INVESTIGAÇÃO DE ENFERMAGEM SOBRE O USO DE CATETERES VENOSOS EM CLIENTES HOSPITALIZADOS

NURSING RESEARCH ON INTRAVENOUS CATHETERISATION FOR HOSPITALISED PATIENTS.

Iwa Keiko Aida Utyama[1]
Mitsuko Ohnishi [1]
Regina Mariuza Borsato Quesada [2]
Cassia Hitomi Ishioka [3]

RESUMO: Através do presente estudo pode-se concluir que a cateterização intravenosa foi efetuada em 59,4% da amostra por acesso venoso dificultado; em 100% da amostra foi efetuado curativo fechado, sendo que a troca do curativo foi feita a cada 48 horas em 89,8% da amostra; o tempo de permanência do cateter intravenoso foi de até 10 dias em 52% dos casos, sendo que o cateter foi retirado em 34,8% por suspensão da medicação e problemas técnicos, respectivamente. O microrganismo de maior incidência foi *Staphylococcus aureus* em 20,3% da amostra analisada.

UNITERMOS: Cateter venoso - Venossecção - Punção percutânea - Cultura de cateter.

ABSTRACT: This report shows that intravenous catheterisation has been required for 59.4% of the patients in this sample. The main reason identified for catheterisation was the difficulty in accessing peripheral veins. The wound dressing was applied for 100% of the patients and the procedure itself was carried out each 48 hours in 89.8% of them. The intravenous catheter stood for 10 days in 52% of the cases and it was removed in 34.8% for intravenous drugs interruption and the other reasons were related as to technical problems. The most present microorganism was *Staphylococcus aureus* in 20.3% of the catheter cultures.

KEYWORDS: Intravenous catheter - Venesection - Percutaneous puncture - Catheter culture.

[1] Docentes do Departamento de Enfermagem, CCS-UEL
[2] Docente do Departamento de Patologia Aplicada, Legislação e Deontologia, CCS-UEL
[3] Discente do Curso de Enfermagem do CCS-UEL

INTRODUÇÃO

No início do século XIX, o avanço da tecnologia na área da saúde permitiu o progresso das técnicas de infusões venosas, desde a terapia parenteral com utilização de soluções estéreis até o desenvolvimento de dispositivos de administração, ou seja, catéteres especiais e agulhas segundo *Bennett*[2].

Soares & Oliveira[13] referem que, em 1949, obtiveram acesso à veia profunda através da punção da veia subclávia; a partir desta técnica esta veia passou a ser utilizada amplamente na área da medicina para infusão de soluções para hidratação, alimentação parenteral e medida de pressão venosa central.

Entretanto, *Bennett*[2] e *Maki* et al[11] citam que vários autores colocam que as complicações infecciosas dos acessos venosos centrais inseridos por punção percutânea ou dissecção (flebotomia) implicam na fonte de infecção do doente. Ainda citam que a maioria das infecções relacionadas aos acessos venosos centrais iniciam com infecções locais do curativo da punção do catéter venoso causadas por microorganismos da própria flora cutânea.

Sabendo-se que a capacidade de cicatrização dos ferimentos é um processo fisiológico inerente a todo organismo vivo, destinado à reparação dos tecidos lesados como citam *Koch*[9] e *Davis*[3], alguns autores referem que numerosas experiências mostram que não há uma substância conhecida para uso tópico ou geral que acelere a cicatrização fisiológica normal.

Fuerst & Wolff[6], referem que as respostas do corpo às lesões e ao processo de cicatrização são ambos mecanismos de proteção normais e a ciência moderna não descobriu nenhuma maneira de melhorá-los; no entanto, são usados diferentes agentes terapêuticos, porém nenhum é suficiente por isso. Ainda os mesmos afirmam que a cicatrização é melhor estimulada mediante um bom funcionamento fisiológico de todo o organismo e tem sido comprovado que as feridas curam com maior rapidez quando o paciente goza de equilíbrio eletrolítico, de adequada nutrição e repouso e acrescentam que algumas atitudes podem ser tomadas para ajudar ou dar apoio a estes mecanismos, realizando curativo com técnica asséptica, troca regular dos curativos.

Duarte et al[4] sugere que a infecção do catéter venoso ocorre a partir de microorganismos provenientes da pele; portanto deve-se realizar o curativo com

finalidade de prevenir a contaminação das feridas e reduzir a infecção sobre a ferida, como citam *Kozier*[10] e *Dugas*[5]

Diante de todas as considerações dos autores, surge uma série de questionamentos sobre as metodologias utilizadas para se diagnosticar que a principal fonte de infecção do paciente seja por punções percutâneas ou dissecções venosas.

O presente estudo tem como objetivo verificar se as colocações dos autores acima citados sobre as complicações infecciosas são corretas, questionando o tipo de venossecção, sexo, idade, tempo de permanência, motivo de cateterização, motivo da retirada, incidência e classificação dos microrganismos.

METODOLOGIA

A amostra será constituída pelos pacientes de ambos os sexos, com catéter intravenoso (intracater e flebotonia), internados nas seguintes unidades: médico-cirúrgico, tisiologia e semi-intensivo do Hospital Universitário da Região Norte do Paraná (HURNP), em Londrina - Pr.

A amostra é constituída de 26 pacientes e a coleta efetivada no período de janeiro a dezembro de 1995, através dos prontuários dos pacientes. A tabulação dos dados foi efetuada manualmente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o sexo, pode-se verificar que o masculino se destacou com 54% e o feminino com 46%.

Em relação à idade, a maior incidência ficou para os indivíduos acima de 61 anos, com 38,5%. Levou-se em consideração a deficiência imunológica do indivíduo idoso e a demora em processos de cicatrização por déficit nutricional.

O tipo de venossecção mais utilizado encontrado nas investigações foram as flebotomias, com um total de 26%, e intracater, 17%, isto porque alguns pacientes tiveram a necessidade dos dois tipos de venossecção para alimentação parenteral e verificação de pressão venosa central.

O tempo de permanência da flebotomia foi de 6 a 10 dias (34,6%) e 26 a 30 dias (15,4%); intracater, 6 a 10 dias (41,2%) e 11 a 15 dias (20,4%). De acordo

com bibliografias, constatou-se que o prazo ideal seria de 9 a 10 dias para a retirada do catéter. Pode-se verificar que o motivo da cateterização mais usado era para infusão venosa, com 37,2%, dentro da nutrição parenteral, antibioticoterapia e verificação do PVC; perda de catéter - 32,5%, levando-se em consideração a excessiva manipulação do catéter pelos profissionais da equipe de saúde e também do paciente.

Motivos da retirada por suspensão da medicação ou infiltração - 27,9%. Acredita-se ocorrer por tracionamento do catéter decorrente da realização inadequada do curativo e infecção - 23,3%, sendo o microorganismo mais encontrado *Staphylococcus aureus* (23,5%) e *Acynetobacter carboacétius* (17,6%) .

Nota-se, de acordo com bibliografias, que o crescimento das infecções estafitocócicas nos hospitais se dá na maioria das vezes pelo relaxamento dos procedimentos assépticos; o excesso de confiança nos antibióticos e o seu uso inadequado leva à resistência do indivíduo. A infecção causada pelo Acynetobacter carboacéticus faz acreditar-se que o pessoal da área hospitalar é o principal reservatório das infecções, pois é uma bactéria Gram (-) não fermentada e que cresce principalmente em ambiente hospitalar.

CONCLUSÃO

Através dos dados encontrados no presente estudo, conclui-se que o alto índice de infecção em pacientes com venossecção foram pela bactéria *Staphylococcus aureus* como já foi visto na discussão. Acredita-se que isto se dá pela excessiva manipulação e inadequada técnica asséptica utilizada pela equipe durante a realização de procedimentos ligados ao catéter, como falta de conscientização da equipe, levando à contaminação dos catéteres intravenosos e a possíveis complicações.

A própria bactéria Staphylococcus aureus é uma Gram (+) distribuída pela pele e mucosa do homem e animais; causa grande número de infecções no homem e vai depender do número e da via de introdução de seus produtos tóxicos e da exposição prévia ao microorganismo.

Considerando-se as colocações acima relacionadas à conscientização da equipe de saúde na utilização da técnica asséptica desde a instalação, curativo e

retirada do catéter, não deixando de lado a saúde geral e o estado nutricional do indivíduo, chega-se à infecção endógena.

BIBLIOGRAFIAS

1. BAUER, Liliane et al. Flora cutânea: fonte de contaminação de cateteres venosos centrais? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis-SC. 1989. *Programa*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1989.
2. BENNETT, P. J. Use of intravenous catheters. Medical Memoranda. *Brit.Med.J.* , v. 2, p. 1252, 1963.
3. DAVIS, Loyal. Chistopher. Clínica cirúrgica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1961. p. 21 - 40.
4. DUARTE, E. R. M. et al. O que o enfermeiro deve saber sobre o curativo. In:CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis - SC. *Programa*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1989.
5. DUGAS,K. *Enfermagem prática.* 3 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
6. FUERST, E. & WOLFF, L. U. *Fundamentos de enfermagem.* 5. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1974.
7. HADDAD,M. C. et al. Praticidade e eficiência das ações de enfermagem nos curativos de sondas, drenos e cateteres. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36,1984, Belo Horizonte- MG. *Programa*. Belo Horizonte: 1984.
8. HOWES, E. L. et al. Retardation by cortisone of woond healing. *Surgery*. p. 177, 1950.
9. KOCK, R. M. tratamento de feridas - princípios e cuidados de enfermagem. *Novas Dimensões.* São Paulo, v. 3, n. 1., p. 42-45, 1977.
10. KOZIER, D. *Tratado de Enfermagem Prática.* México: Interamericana, 1970.

11. MAKI, D. G. et al. Infection control intravenous therapy. *Ann. Intern. Med.*, v. 79, p. 876-887, 1973.

12. ROBAZZI, M. L. et al. Cateteres intravenosos-estudo de condições bacteriológicas e avaliação da assistência de enfermagem. *R. Bras. Enferm.*_ Brasilia, v.37, n.1, p. 18-25, 1984.

13. SOARES NETTO, J.J. ; OLIVEIRA, J.R. Cateterização percutânea da veia subclávia: análise e procedimentos do método. *Enf. Novas Dimensões,* São Paulo, v. 2, n. 6, p. 327-329. dez., 1976.