



# **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA FLEBITE**

	<b>Nome</b>	<b>Data</b>
<b>Elaborado por:</b>	<b>Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves</b>	<b>01/2022</b>
<b>Aprovado por:</b>	<b>Luis Onofre Rezende de Carvalho</b>	<b>01/2022</b>

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO .....	3
2. OBJETIVO.....	3
3. RESPONSABILIDADE .....	3
4. MATERIAL .....	3
5. PROCEDIMENTO.....	3
6. MEDIDAS DE PREVENÇÃO.....	4
7. AVALIAÇÃO DAS FLEBITES ESCALA DE MADDOX .....	7
8. ESPECIFICAÇÃO DOS TIPOS DE FLEBITE .....	9
9. TRATAMENTO DAS FLEBITES .....	9
10. REFERENCIAS.....	9
11. CONTROLE DE VERSÕES.....	10

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	01/2022
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	01/2022

## 1. APRESENTAÇÃO

A flebite é uma complicação comum associada ao uso de punções vasculares, é considerada uma das mais comuns complicações locais, que se não identificadas e tratadas corretamente estão relacionadas à levada letalidade.

As escalas de avaliação devem ser usadas pela equipe de enfermagem, como instrumento que norteie a aferição dos graus de flebite, objetivando estabelecer um padrão de uniformidade entre os profissionais responsáveis pela terapia.

O acompanhamento do acesso venoso periférico permite prevenirmos flebite e, na ocorrência da mesma, avaliar suas causas.

## 2. OBJETIVO

Apresentar medidas simples e fundamentais para a prevenção das infecções associadas aos acessos vasculares.

## 3. RESPONSABILIDADE

- Equipe de enfermagem
- Médicos

## 4. MATERIAL

- Cateter periférico – Abocath/ Jelco;
- Cateter Venoso Central Totalmente Implantado – Agulha de Huber;
- Antisséptico;
- Luvas de procedimento ou estéril;
- Algodão ou Gaze;
- Fitas para fixação (micropore, esparadrapo, tegaderme, IV fix );
- Material de curativo indicado;
- Bolsa térmica para compressa.

## 5. PROCEDIMENTO

Toda equipe envolvida no processo deve seguir as orientações descritas abaixo e relatar as informações no sistema Tasy – PEP – Escala e Índices – Canto inferior – Maddox.

Todos os pacientes que apresentarem graduação na escala de Maddox a partir de 1 (um) devem ser orientados a retornar a Clínica diariamente para seguimento da lesão que deverá ser registrado no sistema Tasy – PEP – Escala e Índices – Canto inferior – Maddox.

O médico assistente do paciente deve ser informado sobre a ocorrência das flebites para o mesmo estabeleça a melhor conduta terapêutica, caso necessário.

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	01/2022
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	01/2022

## 6. MEDIDAS DE PREVENÇÃO

### Cateteres periféricos

- Higienizar as mãos antes e após a inserção de cateteres e para qualquer tipo de manipulação dos dispositivos;
- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;
- 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;
- Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições do acesso venoso;
- Não use cateteres periféricos para infusão contínua de produtos vesicantes ou outros aditivos que resultem em osmolaridade final acima de 900 mOsm/L, ou para qualquer solução com osmolaridade acima de 900 mOsm/L;
- Para atender à necessidade da terapia intravenosa devem ser selecionados cateteres de menor calibre e comprimento de cânula;
- 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).
- 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 tromboflebites;
- 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.
- Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente;
- Em caso de sujidade visível no local da futura punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico.
- 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;
- Realizar fricção da pele com solução a base de álcool: álcool 70% ou Clorexidina Alcoólica;
- Tempo de aplicação da clorexidina é de 30 segundos deve ser realizada por meio de movimentos de vai e vem.
- Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção;
- 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 infecção.

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	01/2022
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	01/2022

- Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total
- 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.

### **Estabilização**

- Estabilizar o cateter significa preservar a integridade do acesso, prevenir o deslocamento do dispositivo e sua perda;
- A estabilização dos cateteres não deve interferir na avaliação e monitoramento do sítio de inserção ou dificultar/impedir a infusão da terapia;
- A estabilização do cateter deve ser realizada utilizando técnica asséptica.
- 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;
- Rolos de fitas adesivas não estéreis podem ser facilmente contaminados com microorganismos patogênicos;
- 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.

### **Cobertura**

- 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.
- Qualquer cobertura para cateter periférico deve ser estéril, podendo ser semioclusiva (gaze e fita adesiva estéril) ou membrana transparente semipermeável;
- 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;
- A cobertura não deve ser trocada em intervalos pré-estabelecidos;
- 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 troca;
- Proteger o sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho.

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	01/2022
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	01/2022

**Flushing e manutenção do cateter periférico**

- Realizar o flushing e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações<sup>28</sup>.
- Realizar o flushing antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis
- Utilizar frascos de dose única ou seringas preenchidas comercialmente disponíveis para a prática de flushing e lock do cateter.
- Seringas preenchidas podem reduzir o risco de ICSRC e otimizam o tempo da equipe assistencial.
- Não utilizar soluções em grandes volumes (como, por exemplo, bags e frascos de soro) como fonte para obter soluções para flushing.
- Utilizar solução de cloreto de sódio 0,9% isenta de conservantes para flushing e lock dos cateteres periféricos.
- 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.
- Não utilizar água estéril para realização do flushing e lock dos cateteres. (
- 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<sup>28</sup>, 41-45.
- 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 dobrada);
- Não utilizar seringas preenchidas para diluição de medicamentos;
- Utilizar a técnica da pressão positiva para minimizar o retorno de sangue para o lúmen do cateter;
- 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;
- 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;
- Realizar o flushing e lock de cateteres periféricos imediatamente após cada uso.

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	01/2022
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	01/2022

**Cuidados com o sítio de inserção**

- 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.
- Pacientes de qualquer idade em terapia intensiva, sedados ou com déficit cognitivo: avaliar a cada 1 – 2 horas.
- Pacientes em unidades de internação: avaliar uma vez por turno.

**Remoção do cateter**


- A avaliação de necessidade de permanência do cateter deve ser diária;
- O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica deve ser trocado tão logo quanto possível;
- Remover o cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento;
- Rotineiramente o cateter periférico deve ser retirado ao término do tratamento na Clínica, mesmo que seja encaminhada a outra Instituição para término do tratamento.

**7. AVALIAÇÃO DAS FLEBITES ESCALA DE MADDOX**

A avaliação de flebite é realizada através da Escala de Maddox, que tem como parâmetro norteador a graduação da severidade da flebite em relação ao número de sinais flogísticos presentes, sua extensão e intensidade, avalia de 0 que é ausência de sinais e reações até + 5 que determina trombose venosa aparente.

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	01/2022
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	01/2022

Figura 1 . Escala de Maddox

 <b>Escala de Maddox - Flebite</b>		
SÍTIO DE INSERÇÃO ÍNTEGRO	<b>0</b>	Não há sinal de flebite <b>SEM DOR</b>
CONSIDERE APENAS 01 - DOR, RUBOR	<b>1</b>	Possível Início de flebite <b>DOR</b>
CONSIDERE APENAS 02 - DOR, RUBOR, EDEMA	<b>2</b>	Início da flebite <b>DOR MODERADA</b>
CONSIDERE TODOS - DOR, RUBOR, EDEMA	<b>3</b>	Flebite em Evolução <b>DOR MODERADA</b>
CONSIDERE TODOS - DOR, RUBOR DOR, RUBOR, EDEMA, CORDÃO VENOSO	<b>4</b>	Início de Tromboflebite <b>DOR SEVERA</b>
CONSIDERE TODOS DOR, RUBOR, EDEMA, CORDÃO VENOSO, PUS	<b>5</b>	Tromboflebite em Evolução <b>DOR SEVERA</b>

**Nota:** Durante a administração de qualquer medicação, sempre que houver queixas por parte do paciente sobre ardência, incomodo ou dor, a troca do local da punção deve ser feita imediatamente.

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	01/2022
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	01/2022

## 8. ESPECIFICAÇÃO DOS TIPOS DE FLEBITE

Tipo de Flebite	Descrição dos Sinais e Sintomas
Mecânica	O eritema concentra-se no sítio de inserção do cateter e ao longo de sua extensão
Química	O eritema é visível acima da extremidade do cateter e ao longo do trajeto venoso
Bacteriana	Há intenso calor local ao toque e presença de exsudato no sítio de inserção. Podem ocorrer sinais sistêmicos como febre, calafrios e tremores (bacteremia), e evoluir para um quadro séptico grave.
Pós-Punção	Ocorre a formação do cordão fibroso ao longo do trajeto venoso.

## 9. TRATAMENTO DAS FLEBITES

- Se for identificada a flebite, deve-se retirar imediatamente o cateter e comunicar equipe médica;
- Elevação do Membro em que a flebite ocorreu;
- Aplicação de compressas mornas e úmidas nos locais atingidos com intuito de vasodilatação e reduzir o edema.
- Analgésicos para aliviar a dor (Prescrição médica);  
Anti-inflamatórios para diminuir a inflamação (Prescrição médica).

## 10. REFERENCIAS

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Capítulo 3 – Medidas de Prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea. Brasília: Anvisa, 2017. 49-84p;
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (APIC). Implementation Guide. Guide to Preventing Central Line- Bloodstream Infections, 2015;
- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. MMWR; 2011. 83p.

	Nome	Data
Elaborado por:	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	01/2022
Aprovado por:	Luis Onofre Rezende de Carvalho	01/2022

## 11. CONTROLE DE VERSÕES

<b>Versão</b>	<b>Motivo</b>	<b>Data da Revisão</b>
01/2019	Criação	01/2019
01/2022	Revisão - formatação	01/2022
03/2023	Revisão - formatação	03/2023

	<b>Nome</b>	<b>Data</b>
<b>Elaborado por:</b>	Andrea Melo Ribeiro de Pádua Alves	01/2022
<b>Aprovado por:</b>	Luis Onofre Rezende de Carvalho	01/2022