

A ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária divulgou em 2017 uma série de publicações sobre Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Dentro do “Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde”, há um capítulo especial sobre as recomendações para cateteres periféricos, com informações práticas fundamentais para garantir a segurança do paciente.

As diretrizes envolvem sete tópicos: Higiene das mãos, Seleção do cateter e sítio de inserção, Preparo da pele, Estabilização, Coberturas, Flushing e manutenção do cateter periférico, Cuidados com o sítio de inserção e Remoção do cateter.

Confira o conteúdo na íntegra:

4.1 Recomendações para cateteres periféricos

4.1.1 Higiene das mãos

1. Higienizar as mãos antes e após a inserção de cateteres e para qualquer tipo de manipulação dos dispositivos. (II)

a) Higienizar as mãos com água e sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais.

b) Usar preparação alcoólica para as mãos (60 a 80%) quando as mesmas não estiverem visivelmente sujas.

c) O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo.

4.1.2 Seleção do cateter e sítio de inserção

1. Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso²¹⁻²³. (II)

2. Não use cateteres periféricos para infusão contínua de produtos vesicantes,

para nutrição parenteral com mais de 10% de dextrose ou outros aditivos que resultem em osmolaridade final acima de 900 mOsm/L, ou para qualquer solução com osmolaridade acima de 900 mOsm/L²⁴⁻²⁶. (II)

3. Para atender à necessidade da terapia intravenosa devem ser selecionados cateteres de menor calibre e comprimento de cânula²²⁻²³. (II)

a) Cateteres com menor calibre causam menos flebite mecânica (irritação da parede da veia pela cânula) e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso. Um bom fluxo sanguíneo, por sua vez, ajuda na distribuição dos medicamentos administrados e reduz o risco de flebite química (irritação da parede da veia por produtos químicos).

4. Agulha de aço só deve ser utilizada para coleta de amostra sanguínea e administração de medicamento em dose única, sem manter o dispositivo no sítio²¹⁻²². (II)

5. Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços. As veias de membros inferiores não devem ser utilizadas a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebitides²⁶⁻²⁹. (II).

6. Para pacientes pediátricos, selecione o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila). Evite a área anticubital²⁸. (III)

7. Para crianças menores de 03 (três anos) também podem ser consideradas as veias da cabeça. Caso a criança não caminhe, considere as veias do pé²⁸. (III)

8. Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar sítios no membro não dominante. (III)

9. Evitar região de flexão, membros comprometidos por lesões como feridas abertas, infecções nas extremidades, veias já comprometidas (infiltração, flebite, necrose), áreas com infiltração e/ou extravasamento prévios, áreas com outros procedimentos planejados. (III)

10. Usar metodologia de visualização para instalação de cateteres em adultos e crianças com rede venoso difícil e/ou após tentativas de punção sem sucesso²⁹⁻³². (I)

4.1.3 Preparo da pele

1. Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente²⁸ (III)

2. Em caso de sujidade visível no local da futura punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico³³. (III)

3. O sítio de inserção do cateter intravascular não deverá ser tocado após a aplicação do antisséptico (técnica do no touch). Em situações onde se previr necessidade de palpação do sítio calçar luvas estéreis^{33,34}. (III)

4. Realizar fricção da pele com solução a base de álcool: gliconato de clorexidina > 0,5%, iodopovidona – PVP-I alcoólico 10% ou álcool 70%^{7,33-35}. (I)

a) Tempo de aplicação da clorexidina é de 30 segundos enquanto o do PVPI é de 1,5 a 2,0 minutos. Indica-se que a aplicação da clorexidina deva ser realizada por meio de movimentos de vai e vem e do PVPI com movimentos circulares (dentro para fora) (III). b) Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção (III).

5. A remoção dos pelos, quando necessária, deverá ser realizada com tricotomizador elétrico ou tesouras. Não utilize laminas de barbear, pois essas aumentam o risco de infecção³⁶. (II)

6. Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total²¹. (III)

a) Múltiplas tentativas de punções causam dor, atrasam o início do tratamento, comprometem o vaso, aumentam custos e os riscos de complicações. Pacientes com dificuldade de acesso requerem avaliação minuciosa multidisciplinar para discussão das opções apropriadas.

4.1.4 Estabilização

1. Estabilizar o cateter significa preservar a integridade do acesso, prevenir o deslocamento do dispositivo e sua perda.

2. A estabilização dos cateteres não deve interferir na avaliação e monitoramento do sítio de inserção ou dificultar/impedir a infusão da terapia^{28,1}

3. A estabilização do cateter deve ser realizada utilizando técnica asséptica. Não utilize fitas adesivas e suturas para estabilizar cateteres periféricos^{28,37}. (III).

a) É importante ressaltar que fitas adesivas não estéreis (esparadrapo comum e fitas do tipo microporosa não estéreis, como micropore®) não devem ser utilizadas para estabilização ou coberturas de cateteres.

b) Rolos de fitas adesivas não estéreis podem ser facilmente contaminados com microorganismos patogênicos.

c) Sutures estão associadas a acidentes percutâneos, favorecem a formação de biofilme e aumentam o risco de IPCS.

4. Considerar dois tipos de estabilização dos cateteres periféricos: um cateter com mecanismo de estabilização integrado combinado com um curativo de poliuretano com bordas reforçadas ou um cateter periférico tradicional combinado a um dispositivo adesivo específico para estabilização^{38,39}. (III).

4.1.5 Coberturas

1. Os propósitos das coberturas são os de proteger o sítio de punção e minimizar a possibilidade de infecção, por meio da interface entre a superfície do cateter e a pele, e de fixar o dispositivo no local e prevenir a movimentação do dispositivo com dano ao vaso.

2. Qualquer cobertura para cateter periférico deve ser estéril, podendo ser semioclusiva (gaze e fita adesiva estéril) ou membrana transparente semipermeável^{7,33}.(I)

a) Utilizar gaze e fita adesiva estéril apenas quando a previsão de acesso for menor que 48h. Caso a necessidade de manter o cateter seja maior que 48h não

utilizar a gaze para cobertura devido ao risco de perda do acesso durante sua troca (III).

3. A cobertura não deve ser trocada em intervalos pré-estabelecidos (III).

4. A cobertura deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre quando úmida, solta, suja ou com a integridade comprometida. Manter técnica asséptica durante a troca⁴⁰. (II)

5. Proteger o sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho (III).

4.1.6 Flushing e manutenção do cateter periférico

1. Realizar o flushing e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações²⁸. (III).

2. Realizar o flushing antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis²⁸. (III)

3. Utilizar frascos de dose única ou seringas preenchidas comercialmente disponíveis para a prática de flushing e lock do cateter⁴¹⁻⁴⁴. (III)

a) Seringas preenchidas podem reduzir o risco de ICSRC e otimizam o tempo da equipe assistencial. (III)

b) Não utilizar soluções em grandes volumes (como, por exemplo, bags e frascos de soro) como fonte para obter soluções para flushing. (III)

4. Utilizar solução de cloreto de sódio 0,9% isenta de conservantes para flushing e lock dos cateteres periféricos^{28, 41-45}.

a) Usar o volume mínimo equivalente a duas vezes o lúmen interno do cateter mais a extensão para flushing. Volumes maiores (como 5 ml para periféricos e 10 ml para cateteres centrais) podem reduzir depósitos de fibrina, drogas precipitadas e outros debris do lúmen. No entanto, alguns fatores devem ser considerados na escolha do volume, como tipo e tamanho do cateter, idade do paciente, restrição hídrica e tipo de terapia infusional. Infusões de

hemoderivados, nutrição parenteral, contrastes e outras soluções viscosas podem requerer volumes maiores. (III)

b) Não utilizar água estéril para realização do flushing e lock dos cateteres. (III)

5. Avaliar a permeabilidade e funcionalidade do cateter utilizando seringas de diâmetro de 10 ml para gerar baixa pressão no lúmen do cateter e registrar qualquer tipo de resistência^{28,41-45}.

a) Não forçar o flushing utilizando qualquer tamanho de seringa. Em caso de resistência, avaliar possíveis fatores (como, por exemplo, clamps fechados ou extensores e linhas de infusão dobrados).

b) Não utilizar seringas preenchidas para diluição de medicamentos.

6. Utilizar a técnica da pressão positiva para minimizar o retorno de sangue para o lúmen do cateter^{28,45,46}.

a) O refluxo de sangue que ocorre durante a desconexão da seringa é reduzido com a sequência flushing, fechar o clamp e desconectar a seringa. Solicitar orientações do fabricante de acordo com o tipo de conector valvulado utilizado.

b) Considerar o uso da técnica do flushing pulsátil (push pause). Estudos in vitro demonstraram que a técnica do flushing com breves pausas, por gerar fluxo turbilhonado, pode ser mais efetivo na remoção de depósitos sólidos (fibrina, drogas precipitadas) quando comparado a técnica de flushing contínuo, que gera fluxo laminar. (II)

7. Realizar o flushing e lock de cateteres periféricos imediatamente após cada uso²⁸.

4.1.7 Cuidados com o sítio de inserção

1. Avaliar o sítio de inserção do cateter periférico e áreas adjacentes quanto à presença de rubor, edema e drenagem de secreções por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto e valorizar as queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto, como dor e parestesia. A frequência ideal de

avaliação do sítio de inserção é a cada quatro horas ou conforme a criticidade do paciente^{28, 47}. (III)

a) Pacientes de qualquer idade em terapia intensiva, sedados ou com déficit cognitivo: avaliar a cada 1 – 2 horas.

b) Pacientes pediátricos: avaliar no mínimo duas vezes por turno.

c) Pacientes em unidades de internação: avaliar uma vez por turno.

4.1.8 Remoção do cateter

1. A avaliação de necessidade de permanência do cateter deve ser diária²⁸.

2. Remover o cateter periférico tão logo não haja medicamentos endovenosos prescritos e caso o mesmo não tenha sido utilizado nas últimas 24 horas⁴⁸. (III)

3. O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica deve ser trocado tão logo quanto possível^{49,50}. (III)

4. Remover o cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento^{27,51}.

5. Rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96 h. A decisão de estender a frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá da adesão da instituição às boas práticas recomendadas nesse documento, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril^{27,51}. (II)

6. Para pacientes neonatais e pediátricos, não trocar o cateter rotineiramente. Porém, é imprescindível que os serviços garantam as boas práticas recomendadas neste documento, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril. (II)