada de ar.
- Manter o ritmo de infusão constante, utilizando sempre bombas de infusão.

## **13. Recolha de amostras para hemocultura**

### **13.1. Preparação do Pessoal**

- Lavagem higiénica das mãos antes e depois do procedimento.
- Luvas estéreis.

### **13.2. Preparação do Paciente**

- Informação necessária ao paciente.
- Colocá-lo em decúbito supino com o braço em rotação externa.

### **13.3. Técnica**

- Lavar a zona de punção com água e sabão (esponja de uso individual).
- Limpar e secar com gaze estéril.
- Limpar as tampas dos frascos com iodato de povidine antes e depois de inoculá-los se não estiverem estéreis.
- Desinfetar a zona de punção com iodato de povidine, deixando-a actuar durante 30 segundos.
- Colocar torniquete, cerca de 20 cm, acima da zona de punção e colocar luvas estéreis.
- Retirar o iodato de povidine com uma gaze impregnada em álcool a 70°.
- Puncionar a veia e extrair 10 cc. de sangue.
- Tira-se o torniquete e retira-se a agulha e seringa pressionando o ponto de punção com gaze estéril.

- Introduzir 5 cc. em cada um dos frascos (azul e violeta)
- Realizar duas extracções com intervalos de 30 minutos.
- Colocar etiquetas nos frascos, respeitando a etiqueta com o código de barras que leva o frasco.
- Enviá-lo o mais rápido possível juntamente com a requisição ao laboratório de Microbiologia.
- Recolher e ordenar o material.

### **13.4. Precauções**

- Não desconectar a agulha da seringa.
- Desinfectar a pele com movimentos em espiral de dentro para fora.
- Depois da desinfeção, se necessário, palpar a zona de punção para localizar a veia, utilizando sempre luvas estéreis.
- Realizar a técnica com uma assépsia estricta, pois uma contaminação acidental pode dar falsos positivos.
- Não extrair sangue através de catéteres usados noutra circunstância.
- Evitar a entrada de ar nos frascos.
- Não falar enquanto se realiza a inoculação nos frascos ou utilizar máscara facial como alternativa.

## **14. Extracção de líquidos orgânicos: toracocentese, paracentese e punção lombar**

### **14.1. Preparação do Pessoal**

- Lavagem higiénica das mãos antes e depois do procedimento.
- Luvas descartáveis para o auxiliar.
- Luvas estéreis.

### **14.2. Preparação do Paciente**

- Informar o paciente, se estiver consciente, sobre a técnica a ser usada.
- Colocá-lo na posição adequada.

### **I 4.3. Técnica**

- Lavar a zona com água e sabão e secar com gaze estéril.
- Colocar luvas estéreis e desinfetar a zona com iodato de povidine.
- Retirar o iodato de povidine com uma gaze impregnada em álcool a 70°.
- Preparar o campo estéril com um pano fenestrado para realizar a técnica assepticamente.
- Uma vez retirada a agulha, pressionar a zona de punção com uma gaze estéril durante 5-10 minutos.
- Colocar apósito estéril.
- Recolher o material utilizado e enviar as amostras a processar segundo normas específicas de cada laboratório.

### **I 4.4. Precauções**

- Não reencapsular nem desconectar a agulha da seringa.
- Não falar por sobre o material de cultivo, se se tiver recolhido amostra para Microbiologia. Neste caso é recomendável o uso de máscara facial.