

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANDRÉA MARIA MENDONÇA BARRETO DE SOUZA

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE PICC EM
UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANDRÉA MARIA MENDONÇA BARRETO DE SOUZA

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE PICC EM
UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção saúde materna, neonatal e do lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Andreia Tomazoni

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE PICC EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL** de autoria do aluno **ANDRÉA MARIA MENDONÇA BARRETO DE SOUZA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde materna, neonatal e lactente.

Profa. Msc. Andreia Tomazoni
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
3 METODOLOGIA.....	05
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	06
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS.....	14
APÊNDICES.....	16

RESUMO

Estudo de revisão narrativa de literatura, que teve como objetivo desenvolver um protocolo assistencial para inserção e manutenção do cateter venoso central de inserção periférica (PICC) em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital público do município de Aracaju, Sergipe. Realizou-se busca no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, além de livros e manuais referentes ao cateter venoso central de inserção periférica, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2014. O protocolo foi desenvolvido baseado na literatura consultada, abordando os seguintes tópicos: indicações; contra-indicações; vantagens; desvantagens; complicações possíveis; parâmetros para remoção; inserção; manutenção; e remoção do PICC. Concluiu-se que a assistência com relação ao cateter venoso central de inserção periférica necessita de atualização e treinamento da equipe de enfermagem, e a padronização de protocolos que orientem as ações da equipe são fundamentais para garantir um cuidado de qualidade e seguro.

Palavras-chave: Cateter Venoso Central de Inserção Periférica; Enfermagem; Protocolos.

1. INTRODUÇÃO

O PICC - Cateter Venoso Central de Inserção Periférica foi descrito pela primeira vez em 1929, pelo médico alemão Forssman, porém, no Brasil começou a ser utilizado em 1990, principalmente em neonatologia e oncologia. Trata-se de um cateter longo e flexível, produzido em poliuretano ou silicone, monolúmen ou duplo lúmen, inserido em uma veia periférica por meio de uma agulha introdutora, progredindo até o terço inferior da veia cava superior ou terço superior da veia cava inferior, adquirindo características de acesso venoso central (VIZCAYCHIPI et al., 2013).

A inserção do PICC consiste em um procedimento bastante delicado, com menor risco e sequelas que a flebotomia, necessitando de profissionais capacitados e qualificados. Uma das conquistas da profissão da Enfermagem foi a passagem, manutenção e manipulação do PICC, sendo esta uma atividade realizada por enfermeiros que tenham realizado curso de capacitação para tal, amparada pela Lei 7498/86 e nas seguintes legislações: Decreto 94406/87, as Resoluções do Código de Ética dos Profissionais Enfermagem (COFEN) nº 240/2000, e, COFEN nº 258/2001 (Site COFEN).

O PICC também representa o lado humanizado do cuidado, já que para o recém-nascido (RN) e sua família existem muitas vantagens, como a diminuição da quantidade de punções venosas, menor ocorrência de flebites, menor necessidade de tricotomia de couro cabeludo, tornando a experiência do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) mais humana e menos traumática.

As boas práticas da enfermagem são de suma importância para evitar perdas por obstrução, tração, rompimento, como também durante a passagem do PICC para evitar flebites químicas e mecânicas. Portanto para que a terapia com o PICC seja efetiva, depende quase que exclusivamente dos cuidados da enfermagem antes, durante e, principalmente, após o procedimento.

Há estudos que indicam que o PICC pode ser escolhido para terapias de longa duração, de uma semana a meses. Segundo o Manual da Anvisa - Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde em Neonatologia, não há recomendação para a troca rotineira de nenhum acesso venoso central em neonatologia. Contudo, a necessidade da troca pode ser baseada na presença de sinais flogísticos ou alterações de exames laboratoriais. De

acordo com as diretrizes da *Infusion Nurses Society*, de 2008, o PICC só deve ser removido em casos de suspeita de infecção ou outras complicações não resolvidas, acompanhando o sítio constantemente já que não há intervalo para remoção, porém seguindo um protocolo institucional de acordo com dados da comissão de controle de infecção hospitalar (VIZCAYCHIPI et al., 2013).

Assim, é fundamental garantir a qualidade de assistência na utilização do PICC por meio da atualização dos profissionais e utilização de instrumentos que facilitem e orientem a prática do cuidado. Dessa maneira, a proposta desta pesquisa originou-se diante dos problemas levantados em uma UTIN, no qual se criou uma comissão de profissionais para buscar melhorias com relação à utilização e manutenção dos acessos venosos. A primeira conduta desta comissão foi a confecção de protocolos de acessos venosos, em especial do PICC.

Diante do exposto, o objetivo geral deste estudo foi desenvolver um protocolo assistencial sobre a inserção e manutenção do PICC em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de uma maternidade pública no município de Aracaju, Sergipe.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O PICC é um dispositivo para punção de acesso venoso e desde que foi difundido no Brasil em 1990, foi muito bem aceito em neonatologia, o que ajudou muito na redução do stress e sobrevida dos RNs. O acesso venoso dos RNs é frágil, fino e, quando precisam fazer uso de medicações venosas de duração prolongada passam por várias punções venosas, muitas vezes por tentativas frustradas, por perdas constantes pelo manuseio, banho, ou então é necessário fazer uma flebotomia ou venodissecação que gera a inutilidade da veia pelo resto da vida.

Este dispositivo é inserido por meio de uma veia periférica do membro superior, inferior, acesso jugular ou axilar, que progride com a ajuda do fluxo sanguíneo, até o terço médio da veia cava superior ou inferior, adquirindo características de acesso venoso central (VIZCAYCHIPI et al., 2013). Apesar de ser considerado um procedimento que pode apresentar riscos, ao ser comparado outras modalidades de acessos centrais se torna muito mais aceitável uma vez que a veia puncionada não fica inutilizada. Na prática, via-se que a inutilidade das veias era um grande problema na vida dos RNs, principalmente os crônicos que futuramente poderiam necessitar de medicações venosas.

Quando o RN nasce e vai para uma UTIN, a depender da gravidade do mesmo, o acesso venoso de primeira escolha é o cateterismo umbilical, para dar início à terapia medicamentosa. O cateterismo umbilical é procedimento médico, pode ficar a nível central ou periférico, e o tempo de permanência está relacionado ao tempo de vida do RN, quando da realização do procedimento: até seis horas de vida recomenda-se que se retire em cinco dias, ou se mais de seis horas de vida retira-se em três dias (NOGUEIRA, 2004). Após esse período e, se o RN ainda estiver precisando de acesso venoso central, a indicação será o PICC.

O PICC deve ser indicado antes que a rede venosa do RN esteja prejudicada por múltiplas punções. Entre as principais indicações do PICC estão: terapias endovenosas prolongadas; antibiótico terapia; Nutrição Parenteral Total (NPT); drogas antineoplásicas, vesicantes, irritantes, vasoativas e soluções hipermolares; e, RN prematuro de muito baixo peso (VIZCAYCHIPI et al., 2013). Portanto, a maioria dos RNs internados em UTIN se encaixa em alguns desses itens, sendo o uso do PICC muito frequente nessas unidades. Porém a perda do PICC também é muito frequente, seja por obstrução, quebra, exteriorização, devendo haver uma conscientização por parte de toda a equipe e dos pais para os devidos cuidados.

Contudo, também existem contra indicações, das quais trombose venosa, plaquetopenia, única opção de punção, infusão de hemoderivados, infecções ou escoriações no local da passagem e da fixação (MAGALHÃES et al., 2013).

O procedimento para passagem do PICC é totalmente estéril, que pode e deve ser realizado dentro da própria unidade onde se encontra o RN devendo o ambiente estar tranquilo, com boa iluminação e, caso os pais desejem acompanhar o procedimento não existe contra indicação, de certa forma até ajuda a acalmar e acalantar seu bebê. Por ser um procedimento complexo deve ser realizado por dois profissionais, enfermeiro e/ou médico, sendo pelo menos um deles habilitado e o outro treinado.

Em estudo realizado na UTIN do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entre o período de março a setembro de 2006, foram instalados 37 PICCs, sendo que as veias mais puncionadas foram as do membro superior direito, e as principais causas de remoção foram: infecção do cateter (11), término da terapia venosa (7) e obstrução (7) (CAMARGO et al., 2008).

Em outro estudo na cidade de São Paulo, em uma maternidade particular, foram analisados 45 prontuários de RN em 2009 e observou-se que 29 acessos tiveram retiradas eletivas, 7 (15,4%) foram retirados devido à ruptura, 5 (11%) por oclusão, 2 (4,4%) por motivos acidentais e 2 (4,4%) por óbito, mostrando que a assistência de enfermagem é de suma importância para a manutenção do PICC (COSTA et al., 2001).

Em uma instituição particular de Juiz de Fora, foi realizado uma pesquisa em 73 prontuários de RNs que fizeram uso de PICC, as veias basilicas e cefálicas foram as mais utilizadas, seguida de safena e axilar, e o rompimento do cateter foi o principal fator de retirada do acesso (MOTTA, et al., 2011).

Estudo de revisão de literatura no período de 2003 à 2012, mostrou a manutenção diária do acesso como a grande problemática enfrentada pela equipe de enfermagem, com a sugestão de criação de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos protocolos institucionais, sendo a manutenção o maior ponto de discussão da literatura (CAVALCANTE, 2012).

De todos os artigos citados, o cuidado de enfermagem na manutenção da viabilidade do acesso sempre é mencionado e, indiretamente, apontado como a principal causa da retirada não eletiva do PICC.

3. METODOLOGIA

Este estudo buscou desenvolver uma tecnologia de cuidado da Enfermagem com relação à utilização do PICC em neonatologia, por meio da revisão narrativa de literatura, utilizando livros, protocolos e o banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), utilizando as palavras chave: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Cateter Central de Inserção Periférica, Enfermagem. Segundo Gil (1996), a revisão de literatura pode ser elaborada “a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e, atualmente, material disponível na internet”.

Após a seleção dos artigos pertinentes ao tema de estudo, foi desenvolvido um protocolo assistencial para inserção e manutenção do PICC em uma UTIN, abordando suas vantagens, desvantagens, indicações, contra indicações, quando retirá-lo e como, quais os cuidados em casos de complicações. Além da elaboração do protocolo, foi utilizado o conhecimento da experiência prática da autora com relação ao PICC, alicerçado na literatura científica, e desenvolvido instrumentos de registro para futura análise e avaliação de melhorias no desenvolvimento deste processo, bem como orientações para a equipe de enfermagem fixadas no leito do RN e a elaboração do Termo de Consentimento dos pais ou responsáveis para passagem do PICC.

O protocolo será implementado em uma UTIN de uma maternidade de alto risco do município de Aracajú - Sergipe, com o objetivo de melhorar a qualidade de assistência de enfermagem prestada aos RNs em uso de PICC, a fim de que se possa diminuir o número de cateteres perdidos seja por infiltração, exteriorização, quebra ou obstrução. Após o desenvolvimento do protocolo, este será discutido com a comissão de acesso venoso da instituição, e também será avaliado pelo gerente do setor, núcleo de educação permanente, e comissão de controle de infecção hospitalar. Serão consideradas sugestões de mudanças, para então, começar um treinamento educativo com a equipe da UTIN.

As considerações éticas foram respeitadas conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas com seres humanos, contudo ressalta-se que este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética, visto que se trata de um estudo de caráter de revisão bibliográfica para o desenvolvimento de uma tecnologia de cuidado.

4. RESULTADO E ANÁLISE

Os resultados deste estudo, obtidos por meio da revisão da literatura científica, serão abordados a seguir, em forma de itens conforme formato proposto para um protocolo. Além da elaboração do protocolo, apresentam-se os resultados da elaboração de instrumentos de registro para análise e avaliação de melhorias (Apêndice 1 e 2); instrumento educativo para a equipe de enfermagem fixado no leito do RN (Apêndice 3), e a elaboração do Termo de Consentimento para o procedimento de PICC (Apêndice 4).

4.1 Protocolo para uso do PICC:

Indicações

- Obter e manter acesso venoso profundo por tempo prolongado;
- Necessidade de administrar soluções hiperosmolares, vesicantes e irritantes à rede venosa (Ex: nutrição parenteral, solução glicosada em concentração maior que 12,5%, aminas vasoativas);
- Prematuridade do recém-nascido;
- Jejum prolongado;
- Imaturidade da ingesta via oral;
- Antibioticoterapia prolongada;
- Desnutrição;
- Recém-nascidos submetidos a cirurgias;
- Recém-nascidos portadores de síndromes e malformações.

Contra- Indicações

- Administrar grandes volumes “em bolus” e sob pressão;
- Coleta de sangue para exames;
- Infusão de hemocomponentes;
- Lesões dérmicas próximas ao local de inserção do cateter;
- Alterações anatômicas (estruturais ou venosas que impossibilitem o processo);

- Policitemia pelo risco de obstrução do cateter em função da viscosidade sanguínea;
- Plaquetopenia;
- Coagulopatias;
- Recusa dos responsáveis.

Vantagens

- Confiabilidade do acesso;
- Mantêm preservados demais acessos venosos devido à diminuição de venopunções repetidas;
 - Inserção menos traumática proporcionando menor desconforto e dor para o RN e conseqüentemente diminuição do estresse;
 - Menor risco de contaminação e maior tempo de permanência;
 - Menor risco de infecção em relação a outros dispositivos vasculares centrais;
 - Menor risco de ocorrer flebite química, extravasamento e infiltração de líquidos;
 - Maior facilidade de inserção/manuseio quando comparado com outros dispositivos vasculares;
 - Diminuição do estresse da equipe e do recém-nascido pelas punções repetitivas;

Desvantagens

- Relacionada ao tipo de material, o cateter de silicone possui baixa resistência e pode ser facilmente rompido, caso não seja manipulado com delicadeza;
 - Sendo passado por enfermeiro, não é suturado, fica solto e o que prende é apenas o curativo;
 - Requer acesso em veias calibrosas e íntegras;
 - Necessidade de manutenção diária;
 - Requer qualificação profissional para realização do procedimento.

Complicações possíveis

- Flebite química e mecânica;
- Infiltração;

- Obstrução do cateter;
- Ruptura do cateter;
- Arritmia cardíaca;
- Embolia pulmonar;
- Trombose;
- Infecção.

Parâmetros para remoção do PICC

- Complicações não resolvidas com as intervenções de enfermagem e médica;
- Melhora clínica do recém-nascido.

Inserção do Cateter

➤ **Procedimento para inserção:**

- Checar autorização por escrito dos pais (Termo de Consentimento);
- Colocar gorro e máscara;
- Lavar as mãos rigorosamente;
- Avaliar condições clínicas do recém-nascido, condições da pele e rede venosa:

OBS: dar preferência às veias do membro superior, considerando como primeira opção as veias basilicas e cefálicas, por serem menos tortuosas e com menor número de válvulas. Contudo, pode-se utilizar veias axilar, temporal, retro auricular, jugular externa, femoral e safena.

- Características das veias escolhidas: palpáveis, calibrosas, e “retas” o suficiente para a inserção e adequação da agulha introdutória.

- Preparar todo material necessário;
- Medir circunferência do membro da punção;
- Mensurar a distância do percurso com o braço do recém-nascido em 90°:

Cabeça/pescoço – ponto de punção – eminência clavicular direita – 3º espaço intercostal direito – esterno;

Membros superiores – ponto de punção – junção axila/subclávia (ombro) – proeminência da clavícula direita – 3º espaço intercostal direito – esterno;

Membros inferiores – ponto de inserção – região inguinal – região umbilical – apêndice xifóide (acima do diafragma).

- Posicionar confortavelmente o recém-nascido em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada para o lado da punção;

- Lavagem rigorosa das mãos;

- Vestir o capote e calçar luvas estéreis;

- Realizar anti-sepsia do membro a ser puncionado com clorexidina;

- Posicionar os campos simples e fenestrados;

- Lubrificar o cateter com solução salina a 0,9%, preenchendo o lúmen através do injetor lateral;

- Medir o cateter com a fita métrica estéril, e cortá-lo de acordo com a medida realizada anteriormente;

- Colocar garrote e fazer a punção da veia selecionada;

- Avançar por completo o cateter utilizando a pinça auxiliar até alcançar a medida aferida previamente;

- Testar a permeabilidade do cateter, com solução salina a 0,9%;

- Manter infusão contínua de solução salina 0,9%, devido ao risco de obstrução do cateter;

- Retirar os campos;

- Realizar a limpeza do sítio de inserção com solução salina a 0,9%;

- Fazer o curativo para fixação do cateter;

- Retirar a paramentação;

- Lavar as mãos;

- Contatar o setor de Raios-X para realizar a radiografia, para confirmar a posição do cateter;

- Preencher protocolo, identificação e colocar cuidados no berço do recém-nascido.

✓ Observações durante a inserção do cateter:

- Evitar tocar no cateter com luvas, pois o talco poderá desencadear flebite química.

Utilizar somente as pinças delicadas para manipular o cateter;

- Ao sentir resistência durante a introdução, não forçar a passagem do cateter. Durante a

introdução, caso haja resistência à progressão do cateter, pode-se injetar simultaneamente solução salina 0,9% para abrir as válvulas venosas, facilitando assim a progressão;

- Estar atento para a ocorrência de arritmias durante o procedimento. É imprescindível a monitorização do recém-nascido;

- Limitar o número de tentativas de punção em até 04 (quatro) vezes, número superior a quatro tentativas aumenta o risco de infecção.

➤ **Localização do cateter:**

O cateter é considerado posicionado em nível central, quando se localiza dentro dos limites do tórax. A posição ideal da ponta do cateter é quando este estiver localizado no terço inferior da veia cava superior, se inserido em membro superior, e terço superior da veia cava inferior, se inserido em membro inferior.

O cateter é considerado em posição periférica, quando se localiza fora dos limites do tórax, com a ponta próxima a veia axilar, sendo indicado para casos de hidratação venosa por tempo prolongado. Nesta localização, não se deve administrar soluções hiperosmolares, irritantes ou vesicantes já que é um acesso periférico, devendo observar sinais de edema e infiltração.

➤ **Manutenção do cateter**

- Tempo de permanência: não há tempo especificado para a permanência do cateter;
- Permeabilização do cateter: realizar flush de solução salina 0,9% ao término da infusão de medicamentos e também a cada turno;

- Avaliação do sítio de punção: diariamente;

- Curativo:

Primeira troca: deverá ser realizada sempre após 24 horas do procedimento;

Trocas subsequentes: Curativo transparente: deverá ser trocado, apenas em caso de sujidade, umidade ou desprendimento.

➤ **Remoção do PICC**

Indicação:

- Término da terapia proposta;
- Sinais flogísticos de infecção no sítio de inserção ou ao longo do trajeto da veia: dor, calor, rubor, enduração, edema ou secreção;
- Febre ou hipotermia sem outro foco de infecção identificável (neste caso contactar a CCIH);
- Trombose;
- Obstrução.

Técnica de retirada:

- Lavar as mãos rigorosamente;
- Retirar curativo;
- Remover o PICC cuidadosamente com técnica estéril;
- Fazer compressão local e curativo oclusivo;
- Observar se o cateter foi totalmente removido, medindo o cateter e comparando com medida relatada no protocolo;
- Preencher impresso próprio.

✓ Observações importantes

Em caso de resistência a retirada do cateter:

- Antes da retirada de um cateter “resistente”, radiografar a região, para eliminar a presença de nós e dobras na parte interna do cateter;
- Não fazer pressão no local de saída próximo do cateter e ao longo da veia, pois isto aumenta a possibilidade de embolia ou pode fazer com que o cateter encoste-se à veia, aumentando o espasmo;
- Falhando as primeiras tentativas de retirada, aguardar 20 a 30 minutos e repetir o procedimento;
- Poderá ser feita compressa morna, sobre a área afetada;
- Caso continue havendo resistência, fechar o cateter refazer o curativo e tentar retirá-lo novamente depois de 12 a 24 horas. Se a indicação de retirar do cateter for infecção, não aguardar as 12 ou 24 horas, contatar imediatamente o cirurgião pediátrico para retirada.

Flebites:

- Parar a infusão venosa no local por 24 horas;
- Aplicar compressas mornas por 24 horas;
- Heparinizar o cateter neste período.

Obstrução do cateter:

- Seringa de 10 ml vazia;
- Seringa 10 ml com soro fisiológico 0,9% %;
- Torneirinha de três vias;
- Luva e gaze estéril;
- Anti-séptico (clorexidine).

Procedimento para desobstrução do cateter:

- Lavar as mãos rigorosamente;
- Usar luvas estéreis, realizar anti-sepsia com gazes estéreis e clorexidine;
- Acoplar a torneirinha no cateter e em seguida as seringas na torneirinha;
- Fechar a via onde está a seringa de 10 ml e aspirar com a outra seringa até o máximo possível;
- Abrir a via da seringa de 10 ml;
- A pressão negativa aspirará a solução contida na seringa de 10 ml;
- Proceder este procedimento até a desobstrução.

OBS: Após quaisquer manobras ou intercorrências preencher impresso de eventos adversos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível desenvolver um protocolo assistencial para melhorar a assistência de enfermagem com o PICC em uma unidade neonatal com um perfil de RNs de extremo baixo peso. Também foi possível realizar instrumentos de educativos para a equipe e sobre a autorização dos pais ou responsável para a realização do PICC no RN.

Dessa maneira, pode-se concluir que as tecnologias do cuidado auxiliam na melhoria dos serviços prestados, facilitando a condução e avaliação do mesmo, a exemplo dos instrumentos desenvolvidos nesse estudo. Para qualquer nova tecnologia desenvolvida, esta deve ser fundamentada na literatura atual, e deve-se capacitar todos os profissionais da equipe que a utilizam.

Partindo dessa premissa, pode-se fazer uma educação continuada de qualidade, juntando todas as tecnologias possíveis, aliadas ao cuidado. Deve-se prestar um treinamento efetivo e rigoroso para a equipe de Enfermagem, justamente porque é essa equipe quem administra medicações, presta cuidados, está junto com o RN e sua família 24 horas por dia. Assim como também todos os enfermeiros envolvidos no cuidado devem ser capacitado para a inserção do PICC.

Após a aprovação do protocolo, todos os técnicos serão capacitados sobre manutenção do PICC e, juntamente com a SES, será realizado curso de capacitação com demais enfermeiros que ainda não realizaram o curso.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde em Neonatologia. 2013. Disponível em: www.anvisa.gov.br. Acesso em: 29 mar 2014.

ARAÚJO, Luciana; REIS, Adriana. **Enfermagem na prática Materno - Neonatal**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CARLOTTI, Ana Paula. **Manual de rotinas de terapia intensiva pediátrica**. São Paulo: tecmedd, 2005.

CAVALCANTI, Andreia Roque de Souza; SILVA, Glaydes Nely Sousa. **Utilização de PICC em neonato**. 2012. 14 f. Artigo de Mestrado. Sociedade Brasileira De Terapia Intensiva, João Pessoa, 2012. Disponível em: www.ibrati.org/sei/docs/tese_557.doc. Acesso em: 17 mar 2014.

CHRISTOFFEL, Marilda Moreira. Tecnologia do cuidado de enfermagem neonatal: a dor e o estresse do recém nascido durante procedimentos dolorosos. **VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. Teresina, 2009.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Disponível em: <http://portalcofen.gov.br>. Acesso em: 17 mar 2014.

DÓREA, Eny, et al. Práticas de manejo do cateter central de inserção periférica em uma unidade neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p. 997-1002, nov 2011.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MAGALHÃES, Maurício, et al. **Guia de Bolso de Neonatologia**. Edição revisada e atualizada, Atheneu, 2012.

MINGORANCE, Priscila, et al. Cuidados com o catéter central de inserção periférica no neonato: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, p.1503-1511, maio 2012.

MOTTA, Patrícia das Neves, et al. Cateter central de inserção periférica: o papel da enfermagem na sua utilização em neonatologia. **Revista HU**, Juiz de Fora, v. 37, n. 2, p. 163-168, abr./jun. 2011.

RIBEIRO, Iara; PACHECO, Sandra; AGUIAR, Beatriz. **Enfermagem Neonatal. Conceitos e práticas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Águia dourada, 2014.

SAKITA, Neusa. **Cateterismo central por inserção periférica em UTI neonatal de nível terciário: incidência de complicações e fatores de risco associados**. 2009. 82 f. Dissertação Mestrado em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009.

SPRINGHOUSE, et al. **As Melhores Práticas de Enfermagem: procedimentos baseados em evidências**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TAMEZ. Raquel; SILVA. Maria. **Enfermagem em UTI neonatal**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

VIZCAYCHIPI, Cristiane Carneiro, et al. **Cateter Central de Inserção Periférica, na prática de enfermagem**. 1ed. Porto Alegre: Moriá, 2013.

APÊNDICE 1 – Protocolo de instalação e manutenção do PICC

PROTOCOLO DE INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DO PICC

✓ **IDENTIFICAÇÃO:**

RN DE: _____

DATA DE NASC: _ _____ PESO: NASC: _____ ATUAL: _____

TIPO DE PARTO: N () C () SEXO: F () M ()

INDICAÇÃO: _____

✓ **INSERÇÃO:**

MEMBRO SELECIONADO: MS () D () E; MI () D () E; A () D () E

TEMPORAL () D () E; JULGULAR () D () E

COMPRIMENTO TOTAL DO CATÉTER: _____ EXTERNO: _____

DIFICULDADE PARA INTRODUÇÃO DO CATÉTER: SIM () NÃO ()

NÚMERO DE TENTATIVAS: _____

FIXAÇÃO E CURATIVO: COM GAZE E MICROPORE () TRANSPARENTE ()

INTERCORRÊNCIAS: _____

DATA: _____ HORA: _____ RESP: _____

✓ **DADOS DO CATÉTER:**

✓ **TROCA DO 1º CURATIVO:**

Verificado RX: () Não () Sim Localização: _____

Tracionado: () Não () Sim Quantos cm: _____

Avaliação do sítio de inserção:

() Hiperemia () Edema () Sangramento () Sem sinais flogísticos

Curativo: () Micropore () Hipafix () Transparente

DATA: _____ HORA: _____ RESP. : _____

✓ **TROCA DO 2º CURATIVO:**

Verificado RX: () Não () Sim Localização: _____

Tracionado: () Não () Sim Quantos cm: _____

Avaliação do sítio de inserção:

() Hiperemia () Edema () Sangramento () Sem sinais flogísticos

Curativo: () Micropore () Hipafix () Transparente

DATA: _____ HORA: _____ RESP. : _____

✓ **TROCA DO 3º CURATIVO:**

Verificado RX: Não Sim Localização: _____

Tracionado: Não Sim Quantos cm: _____

Avaliação do sítio de inserção:

Hiperemia Edema Sangramento Sem sinais flogísticos

Curativo: Micropore Hipafix Transparente

DATA: _____ HORA: _____ RESP. : _____

✓ **MANOBRAS DE DESOBSTRUÇÃO:**

DATA: _____ HORA: _____ RESP: _____

DATA: _____ HORA: _____ RESP: _____

DATA: _____ HORA: _____ RESP: _____

✓ **RETIRADA DO PICC:**

Término de med. Obstrução Quebra Sinais de infecção

Óbito Exteriorização OUTROS: _____

Comp. retirado: _____ Ponta para cultura: Sim Não

DATA: _____ HORA: _____ RESP. : _____

APÊNDICE 2 – Protocolo de eventos adversos com o PICC**PROTOCOLO DE EVENTOS ADVERSOS COM O PICC****IDENTIFICAÇÃO:**

RN DE: _____

DATA: PASSAGEM DO PICC: _____ RETIRADA DO PICC: _____

POSIÇÃO DO CATÉTER PELO RX: C P

MEMBRO SELECIONADO: _____

MOTIVO DA PERDA: Obstrução Exteriorização Flebite Edema Outros _____O RN FAZIA USO DE: Hidantal Fenocris Lasix

NO CASO DE EXTERIORIZAÇÃO, QUAIS AS CONDIÇÕES DO CURATIVO:

 Fixado com hipafix Curativo transparente Micropore Solto

NO CASO DE OBSTRUÇÃO, TENTADO DESOBSTRUIR USANDO O QUE:

 Tec das torneirinhas Por pressão Vit CHOVE LAVAGEM DO PICC NO TURNO DE TRABALHO: Sim Não

DATA: _____ HORA: _____ RESP. : _____

APÊNDICE 3 – Instrumento educativo fixado no leito do RN para a equipe de enfermagem

TITIAS ESTOU USANDO **PICC**, POR FAVOR, SIGAM ESSES CUIDADOS PARA QUE AS OUTRAS TIAS NÃO PRECISEM “ME FURAR” DE NOVO:

- ✓ USAR APENAS SERINGA DE 10 OU 20 ML;
- ✓ MANIPULAR APENAS COM LUYA ESTÉRIL;
- ✓ FRICCIÓNAR COM ÁLCOOL Á 70% E GAZE ESTÉRIL, POR 3X DURANTE 20 SEGUNDOS NAS CONEXÕES ANTES DE ABRIR O SISTEMA;
- ✓ NÃO USAR **HIDANTAL** NESSE ACESSO;
- ✓ EM CASO DE DIFICULDADES COM O ACESSO, FAVOR CHAMAR A ENFERMEIRA.

PICC PUNÇÃO DISECÇÃO ACESSO: _____

DATA: _____ COMP. TOTAL: _____ COMP. EXTERNO: _____

RESPONSÁVEL: _____

TRACIONADO: NÃO SIM COMP. EXTERNO: _____ DATA: _____

RESPONSÁVEL: _____

APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento para o procedimento do PICC

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu _____, RG nº _____

autorizo a passagem do Cateter Central Venoso de Inserção Periférica (PICC) em meu recém-nascido que encontra-se na Unidade de Terapia Intensiva desta maternidade. Estou ciente do que significa o cateter, de como é realizado o procedimento e das complicações que podem surgir.

Aracaju, _____ de _____ 20__