

sobre o tórax do paciente na linha dos mamilos. Com o auxílio de uma outra régua graduada posicionada perpendicularmente ao tórax, registrar o valor de encontro das duas réguas (altura do tórax);

- Marcar no paciente a metade da altura encontrada (corresponde a linha axilar média, ou seja, átrio direito) = ponto zero.
- A partir do sinal marcado, utilizar a régua de nível para marcar o ponto zero na fita graduada de PVC que será fixada no suporte de soro;
- Fixar o equipo da PVC sobre a fita graduada, tendo-se o cuidado de fixar o início da bifurcação do equipo no ponto zero;
- Abrir a pinça do equipo de PVC, enchendo assim o equipo estendido sobre a fita graduada (coluna d'água), fechando-se a seguir o circuito;
- Interromper a infusão intravenosa que o paciente está recebendo;
- Abrir a via da torneirinha que comunica o soro da coluna d'água com a veia do paciente;
- Observar quando o soro começa a oscilar;
- Fazer a leitura do valor da PVC sobre a fita graduada;
- Fechar o circuito da PVC e permitir que a infusão endovenosa corra conforme o prescrito;
- Posicionar confortavelmente o paciente e encher a coluna de líquido no máximo para posterior leitura;
- Anotar no prontuário o valor medido.

7.23.5 Valores de PVC

- A faixa de valores normais da PVC varia de 0 a 4 cm/H₂O no átrio direito e de 8 a 12 cm/H₂O na veia cava, tendo como ponto de referência a linha média axilar.

7.23.5.1 Causas de PVC Alta

- Hipervolemia, embolia pulmonar, insuficiência cardíaca, vasoconstricção e outros.
- 7.23.5.2 Causas de PVC Baixa
- Hipovolemia por perda de líquidos (diarréia, vômitos, queimaduras ou ascite) ou por perda de sangue (hemorragias), vasodilatação e outros.

7.23.6 Complicações do Caterer Venoso Central

- Tromboembolia, pneumotórax, hemotórax, hidrotórax, flebite com infecção da incisão, sepse, embolia aérea, hemorragias e punção do miocárdio.

7.23.7 Causas e Erro na Verificação Exata da PVC

- Posicionamento inadequado do paciente, respiradores mecânicos, desnível do ponto zero, obstrução do cateter por coágulo ou acotovelamento, gotejamento de outros soros.

7.23.8 Cuidados e Observações

- Após a instalação do cateter venoso, como medida de segurança deve ser solicitado pelo médico uma radiografia torácica para verificar a posição do cateter na veia cava;
- Antes de verificar a PVC, observar se o cateter venoso está com um bom fluxo e se a coluna de líquido desce rapidamente;
- Verificar a PVC sempre com o paciente na posição em que foi determinado o ponto zero;
- Sempre que o paciente estiver em uso de respirador mecânico, retirá-lo para verificação da PVC – O aumento da pressão intralveolar provocada por respiração artificial em graus variados a circulação pulmonar, dando um aumento artificial da PVC;
- Não se deve verificar a PVC com soluções que contenham medicamentos que exijam controle rigoroso e cujo aumento ou redução da dosagem possam provocar oscilações bruscas da pressão arterial e frequência respiratória. Portanto, o soro deve ser puro;
- Após a verificação da PVC, não se esquecer de abrir o soro a fim de evitar a obstrução do cateter;
- Caso o paciente esteja recebendo sangue, lavar o intracath ou flebotomia com 20 ml de soro fisiológico antes da verificação da PVC;
- A verificação da PVC deverá ser feita com rapidez e segurança, de modo a prevenir a obstrução do cateter;
- Observar as oscilações máximas e mínimas, que são sincronizadas com a frequência dos movimentos respiratórios; o valor da PVC será o meio de ambas ou a mínima;
- Trocar o curativo da punção de subclávia ou dissecação da veia a cada 48 horas ou sempre que necessário;
- Quando tiver dúvida sobre o valor da PVC, deixar sempre uma interrogação após a anotação;
- A PVC como dado isolado tem pouco valor. Deverá ser considerada em conjunto com outros sinais como: pressão arterial, volume urinário;
- Se a PVC não estiver funcionando (descida da coluna difícil e não oscilante) fazer anotação e comunicar a chefia do setor e médico assistente;
- Sempre que um paciente apresentar uma PVC acima de 15cm/H₂O, diminuir o gotejamento (manter veia) e comunicar a chefia do setor e médico assistente;
- Após a punção de subclávia ou flebotomia observar sangramentos, infiltração e possíveis complicações como: enfisema subcutâneo, pneumotórax, dor, febre, etc.;
- A coluna de líquido deverá estar sempre cheia e fechada para evitar contaminação;
- Na presença de infecção no local de punção ou suspeita de sepsis o catéter deverá ser retirado e encaminhar a ponta do mesmo para cultura, comunicar a CCIH ou laboratório de microbiologia.

7.24 Diálise Peritonial

7.24.1 Conceito

É um substituto para a função renal durante a insuficiência renal. O peritônio é usado como uma membrana dialisadora. Consiste em sucessivas infusões de solução dialisadora (cuja composição eletrolítica é semelhante à do sangue) na cavidade peritonial, através de um cateter abdominal, com a finalidade de ajudar a retirada de substâncias tóxicas e de produtos metabólicos e de remover o excesso de líquido corporal.

A membrana do peritônio é semipermeável, o sangue como está mais concentrado devido ao não funcionamento renal perde elementos para a solução, até ocorrer o equilíbrio.

Faz-se troca desta solução por outra sucessivamente por um período de 12 a 36 horas ininterruptas até baixar os níveis de elementos tóxicos no sangue.

7.24.2 Material

- 1 bandeja de diálise peritonial
- Materiais acessórios
- Trocater universal;
- Fio de sutura;
- Equipo para diálise;
- Cateter para diálise;
- Luvas estéreis e de procedimento;
- Anestésico local; Anti-séptico (Clorexidina ou PVPI tópico);
- Esparadrapo;
- Solução e medicação prescritas;
- Bolsa coletora de urina;
- Seringa descartável de 10 ml e 20 ml;
- Agulhas;
- Lâmina de bisturi nº 11.

7.24.3 Procedimento

- Antes da instalação do cateter:
- Lavar as mãos com água e sabão; secar e fazer antisepsia com álcool 70%;
- Reunir todo o material e levar até o paciente;
- Pesquisar o paciente, se possível;
- Esvaziar a bexiga do paciente antes do procedimento;
- Verificar sinais vitais;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e explicar o que será feito, para obter sua colaboração se possível;
- Abrir o material de maneira asséptica;
- Auxiliar o médico durante o procedimento;
- 7.24.4 Após o Procedimento:
- Realizar curativo oclusivo e datar;
- Adaptar o equipo de diálise à extremidade do cateter;
- Instalar a solução dialisadora previamente aquecida (+/- 37º), (de acordo com a prescrição);
- Após o procedimento, desprezar o material em local adequado;
- Retirar luvas e lavar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário do paciente.

7.24.5 Após a Instalação do Cateter:

- Fazer sempre curativo oclusivo; a troca deve ser realizada a cada 48 horas ou sempre que necessário;
- Verificar sinais vitais após cada ciclo (20 sessões de troca) ou conforme rotina do setor;
- Pesquisar o paciente em jejum na fase pós-drenagem e antes da infusão e com a bexiga vazia, diariamente (se possível);
- Fazer anotação criteriosa da diálise em impresso próprio;
- Fazer ou auxiliar mudanças de decúbito;
- Não colocar cobertas sobre o cateter para evitar compressão ou dobraduras do sistema;
- Observar possíveis complicações: traumatismos de vísceras abdominais, peritonites, sangramentos, choque (dor intensa, edema, distensão, febre, hipotensão, palidez, sudorese, taquicardia), desconforto respiratório, obstrução do cateter;
- Na presença de febre não iniciar novo banho de diálise antes de inspecionar o local de inserção do cateter, devido ao risco de contaminação do peritônio.

7.24.6 Manutenção

- Verificar e anotar o peso e sinais vitais do paciente;
- Posicionar o paciente na posição de decúbito dorsal;
- Lavar as mãos com água e sabão, secar e fazer antisepsia com álcool 70%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Preparar os banhos deslizantes (tipo de solução, medicamentos acrescidos e volume), conforme prescrição médica;
- Para fazer a troca dos frascos ou bolsas de solução dialisadora, fazer antisepsia das conexões com gaze embebido com álcool 70% antes de abrir o sistema. A antisepsia diminui o risco de contaminação dentro do lumem do cateter (intraluminal);
- Instalar a solução dialisadora, previamente aquecida a 37º C em (2 frascos de 1000 ml) e deixar infundir continuamente sem controle de gotejamento;
- Se o paciente referir forte algia abdominal, pode-se mudar para decúbito lateral suavemente;
- Após a infusão do líquido de diálise, fechar o sistema por tempo definido pela prescrição médica (+/- 20 min.);
- Após o tempo determinado, deve-se abrir o sistema de diálise e deixar a solução dialisadora fluir continuamente sob a ação da gravidade, até cessar a drenagem, não devendo ultrapassar 50 minutos;
- Anotar início, duração, volume infundido e drenado em impresso próprio;

- Proporcionar cuidados e conforto ao paciente;
- Observar coloração de líquido drenado
- Ao terminar a diálise, avaliar e anotar as condições do paciente;
- Na presença de complicações comunicar a chefia do setor e o médico assistente.

7.25 Medicação via parenteral

7.25.1 Objetivo

É a administração de um agente terapêutico por via diferente à do aparelho digestivo, através da introdução do mesmo nos órgãos ou tecidos por meio de pressão. Esta via é utilizada principalmente para a obtenção de um efeito rápido e praticamente instantâneo, bem como na manutenção do nível diário de determinadas drogas.

7.25.2 Material

- Bandeja
- Algodão embebido com álcool a 70%;
- Medicamento prescrito;
- Ampola com água destilada ou soro fisiológico;
- Adesivo para identificação;
- Seringa e agulha;
- Garrote;
- Cuba rim.

7.25.3 Procedimento

- Lavar as mãos com água e sabão, secar e fazer antisepsia com álcool 70%;
- Usar máscara ou não conversar, tossir, espirrar ou soprar durante o procedimento.
- Verificar a prescrição com respeito a horário, medicamento, dosagem, via de administração e nome/leito do paciente;
- Ler com atenção o rótulo do medicamento. Ver validade e verificar mudança de coloração ou presença de substâncias estranhas;
- Verificar se a dose prescrita coincide com a dose do frasco ou se há necessidade de fazer diluição;
- Escolher a seringa e agulha apropriada para a técnica a ser utilizada;
- NÃO CONTAMINAR o bico;
- O êmbolo: apenas tocar na parte que não encaixa no cilindro;
- Manter a agulha protegida;
- Concentrar todo o líquido na parte inferior da ampola;
- 7.25.4 Se for Ampola
- Fazer antisepsia do gargalo da ampola com gaze embebido com álcool a 70%;
- Testar a agulha e seringa adaptadas, empurrando e puxando o êmbolo;
- Introduzir só a agulha dentro da ampola e aspirar a quantidade necessária de medicamento para a seringa;
- Proteger a agulha com o protetor próprio ou com a ampola vazia;
- Retirar o ar da seringa deixando apenas o conteúdo líquido

7.25.5 Manuseio de Soros Parenterais de Frascos Plásticos

7.25.5.1 Objetivo

É a introdução de grandes quantidades de líquidos na veia com a finalidade de hidratar, repor volume ou alimentar paciente.

7.25.5.2 Material

- Frasco com solução prescrita;
- Equipo de soro;
- Cateter endovenoso (abocath);
- Esparadrapo e garrote;
- Algodão embebido com álcool 70%;
- Cuba rim.

7.25.5.3 Procedimento

- Observar a prescrição de soro parenteral e transcrever todos os itens no rótulo impresso do hospital.
- Verificar se não há turbidez ou depósito no interior do frasco. Se houver, encaminhe o frasco fechado para a farmacêutica da CCIH;
- Lavar as mãos com água e sabão, secar e fazer a antisepsia com álcool 70%;
- Separar a medicação prescrita;
- Passar algodão embebido com álcool a 70% na haste do soro;
- Se necessário auxílio para abrir frascos de soros, usar dispositivo de uso único, descartável;
- Antes de abrir ampolas, fazer antisepsia do gargalo com algodão embebido com álcool a 70%, usando o mesmo como auxílio para quebrar a ampolas;
- Instalar o equipo com técnica asséptica e retirar o ar;
- Colocar o rótulo no frasco de soro;
- Levar o material até o paciente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Para instalação da fluidoterapias, seguir rotina de PUNÇÃO E INFUSÃO

VENOSA PERIFÉRICA

- Datar equipo e abocath;
- Após o procedimento, desprezar o material em local adequado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar o procedimento no prontuário médico.
- Lavar as mãos
- 7.25.5.4 Cuidados e Observações
- Trocar as soluções no máximo em 24 horas, principalmente as isotônicas. Ex. glicose;
- Trocar o equipo a cada 72 horas;
- Trocar o abocath preferencialmente a cada 72 horas, afim de evitar flebites e permitir o reaproveitamento da veia após o período.

CONTINUA NO CADERNO 9