

Procedimentos de enfermagem em UTI neonatal

Cláudia Maria Alexandre do Carmo
Ednéia Maria de Oliveira
Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes
Tânia Barroso B. Martins
Tereza Cristina L. G. Cabral

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARALHO, M., orgs. *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM EM UTI NEONATAL

3

Cláudia Maria Alexandre do Carmo

Ednéia Maria de Oliveira

Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes

Tânia Barroso B. Martins

Tereza Cristina L. G. Cabral

A população neonatal constitui hoje um grupo estratégico no que se refere à diminuição da mortalidade infantil, um dos indicadores de qualidade de vida, do nível de saúde e do grau de desenvolvimento de um país.

Diminuir a mortalidade neonatal ainda é um desafio para o cuidado. Para alcançar esse objetivo, são necessárias medidas abrangentes que atuem na melhoria do pré-natal, da assistência ao parto e ao recém-nascido (RN), que devem ser operacionalizadas por meios de programas que contemplem intervenções de caráter preventivo, curativo e de reabilitação, com estratégias de alcance coletivo dotadas de suporte financeiro, tecnologia e investimento em recursos humanos.

As características específicas da clientela neonatal conduzem a enfermagem à construção de um saber e um fazer específicos, que dotam o profissional dessa área de habilidades técnicas, experiência clínica, sensibilidade, competência e responsabilidade com o cuidar.

Organizamos e adaptamos para a nossa realidade alguns protocolos do cuidado de enfermagem em terapia intensiva neonatal, visando a colaborar para uma prática assistencial mais segura, minimizando os riscos para o RN e sua família.

Os procedimentos e protocolos foram organizados tentando agrupar a teoria, usando a melhor evidência disponível e a prática possível de ser executada. Nenhum deles é, portanto, imutável e deverão ser sempre renovados na medida em que novas evidências surjam ou velhas evidências possam ser incorporadas no cuidado diário.

LAVAGEM DE MÃOS

Consiste em lavar as mãos com produto degermante, visando a remover bactérias antes da entrada na unidade e antes da realização de qualquer técnica ou procedimento invasivo (Quadro 1).

OBJETIVO: proporcionar higiene e prevenir contaminação.

MATERIAL: água corrente, produto degermante e papel-toalha.

Quadro 1 – Lavagem de mãos

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Retirar relógios, pulseiras e anéis.	Esses objetos são fontes de contaminação.
Evitar unhas longas.	Evitar acúmulo de sujidade nas unhas
Abrir a torneira e molhar as mãos. Evitar o uso de água quente.	O ressecamento e a irritação da pele são maiores quando da utilização de água quente.
Passar o produto degermante nas mãos e friccionar com movimentos rotatórios os antebraços, os punhos e o dorso das mãos por três minutos.	A fricção torna eficiente a remoção de bactérias.
Friccionar as palmas das mãos e entre os dedos.	–
Enxaguar as mãos, os punhos e os antebraços.	Remover o sabão e a sujidade.
Secar as mãos com papel-toalha.	–
Fechar a torneira com o papel-toalha utilizado se o fechamento não for automático.	Evita sujar e contaminar as mãos com a torneira.

Fonte: Rotina de enfermagem do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz

A lavagem das mãos é necessária antes da entrada na UTI neonatal, antes de tocar e após manusear o bebê. Atualmente, o álcool-gel e outros produtos alcoólicos contendo protetores de pele tornaram-se importantes armas para o manuseio e a prevenção de infecções na UTI neonatal. Seu uso tem sido recomendado principalmente por ter maior aderência, uma

vez que o protetor da pele evita os ressecamentos presentes nas lavagens contínuas e repetidas (CDC, 2002a).

ADMISSÃO NA UTI NEONATAL

Consiste em receber o RN que apresentar dificuldades para adaptar-se à vida extra-uterina ou patologias que interfiram em sua sobrevivência no primeiro mês. O trabalho em equipe é de extrema importância devido aos cuidados e às intervenções que levam à estabilidade do RN (Quadro 2).

MATERIAL: incubadora ou berço aquecido, balança, fonte de oxigênio, fonte de aspiração, monitor cardíaco e oxímetro de pulso, eletrodos, respirador, bomba infusora, fita métrica, termômetro, estetoscópio, material para intubação orotraqueal, material para sondagem gástrica, material para punção venosa e fita de teste para glicose periférica.

Quadro 2 – Procedimentos de admissão na UTI neonatal

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Lavar as mãos.	Prevenir infecção.
Preparar unidade com incubadora aquecida ou berço de calor radiante, respirador montado, monitor cardíaco, oxímetro, bomba infusora.	É importante que a unidade esteja aquecida para receber o RN, e que toda a aparelhagem esteja previamente testada e montada.
Deixar preparado o material para a intubação (laringoscópio, lâmina 0, lâmina 1, tubo traqueal, solução de tintura de benjoim, esparadrapo cortado para fixação e bigode).	Testar previamente o laringoscópio e as lâminas. Verificar a saída de oxigênio e de ar comprimido e o material para ventilação com pressão positiva (ambú e máscara).
Deixar os insumos necessários para admissão na unidade.	Material para sondagem gástrica, material de punção venosa, material para verificar sinais vitais, material para aspiração de VAS e TOT, balança, fita métrica e luvas de procedimento esterilizadas.
Calçar as luvas, colocar o RN no berço aquecido ou na incubadora, avaliar as condições gerais e priorizar o atendimento ao sistema respiratório e cardíaco. Pesá-lo, caso as condições clínicas do RN permitam.	Prevenir hipóxia.

Quadro 2 – Procedimentos de admissão na UTI neonatal (continuação)

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Avaliar o padrão respiratório e, se necessário, administrar oxigenioterapia.	Prevenir hipóxia.
Monitorizar o RN.	Instalar monitor cardíaco e oxímetro.
Puncionar acesso venoso periférico e iniciar hidratação conforme prescrição médica.	Administrar fluidos e medicações.
Realizar sondagem gástrica.	Esvaziar o estômago, facilitar o trabalho respiratório.
Realizar mensuração da estatura, perímetro cefálico, torácico e abdominal.	Analisar a simetria corporal e o crescimento ponderal durante a internação.
Verificar sinais vitais.	Avaliar sistema cardiorrespiratório e estabilidade térmica.
Colocar RN em posição confortável.	Minimizar estresse.
Retirar as luvas e lavar as mãos.	Prevenir infecção.
Fazer a anotação da admissão no prontuário e na folha própria.	Comprovar procedimento.

Fonte: American Academy of Pediatrics (1997)

VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Os sinais vitais correspondem à verificação da temperatura, respiração, pressão arterial (PA) e frequência cardíaca. Na unidade de alto risco, a verificação dos sinais vitais deve ser feita a cada 4h, e a PA a cada 6 horas ou de acordo com a necessidade do RN. Na unidade intermediária, deverão ser verificados a cada 6 horas. Os sinais vitais devem ser checados mesmo nos RNs monitorizados, e de preferência sincronizados com outros procedimentos necessários, evitando o manuseio excessivo do bebê. Adotar a política do mínimo toque traz conforto para o bebê, melhorando seu padrão de sono e seu prognóstico (Quadro 3).

OBJETIVO: possibilita a detecção de qualquer alteração do quadro.

MATERIAL: deve ser de uso individualizado. Quando não for possível, antes de utilizar o material em outro RN, devemos fazer uma desinfecção com álcool a 70%, friccionando com algodão por três vezes ou utilizando álcool iodado a 1%.

Quadro 3 – Verificação dos sinais vitais

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Lavar as mãos.	Prevenir infecções.
Desinfetar o termômetro e abaixar a coluna de mercúrio a um nível inferior a 35°.	Prevenir infecção e evitar erro de leitura.
Colocar o termômetro na axila do RN.	Remover sujidades e umidade, evitar erro de leitura.
Deixar o termômetro por 3 min. Após a leitura, descer a coluna de mercúrio e fazer a desinfecção.	Permitir a transmissão adequada do calor corporal do RN para o termômetro.
Verificar a frequência respiratória, observando os movimentos do tórax e abdômen.	De preferência antes da verificação da temperatura e da frequência cardíaca.
Verificar a frequência cardíaca com estetoscópio no quinto espaço intercostal esquerdo na linha do mamilo durante um minuto.	Evitar erro na avaliação.
Adaptar o manguito no RN e proceder a verificação da pressão arterial.	O tamanho do manguito deve ser adequado à estatura do RN, prevenindo leitura errônea.
Posicionar o RN confortavelmente.	Minimizar estresse.
Lavar as mãos.	Prevenir infecção.
Anotar os valores na folha de evolução.	Comprovar procedimento.

Fonte: Adaptado da rotina de enfermagem do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz

HIGIENE DO RECÉM-NASCIDO

Consiste em promover a higiene e a proteção da pele, a profilaxia das infecções, ativar a circulação, proporcionar conforto e bem-estar ao RN (Quadro 4). Devemos considerar o estado clínico do bebê antes de um manuseio de higiene, que pode ser excessivo. Devemos evitar a retirada do vernix do bebê logo no primeiro dia. Estudos recentes demonstram que, embora o banho com esponja não modifique os sinais vitais de prematuros estáveis, exceto pelo aumento da frequência cardíaca, também não protege a pele do prematuro contra infecções. Portanto, banhos frequentes não trazem benefícios bem estabelecidos para os prematuros (Lee, 2002; Franck, Quinn & Zahn, 2002).

MATERIAL: bolas de algodão, dois lençóis, luvas de procedimento, cotonete, sabonete neutro, água morna, papel-toalha, uma fralda descartável, uma fralda de pano e roupas para o bebê.

Quadro 4 – Procedimentos para a higiene do RN

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Lavar as mãos.	Prevenir infecções.
Verificar a temperatura do bebê e da água a ser utilizada. A temperatura da água deve ser checada antes de se calçar as luvas.	Monitorar a estabilidade térmica do RN.
Organizar o material sobre o papel-toalha.	Facilitar o procedimento.
Calçar as luvas de procedimento.	Prevenir infecções.
Umedecer as bolas de algodão e iniciar o banho pelo rosto, sem sabão, realizando movimentos suaves.	–
Limpar os olhos, utilizando uma bola de algodão para cada olho, ou gaze estéril, sempre do canto interno para o externo. Utilizar bolas de algodão embebidas em água morna para a limpeza das narinas e ouvidos, realizando movimentos rotatórios.	Evitar contaminações e lesões no ouvido interno
Higienizar a cabeça utilizando sabonete líquido (se necessário), enxaguar e secar.	–

Quadro 4 – Procedimentos para a higiene do RN (continuação)

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Remover as roupas e a fralda, retirando o excesso de fezes e urina.	-
Limpar dobras e região perineal sempre de cima para baixo (da parte genital para a região do ânus) e onde for necessário, utilizando bolas de algodão embebidas em água morna, fazendo movimentos circulares. Evitar molhar todo o corpo.	-
Manter o RN sempre coberto.	Minimizar a perda de calor.
Secar a pele, utilizando uma fralda macia, fazendo movimentos compressivos e suaves, sem friccioná-la.	-
Realizar o curativo do coto umbilical.	
Colocar a fralda e vestir a roupa.	Proporcionar conforto ao RN.
Trocar o lençol.	Promover conforto.
Colocar o RN em posição confortável.	Promover repouso.
Desprezar os materiais utilizados no lixo.	Evitar infecção cruzada.
Lavar as mãos.	Prevenir contaminação.
Registrar no prontuário.	Comprovar procedimento.

Fonte: Adaptado da rotina de enfermagem do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz

No caso de bebês filhos de portadoras de hepatite ou Aids, todo o sangue deve ser retirado da pele o mais rapidamente possível.

ASPIRAÇÃO DE CÂNULA ENDOTRAQUEAL

Tem por finalidade favorecer a adequada oxigenação de RNs intubados, mantendo a cânula pérvia sem traumatizar a mucosa traqueal (Quadro 5). O executor deve ser habilidoso no procedimento devido ao

potencial de complicações que podem advir e que podem ser fatais ao RN e/ou aumentar a morbidade neonatal. A avaliação da necessidade de aspiração do tubo deve ser individualizada e pode ser determinada por alterações da ausculta pulmonar, flutuações na oxigenação (saturação de hemoglobina) ou aumento dos níveis de PaCO_2 . Em geral, são necessárias duas pessoas para realizar esse procedimento (Linton, 2000).

MATERIAL: cateter de aspiração, estetoscópio neonatal, luva estéril, seringa de 1 ml, ampola de soro fisiológico 0,9% e borracha de extensão com orifício na extremidade.

Quadro 5 – Aspiração de cânula endotraqueal

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Lavar as mãos.	Prevenir infecções.
Checar os parâmetros do respirador antes de iniciar a aspiração. O aumento da FiO_2 em cerca de 10% pode ser necessário nos bebês críticos.	Prevenir a hipoxemia.
Realizar ausculta pulmonar bilateral.	
Selecionar o cateter de acordo com a cânula.	O calibre do cateter não deve ultrapassar 2/3 da cânula, pois a oclusão poderá ocasionar hipoxemia e microatelectasia.
Conectar o cateter à borracha de extensão do aspirador.	
Ajustar a pressão do vácuo.	Prevenir lesões da mucosa traqueal, microatelectasias e barotraumas.
Calçar luvas esterilizadas.	Garantir técnica asséptica.
Realizar a mensuração do cateter de aspiração.	Prevenir traumatismo na mucosa traqueal.
Desconectar o ventilador do RN e instilar 0,25 ml a 0,5 ml de soro fisiológico e conectar novamente ao ventilador.	Não há evidências da real necessidade de instilação de líquidos antes da aspiração do tubo. A solução salina fluidifica a secreção e facilita sua remoção. A instilação deverá ser realizada em caso de secreções espessas.

Quadro 5 – Aspiração de cânula endotraqueal (continuação)

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Introduzir o cateter de aspiração sem sucção até o local previamente marcado (Spence, Gillies & Waterworth, 2003). A pressão negativa usada deve ser determinada pelo peso do bebê, e varia de -60 a -100mm Hg.	Prevenir traumatismo da mucosa.
Retirar o cateter com movimentos rotatórios, delicados e rápidos.	Utilizar o tempo máximo em cada etapa da aspiração (5 a 10 segundos), prevenindo oclusão traqueal pela diminuição da luz do tubo.
Retornar o RN à ventilação mecânica.	Prevenir hipoxemia.
Avaliar a tolerância do procedimento.	Observar saturação, coloração, frequência cardíaca, tônus e atividade do RN.
Realizar ausculta pulmonar bilateral.	Avaliar a presença de secreções e eficácia do procedimento.
Repetir o procedimento, se necessário.	
Efetuar a aspiração das vias aéreas superiores.	Evitar acúmulo de secreção oral.
Manter o RN confortável e bem posicionado.	Proporcionar conforto e favorecer a diminuição do estresse com menor consumo de oxigênio.
Retornar os parâmetros antes do início da aspiração.	
Lavar a borracha extensora de aspiração e deixar a extremidade protegida.	
Lavar as mãos e anotar na evolução de enfermagem o aspecto da secreção, a quantidade e a coloração, e referir possíveis alterações da estabilidade quanto à saturação de oxigênio.	Manter a equipe informada a respeito das condições do RN.

Fonte: Linton (2000)

PUNÇÃO VENOSA

Visa a proporcionar um acesso venoso para a administração de fluidos e medicamentos (Quadro 6).

MATERIAL: bolas de algodão, álcool a 70% ou PVPI, dispositivo intravascular, seringa de 1 ou 3 ml, água destilada e curativo transparente (de preferência).

Quadro 6 – Punção venosa

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Lavar as mãos.	Prevenir contaminação.
Calçar luvas esterilizadas e um campo para proteção.	
Selecionar a veia a ser puncionada.	Dar preferência às extremidades dos membros, evitando dobras e/ou áreas sobre as articulações. Puncionar o couro cabeludo somente quando se esgotarem as possibilidades dos membros.
Realizar degermação do local com PVPI degermante ou clorexidina. Fazer anti-sepsia com três aplicações de álcool a 70% ou PVPI.	Remover sujidades e prevenir contaminação.
Garrotear o membro selecionado.	Evitar o garroteamento excessivo.
Testar a patência do dispositivo intravascular com uma seringa com soro fisiológico. Retirar a seringa e puncionar a veia com o bisel para cima, introduzindo a agulha paralela à pele, em direção ao fluxo venoso.	Utilizar um dispositivo para cada tentativa.
Observar o refluxo de sangue, desgarrrotear e conectar a seringa com água destilada. Lavar o acesso.	Verificar a permeabilidade do acesso.
Fixar o dispositivo intravascular com curativo transparente.	Fixar de uma maneira que permita observar a área puncionada, a fim de detectar anormalidades.

Quadro 6 – Punção venosa (continuação)

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Iniciar infusão venosa ou administrar medicações.	
Posicionar o RN confortavelmente.	Minimizar o estresse.
Lavar as mãos.	Prevenir infecções.
Anotar na evolução de enfermagem o local de punção e as anormalidades durante o procedimento.	

Fonte: Donn & Faix (1997)

Obs: Medidas de alívio de dor devem ser utilizadas durante punções venosas.

INSERÇÃO DO CATETER EPICUTÂNEO

Consiste na inserção – por um profissional habilitado – de um cateter epicutâneo em veia central por acesso periférico. O cateter deve ser preferencialmente de silicone, radiopaco, com ou sem guia. Indicado para RNs prematuros extremos, RNs em uso de NPT ou HV por tempo prolongado e com manuseio restrito (Quadro 7).

OBJETIVO: evitar a prática de dissecação venosa e punções venosas de repetição.

VEIAS UTILIZADAS: basílica, cefálica, safena, jugular externa e temporal.

CONTRA-INDICAÇÃO: infecção de pele.

MATERIAL NECESSÁRIO: cateter epicutâneo, bandeja de procedimento (duas cubas redondas para soluções, uma pinça anatômica, uma tesoura pequena, gaze, um campo simples, um campo fenestrado, palitos cobertos), gorro e máscara, dois capotes estéreis, três pares de luvas estéreis, álcool 70% + PVPI tópico 1% , soro fisiológico, curativo transparente, fita métrica (pode estar incluída no kit do cateter), uma seringa 10 ml e duas escovas com degermante.

Quadro 7 – Inserção do cateter epicutâneo

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Lavar as mãos.	Prevenir infecções.
Preparar o material.	
Selecionar o acesso periférico e realizar a mensuração.	A mensuração deve ser realizada a partir do sítio de inserção do cateter até o ponto aproximado de entrada na veia cava: <ul style="list-style-type: none"> · até o terço médio da clavícula entre o 2o e 3o espaço intercostal, quando inserido em membros superiores ou veia temporal; · até a cicatriz umbilical quando inserido em membros inferiores.
Realizar escovação de mãos, punhos e antebraços.	Prevenir infecção.
Vestir gorro, capote e calçar luvas esterilizadas.	Realização de técnica asséptica.
Abrir a bandeja sobre a mesa de Mayo e os demais materiais dentro da bandeja.	—
Lavar o cateter com soro fisiológico, utilizando a seringa de 10 ml.	Testar a permeabilidade do cateter. Recomendamos o uso da seringa de 10 ml porque apresenta menor pressão.
Cortar o cateter com 2 cm acima da medida ideal.	
Colocar o campo simples deixando o local de punção exposto.	Facilitar a técnica e evitar contaminação acidental.
Realizar a anti-sepsia do membro selecionado com três aplicações de álcool a 70% ou PVPI aquoso.	Prevenir infecção, retirar sujidade ou gordura da pele.
Colocar o campo fenestrado e deixar o local de punção exposto.	Facilitar a técnica e evitar contaminação acidental.
Trocar a luva esterilizada.	Prevenir infecção.
Garrotear o membro com garrote estéril e iniciar a punção introduzindo somente o bisel do butterfly.	Após o refluxo sanguíneo, retirar o garrote, que pode ser confeccionado com a luva utilizada na anti-sepsia.

Quadro 7 – Inserção do cateter epicutâneo (continuação)

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Introduzir o cateter lentamente, 1 cm de cada vez, até a medida realizada.	O butterfly deve ser fixado pelo auxiliar durante a inserção para não irritar tendões e terminações nervosas.
Fixar o cateter no ponto de inserção e retirar o butterfly.	O cateter deve ser fixado por um dos profissionais utilizando a pressão do dedo, enquanto o outro retira o butterfly.
Verificar o refluxo sanguíneo e infusão livres.	Testar a permeabilidade do cateter.
Confirmar a posição do cateter com raio X.	Verificar local da ponta do cateter.
Realizar fixação com curativo transparente.	O curativo deverá ser trocado se ficar úmido ou solto. Se houver sangramento prolongado no local de inserção, utilizamos a gaze no curativo. O curativo deverá ser trocado em 48h após o procedimento.
Posicionar o RN confortavelmente.	Minimizar estresse.
Lavar as mãos.	Prevenir infecção.
Realizar anotação do procedimento no prontuário e preencher protocolo de acompanhamento.	Comprovar procedimento e facilitar o monitoramento do local de inserção.

Fonte: Donn & Tekkanat (2000)

PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

Antes do preparo de qualquer medicamento, o nome do RN, a dose prescrita, a via de administração, o prazo de validade do medicamento e a estabilidade após reconstituição deverão ser checados na prescrição do dia. O executor deverá estar paramentado adequadamente com gorro, máscara e luvas estéreis. As medicações devem ser preparadas em local previamente desinfetado e específico para tal fim; utilizar técnica asséptica e material estéril para evitar riscos desnecessários para o bebê (Quadro 8).

Quadro 8 – Preparo e administração de medicação

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Fazer etiquetas com os nomes do RN e de sua mãe, leite, medicação, volume, diluição, via e horário de administração.	Evitar iatrogenia.
Separar todas as medicações e o material a ser usado.	Facilitar o trabalho e diminuir a possibilidade de erro.
Fazer desinfecção da bancada com álcool a 70%.	Prevenir infecção.
Forrar com campo estéril.	Prevenir infecção.
Utilizar gorro, máscara e luvas estéreis.	Prevenir infecção, mantendo técnica asséptica.
Realizar desinfecção com álcool a 70% em ampolas e frascos.	Prevenir infecção, mantendo técnica asséptica.
Aspirar uma solução de cada vez, identificando-as imediatamente (todas as Ampicilinas, depois todas as Amicacinas etc.)	Prevenir iatrogenias.
Observar a coloração da solução após reconstituição.	Evitar administração de medicação fora da validade ou contaminada.
Rotular frascos com data, hora, diluente, assinatura e tempo de validade após reconstituição.	Evitar administração de medicação fora da validade.
Acondicionar em geladeira as que puderem ser guardadas.	Manter estabilidade da solução.
Guardar as medicações na geladeira já aspiradas separadas por horário.	-
Checar a medicação, a identificação do paciente e a prescrição médica. Administrar a medicação, respeitando hora e via de administração prescritas.	Evitar iatrogenias e prevenir erros.

Fonte: Adaptado da rotina de enfermagem do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz

MÉTODOS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

Via oral – a absorção é intestinal. Os medicamentos podem ser administrados através da boca em bebês com boa sucção e deglutição, ou via sonda gástrica. Deve ser evitada quando o bebê não tolera alimentação, regurgita ou requer aspiração gástrica intermitente. É preciso estar atento, pois algumas medicações devem ser administradas com o estômago vazio enquanto outras podem ser misturadas ao leite. É importante evitar medicações com sabor desagradável, pelo risco de regurgitação e broncoaspiração.

Via endovenosa – introdução direta na corrente sangüínea para ação imediata. Observar, pois algumas medicações precisam ser diluídas para serem infundidas, como é o caso da Vancomicina, da Amicacina endovenosa e outras.

Via intramuscular – a absorção é mais lenta que a endovenosa. O músculo utilizado para esse fim é o vasto lateral da coxa. É importante alternar o local de administração. O volume não deverá ultrapassar 0,25 ml em RN < 1.000 g e 0,5 ml em RN > 1.000 g.

Via retal – utilizada para a administração de supositórios, a fim de favorecer a evacuação, ou com fim terapêutico, para introduzir medicamentos específicos.

Via subcutânea – a solução injetada deve ser isotônica e o volume máximo não pode ultrapassar 0,1 ml. Os locais adequados são a face externa lateral da coxa e a parede abdominal. Antes de administrar qualquer medicação, devemos verificar a regra básica:

- nome do medicamento;
- validade do medicamento;
- dose prescrita;
- via de administração;
- horário;
- identificação do RN.

ADMINISTRAÇÃO DE HEMODERIVADOS

Consiste na instalação de sangue e derivados, com a finalidade de (Quadro 9):

- repor perdas hemorrágicas concomitantemente ao aumento da volemia;
- aumentar a capacidade carregadora de oxigênio como na correção da anemia;
- repor fatores de coagulação;
- manter o nível hemostático nas trombocitopenias.

MATERIAL: bolas de algodão, álcool a 70%, dispositivo intravascular, seringa de 1 ou 3 ml, água destilada, micropore ou esparadrapo e hemoderivado fracionado conforme prescrição.

Quadro 9 – Administração de hemoderivados

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Conferir o hemoderivado prescrito e o recebido.	Checar dados do RN (nome, tipo sanguíneo), tipo de hemoderivado e volume prescrito.
Lavar as mãos.	Prevenir infecções.
Realizar punção venosa.	Vide técnica de punção venosa. Não se deve infundir hemoderivados em cateter profundo de pequeno calibre, devido ao risco de obstrução e perda do cateter.
Instalar o hemoderivado.	Não infundir hemoderivados em bombas peristálticas devido à hemólise das hemácias.
Posicionar o RN confortavelmente.	Minimizar estresse.
Manter local de punção com fácil visibilidade.	Checar a permeabilidade do acesso.
Observar o RN rigorosamente durante o período de transfusão.	Manter RN monitorizado. Em caso de qualquer reação, suspender a infusão imediatamente e comunicar a equipe médica.

Quadro 9 – Administração de hemoderivados (continuação)

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Lavar as mãos.	Prevenir infecção.
Anotar o procedimento no prontuário e afixar a etiqueta do hemoderivado no mesmo.	

Fonte: Kevy (1997)

Obs: Os hemoderivados devem ser instalados imediatamente após a chegada no setor, para não ocorrer prejuízo de seus componentes. Para melhor aproveitamento do hemoderivado, recomendamos que a infusão dure no máximo quatro horas.

SONDAGEM GÁSTRICA

Consiste na passagem de um cateter de material plástico, passado por via oral ou nasal, sendo posicionado na parte superior do estômago (Quadro 10).

OBJETIVO: esvaziamento de gases ou resíduos do estômago. Também é utilizada na alimentação do RN impossibilitado de ser amamentado por via oral, devido à imaturidade ou incapacidade de sucção ou deglutição.

MATERIAL: sonda gástrica curta (número 6 ou 8), seringa de 3 ml, esparadrapo, luva de procedimento e linha ou fio de sutura.

Quadro 10 – Sondagem gástrica

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Lavar as mãos.	Prevenir infecção.
Selecionar o material a ser utilizado e colocá-lo sob a cúpula da incubadora.	Facilitar o procedimento.
Posicionar o RN em decúbito dorsal com a cabeça em posição mediana.	-

Quadro 10 – Sondagem gástrica (continuação)

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Posicionar o RN em decúbito dorsal com a cabeça em posição mediana.	
Calçar luvas de procedimento.	Prevenir infecção.
Medir a sonda orogástrica ou nasogástrica da ponta do nariz ao lobo da orelha e deste até ao apêndice xifóide.	A via oral é utilizada com mais frequência do que a nasal, pois previne desconforto respiratório no RN. Além disso, evita traumatismo da mucosa nasal - região ricamente vascularizada.
Proceder a marcação da altura da sonda com esparadrapo.	Observar a saída da sonda do ponto de fixação durante o manuseio.
Centralizar a cabeça do RN e introduzir a sonda lentamente até a marca pré-estabelecida.	Essa posição facilita o procedimento de introdução e progressão da sonda.
Aspirar a sonda para observar o conteúdo gástrico.	Verificar o posicionamento da sonda.
Injetar 1 ml de ar com seringa de 3 ml pela sonda e realizar a ausculta para confirmar o posicionamento.	A ausculta da entrada de ar no estômago confirma o posicionamento da sonda.
Fixar a sonda com esparadrapo.	Proporcionar imobilização da sonda. A fixação lateral com linha deve ser utilizada nos casos de bebês acima de 1.200 g que estejam com dieta por gavagem simples.
Colocar a data e o nome do profissional que procedeu a sondagem.	Facilitar o controle de qualidade do procedimento.
Retirar as luvas.	-
Posicionar confortavelmente o RN.	Minimizar estresse.
Lavar as mãos.	Prevenir contaminação.
Anotar procedimento na folha de evolução.	Comprovar procedimento.

Fonte: Adaptado da rotina de enfermagem do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz

ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS

Visa a suprir as necessidades alimentares do RN impossibilitado de ser amamentado devido à imaturidade ou incapacidade de sucção ou deglutição (Anderson, 2002).

ALIMENTAÇÃO POR SONDA GÁSTRICA (GAVAGEM)

Técnica de administração de dieta utilizando a força da gravidade.

MATERIAL: seringa de 10 ml ou 20 ml para oferecer a dieta, leite à temperatura ambiente, luva de procedimento e seringa de 3 ml com 1 ml de água destilada para lavar a sonda após a gavagem.

Quadro 11 – Alimentação por sonda gástrica

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Verificar prescrição médica e conferir a dieta (tipo de leite, volume e horário).	Evitar possíveis enganos.
Verificar a prescrição de enfermagem.	Verificar se existem cuidados especiais durante a administração.
Reunir todo o material e levá-lo até o RN.	Facilitar o trabalho e evitar perdas de calor do RN por causa de desnecessárias aberturas de portinholas.
Lavar as mãos.	Evitar infecção cruzada.
Elevar a cabeceira, colocar o RN em posição de semi-fowler.	Evitar o refluxo do conteúdo gástrico através do esôfago.
Adaptar a seringa de 3 ml à sonda e aspirar o conteúdo gástrico.	Observar presença de resíduo no estômago. Devolver o resíduo quando este ultrapassar 20% do volume da dieta e descontar. Quando o resíduo encontrar-se acastanhado, esverdeado ou sanguinolento, devemos comunicar à enfermeira e somente depois disso desprezar. Administrar a dieta sem verificar o resíduo pode acarretar sobrecarga gástrica, promover regurgitação e aspiração pulmonar do conteúdo do estômago.

Quadro 11 – Alimentação por sonda gástrica (continuação)

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Aspirar a quantidade de dieta na seringa.	
Adaptar a seringa à sonda e deixá-la fluir pela ação da gravidade. Exercer leve pressão no êmbolo para que a dieta flua, somente se necessário.	Introduzir o volume da dieta pressionando o êmbolo da seringa pode favorecer o refluxo e promover o estímulo vagal - promovendo taquicardia, queda de saturação de oxigênio, queda de PaO ₂ , taquipnéia, apnéia e alteração da perfusão.
Oferecer a sucção não-nutritiva (Pinelli & Symington, 2003).	Promover a maturação do reflexo de sugar, acalmar o RN e estimular o processo digestivo.
Fechar ou pinçar a sonda cada vez que a seringa for retirada.	Prevenir perda de dieta por refluxo ou entrada de ar no estômago.
Injetar 1 ml de água destilada para lavar a sonda e fechá-la após.	Remover o leite da luz da sonda, mantendo-a pérvia.
Colocar o RN em decúbito lateral direito.	Minimizar a possibilidade de regurgitação e aspiração.
Recolher o material utilizado.	Caso tenha caído leite na parede da incubadora, providenciar a limpeza imediata do local, assim como a troca do lençol (caso seja necessário). O leite é um ótimo meio de cultura para microorganismos hospitalares.
Lavar as mãos.	Prevenir infecção.
Checar o procedimento, anotar observações, intercorrências, reações do RN e aceitação da dieta na evolução.	Permitir o controle do atendimento prestado ao RN e manter a equipe informada.

Fonte: Adaptado da rotina de enfermagem do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz

GASTRÓCLISE

Refere-se à introdução de alimentos em um tempo maior ou igual à uma hora, através de bomba infusora ou gota-a-gota por equipo.

OBJETIVO: utilizada somente em casos especiais, quando os RNs não toleram a gavagem simples, em RNs em ventilação mecânica, RNs muito pequenos – com peso inferior a 1 kg – que não toleram grandes volumes ou RNs que apresentam refluxo gastro-esofágico. É considerado um método não-fisiológico (Quadro 12).

Quadro 12 - Gastróclise

PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVA
Lavar as mãos.	Prevenir infecção.
Realizar a sondagem gástrica conforme técnica.	-
Fixar a sonda com bigode.	Dificultar a mobilização da sonda.
Aspirar a quantidade de dieta em seringa ou equipo de acordo com a bomba infusora que for utilizada. Identificar a seringa e o perfusor próximo à sonda com 'leite'. Cuidado para não confundir leite com nutrição parenteral quando o bebê estiver fazendo uso dos dois. Nesse caso a atenção deve ser dobrada, sempre identificando as saídas para prevenir os erros.	Checar prescrição. A utilização de bomba infusora é fundamental para que se possa infundir a dieta de forma lenta e em tempo programado. A seringa e o perfusor ou equipo devem ser trocados a cada dieta. Não utilizar bombas peristálticas para infusão de leite materno. Posicionar adequadamente a seringa para uma infusão adequada da gordura.
Posicionar o RN em decúbito lateral ou ventral.	Prevenir a aspiração do leite.
Oferecer a sucção não-nutritiva.	Promover a maturação do reflexo de sugar, acalmar o RN e estimular o processo digestivo.
Trocar a seringa e o perfusor ou equipo a cada dieta.	Prevenir infecção.
Lavar as mãos.	Prevenir infecção.
Checar o procedimento e anotar na evolução.	Comprovar procedimento.

Fonte: Adaptado da rotina de enfermagem do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Guidelines for Perinatal Care. Fourth edition, 1997.
- ANDERSON, D. M. Feeding the ill or preterm infant. *Neonatal Network*, 21(7): 7-14, 2002.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51 (RR16):1-44, 2002a.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Guidelines for the prevention of intravascular catheter related infections force. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51(RR10):1-26, 2002b.
- DONN, S. M. & FAIX, R. G. Vascular Catheters. In: DONN, S.M. (Ed.). *The Michigan manual: a guide to neonatal intensive care*. New York: Futura Publishing Company, 1997. p.20-23.
- DONN, S. M. & TEKKANAT, K. K. Vascular Access. In: SINHA, S.K. & DONN, S.M. (Eds.). *Manual of neonatal respiratory care*. New York: Futura Publishing Company, 2000. p. 388-392.
- FRANCK, L. S.; QUINN, D. & ZAHN, L. Effects of less frequent bathing of preterm infants on skin flora and pathogen colonization. *Journal of Obstetric and Gynecologic and Neonatal Nursing*, 29(6): 584-589, 2002.
- KEVY, S. V. Blood products used in the newborn. In: CLOHERTY, J. P. & STARK, A.R. (Eds.). *Manual of neonatal care*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997. p.478-486.
- LEE, H. K. Effects of sponge bathing on vagal tone and behavioural responses in premature infants. *Journal of Clinical Nursing*, 11(4): 510-519, 2002.
- LINTON, M. E. Endotracheal tube suctioning. In: SINHA, S.K. & DONN, S.M. *Manual of neonatal respiratory care*. New York: Futura Publishing Company, 2000. p. 370-373.

PINELLI, J. & SYMINGTON, A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infant. *Neonatal Review Group*, Cochrane Library, 2003.

SPENCE, K.; GILLIES, D. & WATERWORTH, L. Deep versus shallow suction of endotracheal tubes in ventilated neonates and Young infants. *Neonatal Review Group*, Cochrane Library, 2003.