

**PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE
FLEBITE, INFILTRAÇÃO E/OU
EXTRAVASAMENTO E
TROMBOFLEBITE DO PRONTO
SOCORRO ADULTO – HOSPITAL
REGIONAL DO GAMA (HRG).**

NQSP/HRG - WILIAN BARBOSA



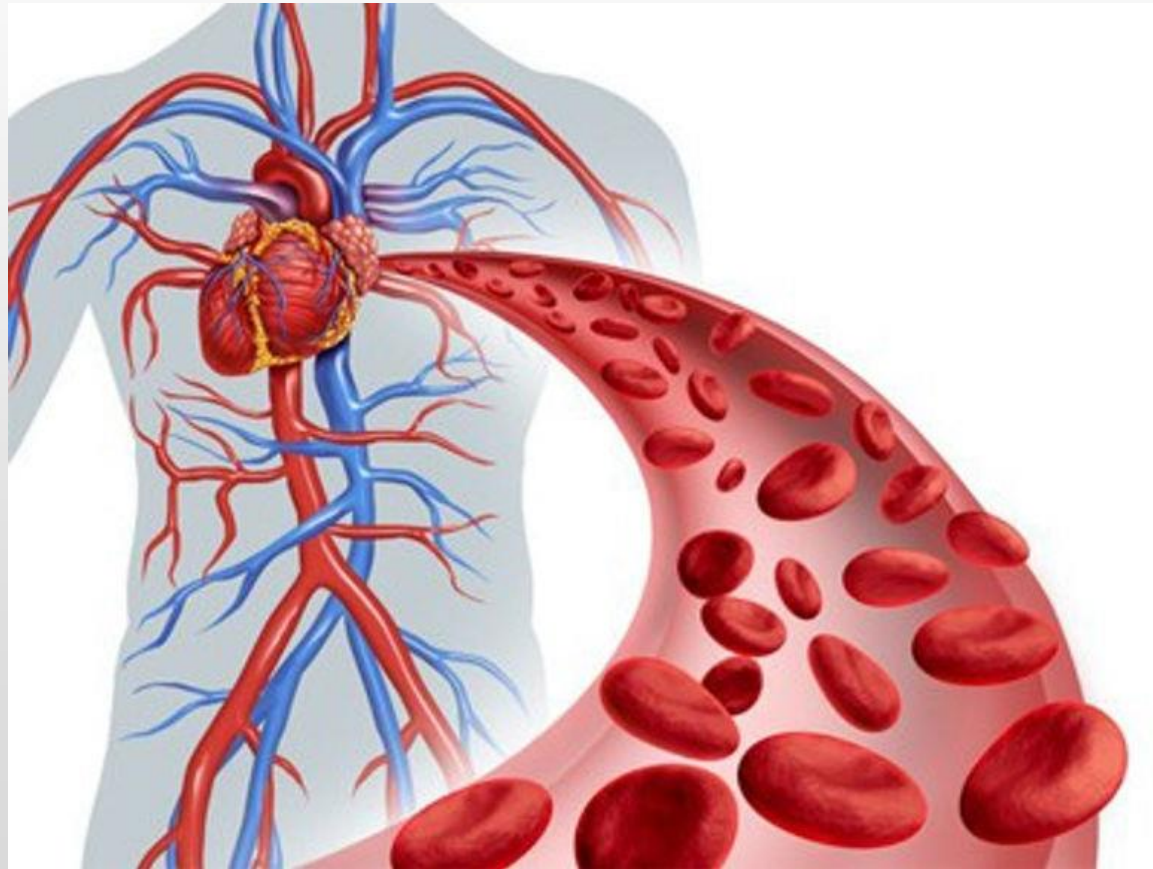
Toda mudança gera melhoria?

Nem toda mudança gera melhoria, mas só é possível alcançar melhoria com mudanças. Para sabermos se uma mudança foi uma melhoria precisamos acompanhar o processo e medir os indicadores de acompanhamento até que haja mudança sustentável.



**PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE FLEBITE,
INFILTRAÇÃO E/OU EXTRAVASAMENTO E
TROMBOFLEBITE DO PRONTO SOCORRO
ADULTO – HOSPITAL REGIONAL DO GAMA
(HRG).**

Anatomia e Fisiologia Cardio-vascular



APRESENTAÇÃO

Este protocolo trata-se do tempo de permanência dos cateteres venosos periféricos e seus riscos para flebite, infiltração e/ou extravasamento e tromboflebite relacionado ao sítio de inserção.



OBJETIVOS

- Identificar os fatores de risco para flebite, infiltração e/ou extravasamento e tromboflebite.
- Prevenir a ocorrência de flebite, infiltração e/ou extravasamento e tromboflebite.
- Promover e implementar a rotina de troca de acesso venoso periférico no PSA/PSC conforme o presente protocolo.

Fatores que interferem no tempo de permanência dos cateteres venosos periféricos

- **Flebite:** é uma inflamação na veia. As células endoteliais da parede venosa tornam-se ásperas e inflamadas, promovendo um aumento da permeabilidade capilar, possibilitando que as proteínas e fluídos extravasam para o espaço intersticial. A área lesada apresenta vermelhidão, dor ao toque devido ao acúmulo de leucócitos que o sistema imunológico causa no local inflamado.
- **Infiltração ou extravasamento:** é definida como a administração de uma solução ou medicamento no tecido circunvizinho caracterizado por edema do local da inserção, dor e sensação de frio na área e diminuição da velocidade do fluxo.
- **Tromboflebite:** é a presença de um coágulo associado a inflamação na veia. Apresenta dor, rubor, calor e edema no local da punção ou ao longo do trajeto da veia.

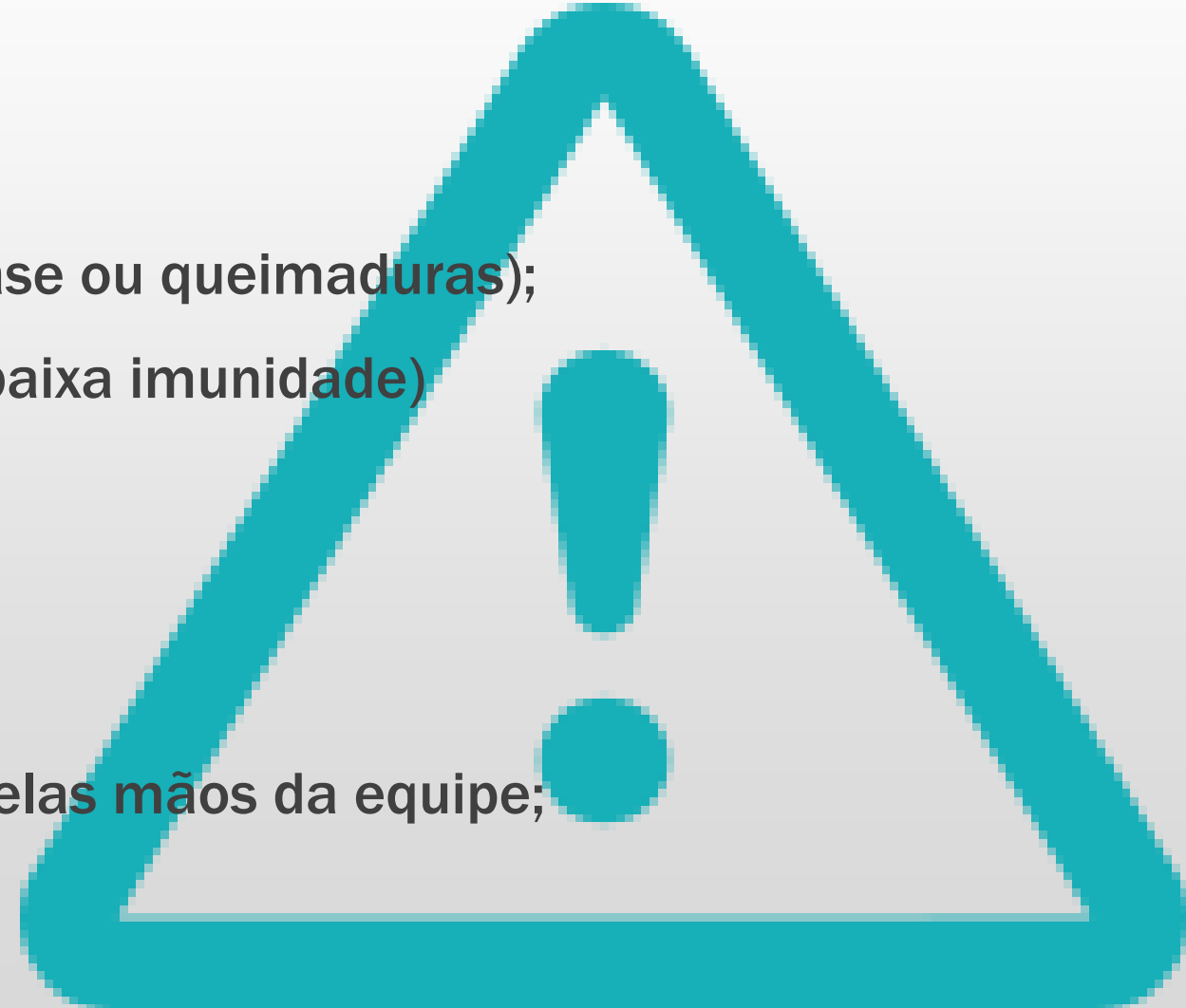


O tempo de permanência *in situ* a partir de 72 horas eleva o risco de flebite em 39 a 49 %. Após as 96 horas o risco é aumentado em mais 30%. A retirada do cateter antes desse período deverá ser mediante algum sinal de complicação.

FATORES DE RISCO

Relacionados ao paciente:

- Idade < 1 ano ou > 60 anos;
- Perda de integridade da pele (psoríase ou queimaduras);
- Quimioterapia imunossupressora; (baixa imunidade)
- Foco infeccioso;
- Gravidade da doença de base;
- Tempo de hospitalização;
- Contato com cepas transportadas pelas mãos da equipe;
- Umidade local.



FATORES DE RISCO

Relacionados ao cateter:

- Tempo de permanência do cateter;
- Habilidade do profissional de saúde na punção;
- Localização;
- Cuidados com o cateter.



AÇÕES PREVENTIVAS

AÇÕES PREVENTIVAS: ENFERMEIRO

- Avaliar condição do sítio de inserção do acesso venoso durante a admissão do paciente no posto;
- Realizar inspeção, durante a visita de enfermagem diária, do acesso venoso quanto à presença de flebite e presença de etiqueta contendo data de punção, jelco utilizado e profissional que fez o procedimento;
- Retirar todos os acessos que não estiverem com etiqueta ou apresentarem presença de flebite e comunicar ao técnico de enfermagem escalado com o paciente para que proceda à nova punção venosa;
- Avaliar, quando solicitado pelo técnico de enfermagem, os casos de acessos venosos difíceis afim de identificar necessidade de acesso venoso em jugular externa ou acesso venoso central;

AÇÕES PREVENTIVAS: ENFERMEIRO

- Puncionar jugular externa;
- Solicitar avaliação médica para punção de acesso venoso central;
- Supervisionar a equipe técnica quanto ao cumprimento do prazo para troca de acesso venoso:
 - Segunda e quinta: posto 1, posto 3 e posto 4 (período da manhã).
 - Terça e sexta : posto 2, BOX do PSA/PSC e posto 5 (período da manhã).
- Registrar na evolução de enfermagem condições do acesso venoso diariamente, punção de jugular e solicitação para realização de acesso venoso central.



AÇÕES PREVENTIVAS: TEC. ENFERMAGEM

- Realizar punção de acesso venoso periférico em geral, anotando em etiqueta: data da punção, nº do jelco e profissional que realizou o procedimento;
- Observar sinais precoces de flebite durante a administração de medicamentos;
- Retirar o acesso venoso quando identificar a ocorrência de flebite, anotando em prontuário a ocorrência da flebite, e procedendo à realização de novo acesso venoso periférico;
- Realizar nova punção venosa quando necessário ou solicitado pelo enfermeiro;
- Realizar troca da fixação do acesso venoso quando esta estiver com sujidade aparente (por exemplo sangue, secreções);

AÇÕES PREVENTIVAS: TEC. ENFERMAGEM

- Solicitar avaliação do enfermeiro em casos de pacientes de difícil acesso venoso;
- Solicitar avaliação do enfermeiro em casos de pacientes de difícil acesso venoso;
- Realizar troca de acesso venoso conforme a seguir:
 - Segunda e quinta: posto 1, posto 3 e posto 4 (período da manhã).
 - Terça e sexta : posto 2, BOX do PSA/PSC e posto 5 (período da manhã).

Escala visual de avaliação de flebites

ESCALA VISUAL DE AVALIAÇÃO DA FLEBITE

SÍTIO DE INSERÇÃO INTEGRO (Sem dor, sem edema, sem cordão venoso)	0	NÃO HÁ SINAIS DE FLEBITE OBSERVAR SÍTIO DE INSERÇÃO		SEM DOR
CONSIDERE APENAS UM DOS SINAIS: Dor ou leve Rubor próximo ao local de inserção	1	POSSÍVEL INÍCIO DE FLEBITE OBSERVAR SÍTIO DE INSERÇÃO		
PRSENÇA DE 2 DOS SINAIS: DOR RUBOR EDEMA	2	INÍCIO DA FLEBITE TROCAR PUNÇÃO		DOR MODERADA
PRSENÇA DE TODOS OS SINAIS: DOR RUBOR EDEMA	3	FLEBITE EM EVOLUÇÃO TROCAR PUNÇÃO/CONSIDERAR TRATAMENTO		
PRSENÇA DE TODOS OS SINAIS: DOR RUBOR EDEMA CORDÃO VENOSO	4	INÍCIO DE TROMBOFLEBITE TROCAR PUNÇÃO/INICIAR TRATAMENTO		DOR SEVERA
PRSENÇA DE TODOS OS SINAIS: DOR RUBOR EDEMA CORDÃO VENOSO PUS	5	TROMBOFLEBITE EM EVOLUÇÃO TROCAR PUNÇÃO/INICIAR TRATAMENTO		

DOCUMENTOS DE APOIO E REGISTRO

- Prontuário do paciente
- Prescrição de enfermagem
- Evolução de enfermagem



PROCEDIMENTO PARA INSERÇÃO DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO

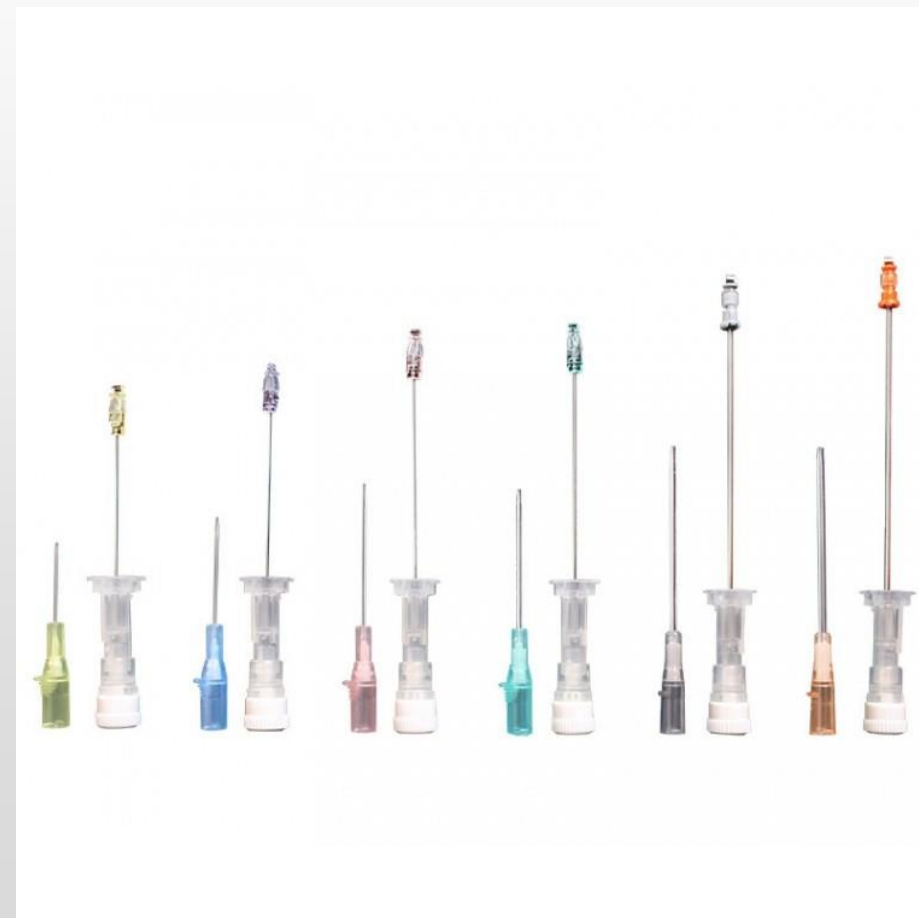
- **Material Necessário**

- 01 par de luvas de procedimento;
- Bandeja ou cuba rim
- Abocath, adequados ao calibre da veia do paciente;
- Álcool a 70%;
- Garrote;
- Micropore ou Esparadrapo;



ATENÇÃO

- NR 32
- Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições do acesso venoso.



ATENÇÃO

- Se atentar à prescrição médica em relação à: Osmolaridade; pH e Incompatibilidade entre drogas

BICARBONATO DE SÓDIO	
Apresentação	Ampola de 10 mL, concentração 84 mg/mL (8,4%) – 1 meq/mL
Via de administração	EV - (direta rápida ou infusão intermitente) SC- Subcutânea
Reconstituição	Não se reconstitui
Diluição	Não é necessário diluição
Estabilidade	Armazenar em temperatura de 20 a 25°C
Características	pH – 7 à 8,5
Ação Principal	Usado para os desequilíbrios ácido-base, acidose metabólica, cetoacidose diabética entre outros.
Efeitos adversos mais comuns	Hipopotassemia, hipocalemia, hipernatremia com doses elevadas ou na insuficiência renal, inchaço dos membros inferiores e alcalose metabólica

Compatível em Solução		
Soro Glicosado 5%	Soro fisiológico 0,9%	Ringer simples
Incompatível em Solução		
Ringer lactato*		
Compatível na mesma seringa		
-----	-----	-----
Incompatível na mesma seringa		
Dimenidrinato	Metoclopramida	Tiopental
Compatível em via Y		
Aciclovir sódico	Heparina sódica + Suc. Hidrocortisona	Remifentanil
Aztreonam	Insulina regular	Vancomicina
Cefepime	Indometacina	Complexo B + Ácido ascórbico
Ceftriaxona	Levofloxacino	
Ciclofosfamida	Linezolida	
Cloreto de potássio	Metilprednisolona (Suc.)	
Dexametasona sódica	Morfina	
Dexmedetomidina	Piperacilina + Tazobactam	
Filgrastim	Propofol	
Incompatível em via Y		
Alopurinol	Diltiazem*	Nalbufina
Amiodarona	Imipenem+ Cilastatina	Oxacilina sódica
Ciprofloxacina*	Leucovorim cálcico	Ondansetrona
Cisatracúrio*	Midazolam	Verapamil

ATENÇÃO

- Comunicar equipe multiprofissional;
- Aplicar compressas frias no local afetado na fase inicial para diminuição da dor, e a seguir compressas mornas para promover a vasodilatação e reduzir o edema;
- Elevar o membro (quando se aplica);
- Administrar analgésicos , anti-inflamatórios e antibióticos quando prescritos.



ATENÇÃO

- Optar pelo curativo de filme transparente;
- Se atentar às trocas dos equipos e conexões conforme orientação da CCIH (as cânulas (torneirinhas) devem ser trocadas juntamente com o sistema de infusão).



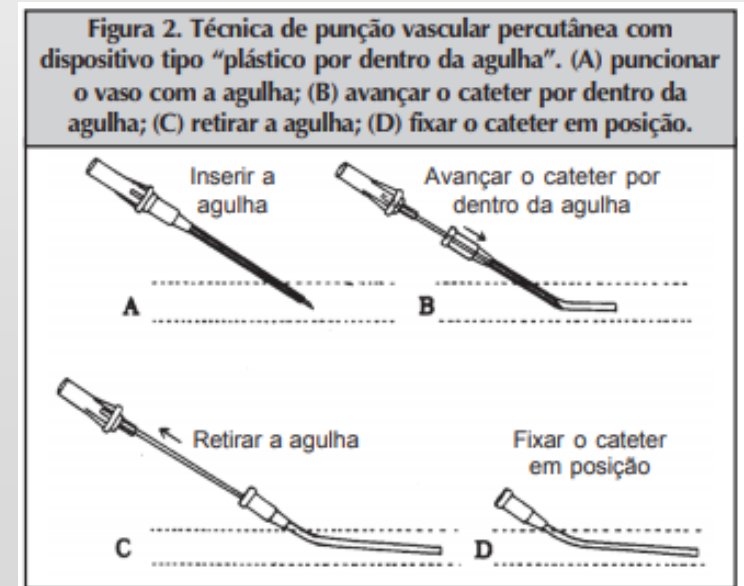
Técnicas na punção e administração de medicamento endovenoso

- 1ª- Higienizar as mãos e preparar a medicação;
- 2ª- Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimentos;
- 3ª- Escolher em qual membro fará a punção, respeitando a preferência do cliente;
- 4ª- Apoiar o braço do cliente mantendo o cotovelo em extensão;
- 5ª- Amarrar o garrote próximo do local de aplicação, facilitando a visualização e seleção das veias e comprimindo exageradamente;
- 6ª- Selecionar a veia através da palpação e inspeção do trajeto da mesma (acesso em MMII é contra devido risco de trombose);
- 7ª- Solicitar que o paciente feche a mão;
- 8ª- Apalpar a veia com o dedo indicador;
- 9ª- Realizar a anti-sepsia do local escolhido, usando álcool a 70%, partindo da porção distal do braço o baixo para cima, sempre no mesmo sentido;



PROCEDIMENTO PARA INSERÇÃO DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO

- 10ª- Segurar a região com a mão não-dominante, esticando a pele com o objetivo de fixar a veia
- 11ª- Colocar o bisel da agulha voltado para cima;
- 12ª- Introduzir a agulha em um ângulo de 45° graus, após penetrar a pele, diminuir o ângulo e progredi direção à veia diminuindo a angulação até que a agulha fique paralela à pele. Introduzir completamente a agulha e observar a presença de retorno venoso.
- 13ª Utilizar uma das mãos para fixar a posição do dispositivo, enquanto a outra testa o refluxo de sangue puxar o êmbolo da seringa;
- 14ª- Fixar o dispositivo com esparadrapo ou micropore, deixando livre o local de conexão para um equip adaptador;



PROCEDIMENTO PARA INSERÇÃO DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO

- 15ª- Anotar na etiqueta e fixar no local da punção: data da punção, nº do jelco e profissional que realizou o procedimento;
- 16ª- Posicionar o paciente confortavelmente;
- 17ª- Deixar a unidade em ordem;
- 18ª- Retirar as luvas;
- 19ª- Higienizar as mãos;
- 20ª- Registrar o procedimento no prontuário do paciente



REFERENCIAS

- 1.Linkania.org/junior/article/view/50/44
2.http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00677.pdf
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviç
- Saúde. **Série – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Medidas de Prevençã Infecção relacionada à Assistência à Saúde.** Brasil: ANVISA, 2013.
- APECIH. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Infecção Associada ao de Cateteres Vasculares.** 3º edição revisada e ampliada. São Paulo: APECIH, 2005.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitário. **Higienização das mãos em Serviços de Sa**
- Brasília: ANVISA, 2008