



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Programa Nacional de Cirurgia

TÉCNICAS CIRÚRGICAS BÁSICAS

Número 5

Abril de 2004

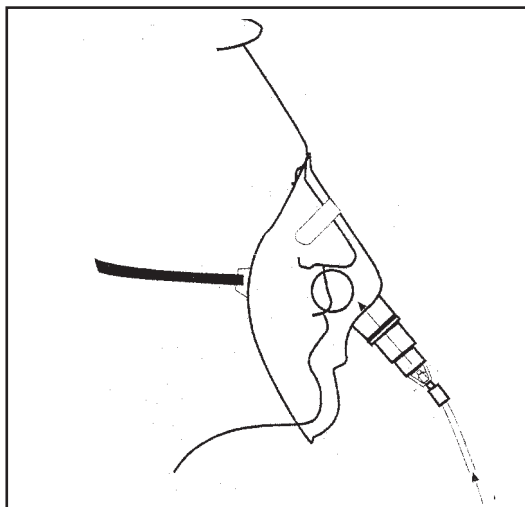


Técnicas de Enfermagem

TÉCNICAS CIRÚRGICAS BÁSICAS

Número 5

Abril de 2004



Técnicas de Enfermagem

Baseadas nas regras do Hospital Arnaude Vilanova
Espanha

c.i.c
Consejo
Interhospitalario
de Cooperación

C
COOPERACIÓN
ESPAÑOLA

**TÉCNICAS
CIRÚRGICAS
BÁSICAS**

Ano Nº 4 Abril de 2004
Programa Nacional de Cirurgia

Título: **Técnicas de Enfermagem**

Tradução e Adaptação: A. Rachide Bandomia

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

Número de registo: 4228/RLINLD/2004

Maquetização: Elográfico

Financiador: Cooperação Espanhola

Tiragem: 700 exemplares

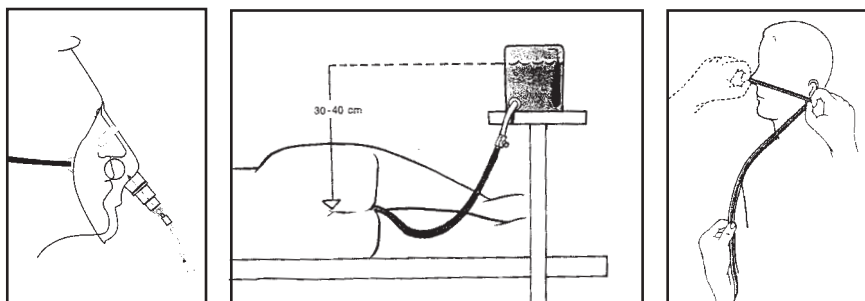
Abril de 2004

Maputo, Moçambique

c.i.c
Consejo
Interhospitalario
de Cooperación



TÉCNICAS CIRÚRGICAS BÁSICAS



Sumário

1. CATETERISMO VESICAL (algáliação)	5
2. CLISTER DE LIMPEZA	8
3. OXIGENOTERAPIA	11
4. SONDA GEM NASOGÁSTRICA	14

CATETERISMOVESICAL

(Algáliação)

Ao praticar-se este procedimento impõe-se, como é óbvio, que a técnica seja concretizada com todo o rigor de assepsia.

Objectivos

- Aliviar a retenção da urina ou evacuação de coágulos
- Favorecer a cicatrização de feridas da bexiga ou uretra, devidas ao trauma ou após cirurgia
- Monitorar o débito urinário em doentes graves
- Colher urina não contaminada

Contra-indicações

- Cistite aguda
- Uretrite
- Prostatite
- Traumatismo uretral

Material necessário

- Luvas esterilizadas
- Algálias
- Cuvete
- Compressas
- Campo esterilizado com abertura no centro
- Gel anestésico (Lidocaína a 2%)
- Solução desinfectante (ex.: Savlon)
- Seringa para insuflar o balão

Fase de preparação

Preparação do doente

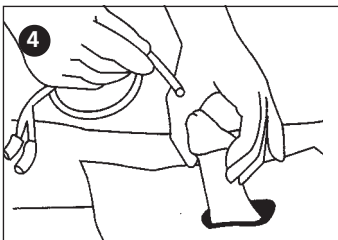
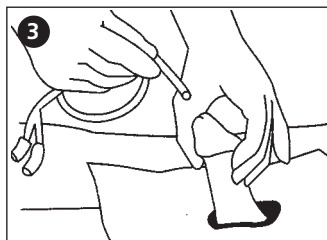
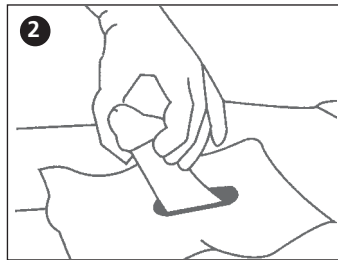
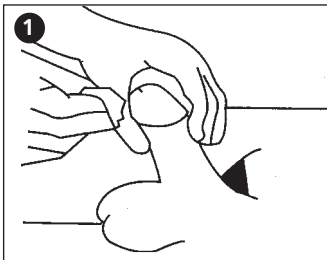
- Explicar ao paciente acerca do procedimento e sua importância
- Procurar tranquilizá-lo visando conseguir a sua colaboração

Preparação do pessoal

- Efectuar a lavagem higiénica das mãos
- Calçar luvas esterilizadas

Fase de execução

- Lavar o pénis com solução desinfectante
- Colocar o campo esterilizado
- Aplicar a Lidocaína (cerca de 5 cc) através duma seringa no interior da uretra e aguardar 5-10 min
- Introduzir a algália, mantendo o pénis perpendicular ao abdómen até ao final da introdução



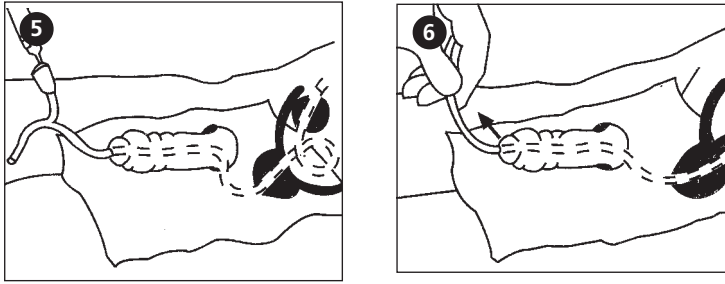


Fig. 1- Técnica de Algaliação

- Encher com soro o balão auto-retentivo (ler na algália o volume a utilizar)
- Puxar para fora com suavidade a algália, até colocar o balão ao nível do colo vesical
- Fixar a algália na coxa com adesivo para se prevenir o traccionamento da algália e o eventual traumatismo da uretra
- ★ O uso do condutor metálico, para aumentar a rigidez da algália, deve ser exclusivo de mãos experientes, pelo risco subjacente de lesionar a uretra

Complicações da cateterização

- Infecção urinária
- Traumatismo da uretra
- Criação de falsos trajectos
- Algaliação incompleta, com enchimento do balão dentro da uretra, o que ocasiona uma dor muito forte
- Parafimose (é necessário devolver o prepúcio à posição original)

Recomendações

- Mobilizar a algália num gesto rotativo para se evitar aderências
- Evitar colocar o tubo e o saco colector no chão
- Substituir o saco colector quando estiver cheio
- É desaconselhável mudar a algália diariamente, dado que as reinserções podem ser motivo de trauma e infecção

CLISTER DE LIMPEZA

Objectivos

- Aliviar a obstipação
- Preparar para uma cirurgia
- Limpar o tracto intestinal para fins de diagnóstico

Material necessário

- Irrigador
- Água à temperatura corporal (37°)
- Sabão neutro
- Suporte para irrigador
- Arrastadeira
- Luvas
- Compressas
- Lubrificante (anestésico hidrossolúvel)
- Compressor (na sua falta, pinças de Kocher)
- Sonda rectal
- Termómetro
- Protector para a cama (resguardo)
- Roupa de cama

Fase de preparação

- Esclarecer o paciente sobre o procedimento que se vai realizar e solicitar a sua colaboração
- Proporcionar a intimidade, comprovando que a porta está fechada e, se for necessário, colocar um biombo
- Proteger a cama com protector (resguardo)
- Ajudar o paciente a colocar-se em decúbito lateral esquerdo, com a

perna esquerda estendida e a direita flectida (posição de Sims). A cama deve estar horizontal

- Efectuar a lavagem higiénica das mãos
- Calçar luvas

Fase de execução

- Encher o irrigador com água à temperatura de 37° centígrados, com a solução e quantidade prescritas (1/1,5 litros)
- Expulsar o ar do irrigador e fechar o compressor
- Colocar a bolsa do irrigador a uma altura de 40-50 cm em relação ao paciente
- Aplicar anestésico na extremidade distal da sonda rectal
- Introduzir a sonda rectal entre 15-20 cm no recto
- Conectar o sistema do irrigador à sonda rectal
- Abrir o compressor, deixando passar a solução lentamente, para evitar mal estar ao paciente
- Aconselhar o paciente a respirar lentamente
- Retirar a sonda rectal e explicar ao paciente que é necessário que retenha o líquido dentro do intestino entre 5-10 min.
- Posicionar o paciente em decúbito supino e colocar a arrastadeira para que possa eliminar o líquido
- Recolher o material utilizado
- Proceder à lavagem das mãos
- Registar na folha do processo clínico a hora e o fim da realização da técnica

Recomendações

- Indicar ao paciente que deve urinar antes da ministração do clister, para reduzir a pressão abdominal
- Não forçar a passagem da sonda para evitar possíveis perfurações nas paredes do recto

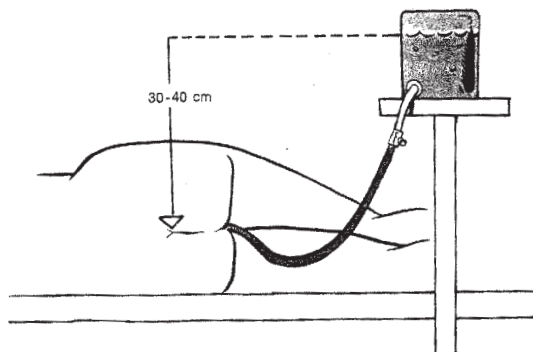


Fig. 2-

- Introduzir a solução em pequenas doses, para não estimular o reflexo da evacuação
- Está contra-indicado em pacientes com apendicite, peritonite ou traumatismo abdominal e em pacientes recém operados.

OXIGENOTERAPIA

Objectivos

- Melhorar a hipoxémia, evitando a hipóxia dos tecidos
- Diminuir o trabalho respiratório
- Reduzir o trabalho miocárdico

Material necessário

- Fonte de oxigénio (canalizado ou em cilindros)
- Humidificador com as ligações correspondentes
- Redutor de pressão
- Fluxómetro
- Máscara ou sonda nasal

Fase de preparação

Preparação do equipamento

- Verificar se o sistema de canalização ou o cilindro dispõem de oxigénio suficiente
- Testar todas as ligações
- Evitar olear a rosca do redutor de pressão ou outras conexões (risco de incêndio)

Preparação do doente

- Informar o paciente do procedimento
- Mostrar ao paciente a máscara ou a sonda nasal
- Explicar o que vai fazer
- Aspirar as secreções, se eventualmente existirem
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com a cama a 45°

Fase de execução

Para a máscara facial (proporciona uma concentração de 50-55% de O₂)

- Ajustar a máscara à face, sem tensão, passando o elástico à volta da cabeça
- Moldar a peça metálica da máscara ao nariz
- Conectar a máscara através do tubo ao humidificador
- Regular o fluxo prescrito

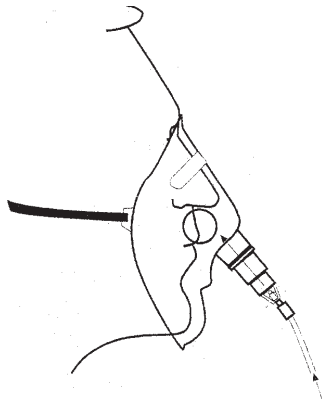


Fig. 3

Para a sonda nasal (proporciona uma concentração de 45-50% de O₂)

- Seleccionar o calibre adequado da sonda para o paciente
- Medir o comprimento da sonda a ser inserida, tendo como referência a distância entre o lóbulo da orelha e a abertura da narina
- Lubrificar a sonda com água ou melhor com gel anestésico e a seguir introduzir sem forçar
- Fixar a sonda na maçã do rosto com adesivo
- Regular o fluxo prescrito

Fase de controlo

- Certificar que o tubo não está angulado e que o oxigénio circula livremente
- Quando se usa a máscara, em presença de vômito retirá-la, para se prevenir a bronco-aspiração. Proceder à sua substituição por uma sonda nasal e comunicar ao médico
- Controlar as possíveis complicações da oxigenoterapia (secura das mucosas, secreções, atelectasias, diminuição do nível de consciência, etc.)
- Comprovar o cumprimento das horas e doses correctas

Recomendações

- Comprovar que o quarto está bem arejado
- Advertir o paciente e visitas que é INTERDITO FUMAR. O oxigénio é um gás comburentes
- Verificar o nível da água destilada no humidificador, pois não deve ultrapassar a marca gravada no frasco
- No caso de se usar a sonda, mudá-la de narina de 8/8h, para prevenir a irritação da mucosa nasal
- Substituir diariamente a máscara ou a sonda por outra limpa

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

Objectivos

- Eliminar o conteúdo gástrico
- Proceder à lavagem do estômago
- Administrar fármacos e alimentos
- Realizar provas de diagnóstico

Material necessário

- Carro de tratamento
- Calçar luvas
- Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína)
- Compressas
- Pinças de Kocher
- Seringa de 20 cc
- Jarro com água
- Sondas nasogástricas de diferentes calibres
- Saco colector ou tampão para a sonda
- Aspirador adequado (se necessário)
- Fonendoscópio
- Adesivo para fixar a sonda
- Laringoscópio
- Pinças de Magill (se o paciente está inconsciente)

Fase de preparação

Preparação do doente

- Informar o paciente da técnica que se vai realizar, se estiver consciente
- Solicitar que retire a prótese dentária, se a tiver, ou retirá-la, se estiver inconsciente

- Solicitar a sua colaboração; quando a sonda estiver na orofaringe, pedir ao paciente que faça movimentos de deglutição

Preparação do pessoal

- Lavagem higiénica das mãos
- Calçar luvas

Fase de execução

- Colocar o paciente em posição de Fowler (veja fig. 4)

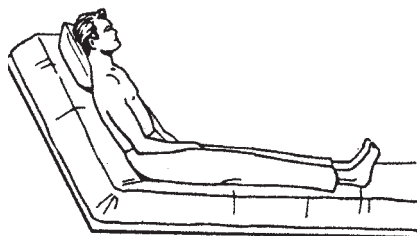


Fig. 4

- Verificar o estado da sonda antes de a colocar
- Fazer uma medição aproximada do trajecto previsto (nariz, orelha, epigastro)
- Lubrificar a extremidade da sonda
- Introduzir a sonda por uma das fossas nasais, ao mesmo tempo que a cabeça do paciente é mantida em posição inclinada para a frente
- Continuar a introdução da sonda até ao esófago, aproveitando os movimentos de deglutição do paciente
- Continuar a empurrar a sonda até à cavidade gástrica
- Não realizar manobras bruscas

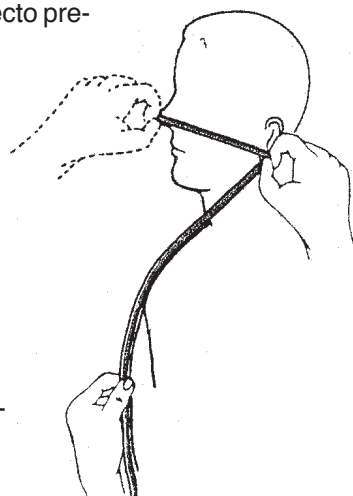
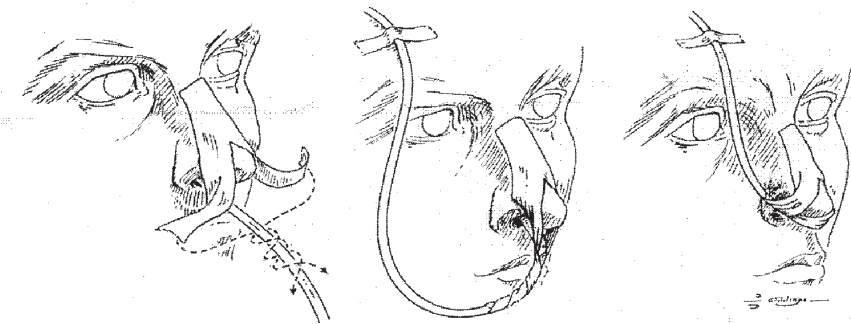


Fig. 5

Fase de controlo

- Comprovar que a sonda está no estômago:
 - a) aspirando o conteúdo gástrico com uma seringa de 20 cc
 - b) introduzindo 20 cc de ar e, auscultando em simultâneo com o fonendoscópio
 - c) colocando a extremidade da sonda num copo com água; se borbulhar indica que está no pulmão e deve ser retirada
- Fixar a sonda com adesivo, assegurando que não possa sair com um movimento brusco do paciente



Modo correcto de fixar a sonda

Fig. 6

- Manter a sonda pinçada até que se prepare o tampão, o aspirador ou o saco colector
- Conectar a sonda ao saco ou ao aspirador
- Colocar o paciente numa posição cómoda

Recomendações

- Se durante a manobra de introdução da sonda o paciente apresentar tosse, cianose ou dificuldade respiratória, ela deve ser retirada
- Se o paciente apresenta dificuldade em deglutir, oferecer-lhe água
- Se o paciente estiver inconsciente e houver dificuldades em introduzir-se a sonda, deverão utilizar-se o laringoscópio e a pinça de Magill
- A fixação da sonda na face deve ser mudada sempre que necessário e, como mínimo, cada 24 h
- Realizar uma limpeza diária da fossa nasal ocupada pela sonda, mediante a instilação de alguns cc de soro fisiológico.
- Mobilizar a sonda cada 24 h, aproveitando o momento da limpeza ou da troca da fixação: introduzi-la ou retirá-la cerca de 3 cm de cada vez, para variar os pontos de apoio e assim evitar úlceras
- Comprovar a colocação correcta da sonda no estômago, especialmente em pacientes inconscientes ou agitados
- Manter a permeabilidade da sonda, lavando-a com soro fisiológico ou água depois de cada administração de medicamentos, alimentos ou depois de cada aspiração do conteúdo gástrico
- Nunca utilizar ÁGUA BIDEUTILADA para lavagens da sonda, por a mesma ser hipotónica
- Paciente com sonda nasogástrica não deve ficar deitado na horizontal, mas com a cama a 30°, para se evitar o refluxo gastro-esofágico
- As sondas de longa duração para alimentação enteral podem permanecer colocadas durante períodos de 2-6 meses.

Glossário

Atelectasia

Debilidade dos alvéolos pulmonares que se esvaziam de ar e se retraem

Comburente

Que tem a propriedade de alimentar a combustão

Cistite

Inflamação da mucosa da bexiga

Decúbito supino

Deitado de costas

Hipoxémia

Diminuição do teor de oxigénio no sangue

Hipóxia

Défice do oxigénio nos tecidos

Prostatite

Inflamação da próstata

Retenção urinária

Urina retida na bexiga

Uretrite

Inflamação da mucosa da uretra

Anotações
