

INTRAVENOUS

Publicação Quadrimestral - Ano IV - nº 10

Equipe multidisciplinar garante a otimização da terapia intravenosa

Por trás de todo o resultado que envolve a recuperação do paciente está o trabalho desenvolvido por uma equipe multidisciplinar. O foco da equipe explora da prevenção aos procedimentos, analisando desde o caso clínico, os diagnósticos e suas implicações, o perfil do paciente propriamente dito e a abordagem humanizada x paciente especial, dentre outros.

O termo multidisciplinar se refere aos médicos assistentes, ao paciente, auxiliares de enfermagem e enfermeiras treinadas para assistência direta. Nutricionistas especializadas em nutrição enteral ou parenteral também compõem a equipe que, em muitos casos, incluem o Psicólogo ou a Assistente Social que dão assistência e suporte psicossocial.

*Em se tratando do acesso vascular a ação não é diferente. Para a otimização da terapia intravenosa, a interação da equipe multidisciplinar exerce um papel fundamental. Nesta edição do **Jornal Intravenous**, a matéria da teleconferência (leia na pág 3), realizada recentemente no Hospital Samaritano, prova, de maneira prática, como o trabalho de cada membro pode contribuir para que o resultado seja satisfatório. O trabalho engloba desde a visão do enfermeiro assistencial, diretamente ligado ao paciente, como o diferencial para a escolha e um dispositivo intravenoso, a importância de um auxiliar no momento da passagem do cateter, a prevenção de infecções (pela CCIH), a analgesia (visando o conforto do paciente) até a conduta da medicina intensivista baseada no fato de que a coordenação médica da equipe multidisciplinar garante o cuidado otimizado ao paciente gravemente enfermo.*

Lesões de Extravasamento de Veias Periféricas *Motivo para Litígio?*

Por: Darnell Roth, RN, CRNI, LNC

A enorme frequência de acessos intravenosos periféricos (IV) estabelecidos para administrar fluidos e soluções IV prescritos fornece ampla oportunidade para a ocorrência de extravasamento quando medicamentos e soluções vesicantes são administrados. O extravasamento é a descarga ou escape de sangue ou outro fluido de um vaso sanguíneo para o tecido circundante. A incidência de extravasamento associada à utilização de dispositivos de acesso venoso periférico (VADs) varia na literatura, porém foi documentada como apresentando índices entre 23% e 28%. Embora a maioria dos extravasamentos associados a VADs periféricos tenha seqüelas relativamente pequenas (consistindo basicamente de desconforto e inflamações locais), poderá ocorrer uma morbidade mais intensa, consistindo de necrose aguda que afeta o tecido e as estruturas subjacentes com a conseqüente perda da função motora e sensorial na extremidade afetada. Conseqüentemente, os pacientes lesionados ou seus herdeiros podem procurar reparação por meio do Sistema Judiciário Civil, especialmente quando a lesão resultante do extravasamento requer desbridamento cirúrgico, enxertia de pele ou amputação.

No contexto da administração de fluidos e soluções IV via um VAD periférico, os Padrões e Práticas de Enfermagem de Infusão definem o extravasamento como a administração inadvertida de

medicação vesicante ou solução na área circundante em vez da via vascular pretendida. No entanto, os leitores verão os termos extravasamento e filtração erroneamente trocados na literatura médica pertencente à terapia IV. A diferenciação entre essas duas complicações relacionadas ao acesso vascular é que a infiltração refere-se à administração inadvertida de um medicamento ou solução no tecido circundante em vez da via vascular pretendida. Opostamente, o extravasamento associado a VADs ocorre quando o VAD foi colocado corretamente no lúmen do vaso, porém, devido à lesão da parede do vaso, a solução vazou para os tecidos circundantes.



Há etiologias e mecanismos diferentes de lesões resultantes de extravasamento venoso, tais como ruptura mecânica do local intravenoso periférico com o desalojamento da cânula do vaso, secundariamente à fixação inadequada da cânula ou a tensão acidental na linha de administração; presença de locais de punção distal do local estabelecido durante múltiplas tentativas de venipunção e manipulação da cânula pelo paciente. A localização insatisfatória do local intravenoso (por exemplo, área de flexão e/ou dorso da mão) também pode constituir um fator de contribuição. As soluções parenterais irritantes, tais como aquelas com extremidades em pH ou osmolaridade, provaram induzir tromboflebite, causando ruptura da parede do vaso. O refluxo do fluido administrado ... *contin. pg 2*

... no local de inserção não é incomum, especialmente para pacientes idosos, cuja integridade/elasticidade do vaso apresenta-se comprometida. O refluxo poderá também ser resultante do fato de a cânula estar envolvida desde o local de punção até a ponta em uma bainha fibrinosa.

Uma pesquisa sugeriu que o mecanismo primário para o extravasamento venoso resulta de uma constrição venosa reativa induzida por fluidos parentais administrados, os quais geram uma elevação da pressão intravenosa, fazendo, assim, com que a solução administrada vaze do local de inserção da cânula para o tecido circundante. Deve-se prestar especial atenção quando a solução administrada possuir um pH ácido ou alcalino, for uma solução hiperosmolar, uma solução conhecida por apresentar características de matéria particulada, ou que seja reconhecida como possuindo propriedades irritantes, todas as quais elevam o risco de tromboflebite e subsequente constrição venosa.

Sinais e Sintomas

A fim de que o clínico da administração de soluções preste um atendimento prudente ao paciente e atenuar sua exposição a processos jurídicos de reparação, precisa-se conhecer as características químicas da solução a ser administrada, estar ciente dos sinais e sintomas de extravasamento, fornecer avaliações perspicazes e freqüentes do paciente, fazer intervenção apropriada e oportuna quando houver suspeita ou confirmação de extravasamento e documentar concisamente observações e processos administrados ao paciente. Os sinais e sintomas de extravasamento acham-se abundantemente descritos na literatura. Os sintomas iniciais “clássicos” incluem uma sensação de queimação, inchaço, sensibilidade ao toque da pele e frieza na área onde a solução administrada penetrou o tecido. Devido a variações individuais quanto ao limite da dor, e ao fato de que as soluções produzem sensações diferentes de dores, o paciente poderá ou não reclamar da mesma. As manifestações progressivas de lesão de extravasamento poderão incluir a formação de bolhas, ulceração, necrose da pele, síndrome de compartimento e síndrome de dor regional complexa (CRPS – Complex Regional Pain Syndrome), conhecida anteriormente como distrofia simpática

reflexa (RSD – Reflex Sympathetic Dystrophy).

Quando houver uma suspeita, mesmo que remota, de que ocorreu um extravasamento venoso, é crucial a realização de uma avaliação completa do local intravenoso periférico. Primeiramente, deve-se comparar ambas as extremidades a fim de avaliar as diferenças em aparência e, a seguir, questionar o paciente com relação a alterações no sensorio. Ao examinar inteiramente o local de inserção e a área onde a solução administrada normalmente sairia da ponta do VAD, pode-se obter pistas de uma situação em desenvolvimento.

Tradicionalmente, verificar o retorno sanguíneo era considerado o fator de definição para confirmar a patência do local; no entanto, tal método pode ser enganoso. O teste do torniquete é reconhecido como o meio mais eficaz para determinar a patência de uma linha de infusão periférica de fluxo de gravidade. Tal procedimento envolve a aplicação de um torniquete na ponta do VAD, firmemente fixado a ponto de impedir o fluxo venoso. Caso a ponta da cânula esteja corretamente posicionada dentro do lúmen, essa pressão no vaso diminuirá ou interromperá o fluxo da infusão; o fluxo contínuo da infusão indica extravasamento.

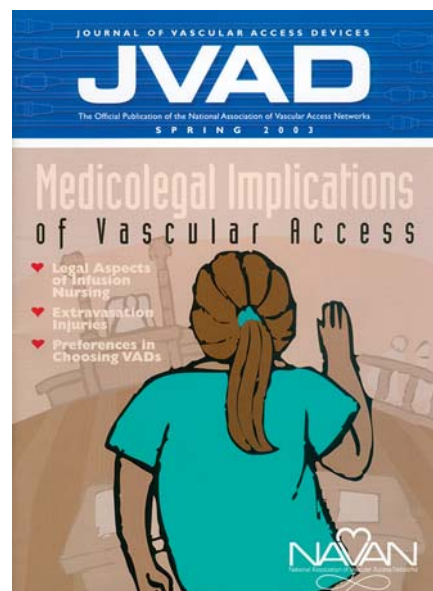
Intervenção

A suspeita ou a confirmação de extravasamento de um local venoso periférico requer intervenção imediata de enfermagem, a qual é crucial para atenuar a gravidade da lesão ao tecido. A primeira medida que se deve adotar é interromper a administração do fluido IV ou solução, e acoplar uma seringa à cânula, aspirando a solução residual administrada. Dependendo da disponibilidade de um antídoto e recomendações do fabricante da solução administrada extravasada, usa-se uma seringa para injetar a solução de antídoto na cânula. A linha de raciocínio para tal ação é que a injeção permitirá que o antídoto seja administrado na área exata do tecido onde o extravasamento ocorreu. Caso uma tentativa de aspiração anterior não tenha tido sucesso, a cânula deve ser retirada e o antídoto injetado subcutaneamente na área com suspeita de extravasamento com uma agulha de bitola pequena. É importante perceber que, ao longo dos últimos anos, duas drogas, hialuronidase (Wydase) e phentolame (Regitine), que eram recomendadas de for-

ma predominante na literatura como antídotos para extravasamento de diversos vesicantes, foram retiradas do mercado.

A seguir, deve-se retirar a cânula do VAD periférico e aplicar um curativo estéril livre na área; evitar aplicar o curativo com pressão que possa expandir a área de contato do fluido extravasado com uma área maior do tecido. Há muito tempo, acredita-se que a elevação da extremidade é benéfica; no entanto, uma pesquisa recente indicou que a eficácia de tal abordagem se mostra questionável. Deve-se prestar atenção ao nível de conforto do paciente, de forma secundária ao posicionamento da extremidade envolvida. A aplicação de compressas quentes ou frias depende do tipo da solução extravasada. Recomenda-se o calor para vinca alcalóides (vincristina, vinblastina e vinorelbina) embora se recomende compressas frias para o tratamento de todos os demais extravasamentos venosos.

O médico responsável deverá ser informado sobre o incidente de extravasamento tão logo seja possível após a intervenção inicial. De modo geral, a consulta a um cirurgião plástico deve ser feita caso um grande volume de vesicante tenha extravasado e/ou caso o paciente esteja com dores fortes. Diversas unidades mantêm um histórico fotográfico do progresso da lesão de extravasamento. ■



Resumo do texto publicado no JVAD - Journal of Vascular Access Devices, The official publication of the National Association of vascular Access Networks - Spring 2003. "Extravasation Injuries of Peripherical Veins: A Basis for Litigation?" Darnell Roth, RN, CRNI, LCN.

O texto completo você pode encontrar no site: www.ctav.com.br

Teleconferência: Cateter Central de Inserção Periférica

A recente teleconferência “Cateter Central de Inserção Periférica: Bases conceituais do procedimento”, através do site Conexão Médica (www.conexaomedica.com.br), realizada pelo Hospital Samaritano de São Paulo, superou as expectativas de seus idealizadores. A mesa foi coordenada pela Profª Drª Eliseth R. Leão, assessora de pesquisa científica do Hospital Samaritano (HS).

O evento reuniu profissionais de diferentes áreas de atuação para análise do tema. Foram eles: Enfª Patrícia Vendramim- UTI Infantil do HS (*Definição e Indicações*), Enfª. Cristiana M. Prandini – encarregada da Unidade de Obstetrícia e Neonatal do HS (*A inserção passo a passo*), Dra. Charlize Kessin, do Grupo de Controle da Dor da Divisão de Anestesiologia do HCFMUSP (*Analgesia e sedação*), Enfª. Cristiane Silva - SCIH do HS (*Riscos de Infecção*), Enfª. Berenice Nunes - Presidente da SOBETI (*Aspectos legais*), Dr. Fábio Peterlini - cirurgião pediátrico do HS e Drª Kátia Jandarilha, médica intensivista da UTI do HS (*A visão médica*).

Dentre as vantagens do cateter venoso, destacam-se: preservação da integridade do sistema venoso, minimização

de riscos associados à inserção torácica, diminuição do stress relacionado às punções venosas, ideal para permanência prolongada e de fácil retirada. É indicado na prematuridade do RN, desnutrição, nas doenças infecciosas, Câncer e Aids. Quanto à indicação terapêutica: na antibióticoterapia, na quimioterapia, na medida de pressão venosa central, na administração de fluidos/drogas parenteral em geral e na administração de NP.

Na *Inserção passo a passo*, ilustrado através de slides, foi realizado o procedimento em um boneco. Frisou-se que durante o tempo todo do procedimento deve-se ter o auxílio de um profissional da equipe.

Em *Analgesia e sedação*, ressaltaram-se como importantes: o protocolo de analgesia e o trabalho dos enfermeiros treinados com sensibilidade suficiente para saber se o paciente está deprimido e/ou nervoso na hora do procedimento.

No tema *Riscos de infecção* uma revisão em 18 literaturas, nos últimos 5 anos, apontou o CCIP como recomendado para o acesso seguro em Pediatria, no tratamento endovenoso prolongado, inclusive com NPP, com baixos índices de complicações gerais e infec-

ciosas. No HS seguem o protocolo com as seguintes recomendações do CDC: educação continuada do staff, higienização rigorosa das mãos, técnica máxima de barreira para inserção, antisepsia com cloro-hexidina a 2%, curativo com gaze ou filme transparente, inspeção diária e uso mínimo de tempo possível.

Aspectos legais destacou-se a importância de um protocolo em relação para a passagem do cateter PICC para o enfermeiro ter um respaldo mais amplo jurídico e da própria instituição.

A punção venosa é preferível a dissecação venosa (que determina uma lesão irreversível). Hoje 70% a 90% dos pacientes em instituições passam por um acesso venoso.

Em *A Visão Médica*, o PICC foi apresentado como uma grande possibilidade terapêutica. O PICC é mais seguro do que o CVC quanto às complicações infecciosas.

O evento provou que o trabalho bem feito é fruto do envolvimento como um todo da equipe multidisciplinar. ■

Maiores informações e acesso ao que foi discutido neste curso poderão ser obtidas através do 0800.772.2257 ou e-mail ctav@bd.com.br

Entrevista *Exclusiva* com o Dr. Fábio Luis Peterlini

Intravenous - Qual a importância da equipe multiprofissional na escolha do dispositivo de acesso venoso?

Dr. Fábio: A evolução técnica e científica no cuidar dos pacientes vêm determinando a constante necessidade de atualização de conhecimentos e revisão de técnicas até então utilizadas e, às vezes, consideradas “imexíveis”.

É imprudente aquele que se considera ciente de todas as possibilidades para o tratamento do paciente.

As drogas a serem utilizadas (incompatibilidades, os volumes e velocidades), o tempo de permanência do dispositivo, os riscos potenciais de in-

fecção, a estabilidade hemodinâmica, as possibilidades de fixação do dispositivo, são apenas alguns dos fatores a serem discutidos pelos diferentes profissionais para a escolha mais adequada da técnica e do dispositivo a ser instalado.

Intravenous - Quais as principais complicações relacionadas aos cateteres periféricos e PICC?

Dr. Fábio: O acesso venoso central teve seus riscos bastante diminuídos a partir do momento em que o desenvolvimento tecnológico permitiu a criação de cateteres flexíveis, com baixo poder trombotogênico, e com dis-

positivos que permitam a sua inserção por via periférica, reduzindo enormemente os riscos relativos aos procedimentos de punção e dissecação das veias centrais.

O PICC apresenta, eminentemente, os mesmos riscos do cateterismo venoso central, no que tange à **infecção** e à **trombose venosa central**. Gosto de exemplificar, exageradamente, o cateterismo venoso central como uma fístula (comunicação) entre o “chão do hospital” e o átrio direito do paciente.

Relacionados às punções periféricas, podemos descrever a infiltração resultante da transfixação da veia ... *contin. pg 4*

... ou do mau posicionamento da ponta do cateter, quer no momento da inserção, quer por desalojamento do mesmo. Há trabalhos relatando que a ponta do cateter pode mudar sua posição até 2,0 cm ao movimento dos membros o que poderia resultar em mau posicionamento ou desalojamento, com conseqüente extravasamento, infiltração etc.

Os dados de flebite podem variar no adulto de 3,3 a 20,6% segundo os autores Nascimento EMF¹ e White SA² e 13% em crianças gravemente enfermas segundo Nelson DB³.

Tem-se ainda trabalhos de Maki⁴ e RingerM⁵ associando 70% das flebites principalmente aos cateteres fora da agulha, sendo 85,7% em crianças brancas e 14,3% em negras.

Intravenous - O último Guideline do CDC cita que os dispositivos com cântula de aço (scalps) devem ser evitados em casos de administração de drogas que possam provocar extravasamento. Qual sua opinião a respeito?

Dr. Fábio: A biocompatibilidade do aço é incontestável, mas lembrando o

provérbio: “Água mole em pedra dura tanto bate até que fura”, imagine o aço duro na veia mole, o quão rápido ele não fura.

Os dispositivos metálicos, os scalps, uma notável evolução na época de seu lançamento, permitiam a fácil punção



venosa, a boa fixação, porém aos primeiros movimentos a transfixação da veia era inevitável, com conseqüente extravasamento da medicação infundida. Todos nos lembramos das crianças imobilizadas, com talas, enfaixadas, presas no berço, a fim de se garantirem os acessos venosos. A maioria de nós já vivenciou a existência de celulites,

isquemias, úlceras e necroses secundárias a extravasamento de drogas, que às vezes nem eram vesicantes.

Por termos dispositivos flexíveis, com baixo potencial trombogênico, creio que os scalps tenham seu uso restrito a poucos procedimentos atualmente. É mister lembrar, entretanto a necessidade de treinamento adequado para uso dos cateteres de Teflon®/Vialon® e padronização técnica de punção, fixação e manutenção. Segundo Johnson RV⁶, 100% das infiltrações ocorrem em cateteres agulhados e 63% em cateteres de Teflon. Os dados de infiltração em crianças variam de acordo com os autores Almonte⁷ e Machado⁸ de 55,3 a 73%. ■

Referências Bibliográficas

- Maki DG⁴ e RingerM⁵. *Annals of internal Medicine* 1991; 114: 845-854
- Nelson DB³, Garland JS. *American Journal of Diseases Children*; 1987; 141: 1090-2
- Nascimento EMF¹, Souza MF. *Acta Paulista Enfermagem* 1996; 9(1): 53-60
- White SA², *J Intraven Nurs* 2001; 24(1): 19-24
- Johnson RV⁶, Donn SM. *American Journal of diseased children* 1988; 142: 968-971
- Stanley MD, Meister E, Fuschuber K. *South Med J* 1992; 85(0): 883-6
- Almonte⁷ R, Patole S, Muller R, Whitehall J. *Indian Pediatr* 1999; 36(5): 487-90
- Machado⁸ FA 2003 (tese de Mestrado em Enfermagem UNIFESP-EPM)

ENTREVISTA

Não fique de Fora

Você tem até 30 de agosto de 2003 para se cadastrar no site www.ctav.com.br e continuar recebendo gratuitamente o **Jornal Intravenous**. O cadastro de assinantes do informativo está sendo transferido para o endereço eletrônico do CTAV. Quem não se recadastrar deixará de receber o jornal.

Ao acessar o site, você encontra a opção **Intravenous - Cadastre-se e receba os periódicos**. Para se cadastrar você precisará ter um e-mail. Caso não o possua, é possível adquirir um, gratuitamente, em sites como www.hotmail.com.br ou www.ig.com.br.

O cadastro é extenso, mas além de receber o periódico, buscamos neste perfil mantê-lo atualizado sobre as novidades do site e do mercado nos assuntos por você selecionados. Você receberá e-mails comunicando-o de cada nova atualização relacionado aos temas que você selecionar.

Uma vez cadastrado, através do site CTAV, você continuará recebendo o **Jornal Intravenous**, inclusive impresso. Caso tenha alguma dificuldade, favor entrar em contato conosco através do e-mail ctav@bd.com.br.

ANOTE

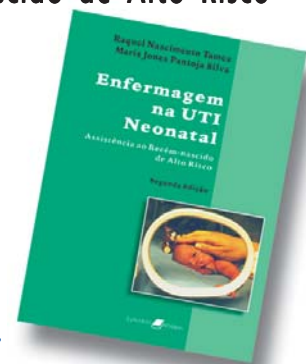
Entrelinhas

Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém Nascido de Alto Risco

Raquel Nascimento Tamez (Enfermeira assistencial na UTI Neonatal do Hospital Infantil da Universidade de Loma Linda, Califórnia) e **Maria Jones Pantoja Silva** (Diretora de Enfermagem do Hospital Adventista de Belém-Pará).

2ª edição - 224 páginas
Preço R\$ 51,00

Editora Guanabara Koogan
Fone: (21) 2221-9621
site: www.editoraguanabara.com.br



Home Care, Amamentação, Nutrição Parenteral, Morte perinatal e Cuidado centrado na família são alguns dos novos capítulos da 2ª edição. O livro traz referências rápidas de doenças e procedimentos mais comuns utilizados na UTI neonatal. Cada capítulo apresenta uma revisão sumária da anatomia e da fisiopatologia dos distúrbios descritos, seguida das intervenções de enfermagem pertinentes a cada situação. Segundo as autoras, existe muito campo para pesquisa dos assuntos tratados e “esperamos motivar o profissional de enfermagem da UTI neonatal a se aprofundar nos conhecimentos dessa área de assistência”.

Declínio dos Índices de Lesão por Picada de Agulha

Líderes no desenvolvimento, teste e implementação de dispositivos médicos perfurocortantes com engenharia de segurança, os EUA, mais uma vez, destaca-se com o *Needlestick Safety and Prevention Act* (Decreto de segurança e prevenção de picadas de agulha) que, após entrar em vigor em julho de 2001, transformou o que era tendência em exigência, tornando obrigatório o uso de dispositivos de segurança.

Os benefícios da nova tecnologia foram documentados, inclusive com estudos clínicos e projetos de demonstração que compararam as agulhas convencionais com as agulhas de segurança, e em relatórios de instituições específicas, mostrando a tendência de redução dos índices de lesão percutânea, depois da adoção de uma variedade de dispositivos com engenharia de segurança. Um relatório apresentado pelo banco de dados *EPINet Multihospital Sharps Injury* (EPINet - Lesões com dispositivos perfurocortantes em múltiplos hospitais), coordenado pelo *International Healthcare Worker Safety Center* (Centro Internacional de Segurança do Profissional de Saúde), na Universidade de Virgínia, documenta o impacto associado à adoção generalizada de dispositivos de segurança sobre os índices de lesão com agulha.

Entretanto, a interpretação dos dados de picada de agulha é complicada por uma variedade de fatores até porque os dispositivos que causam lesões perfurocortantes são numerosos. Mesmo com uma conversão generalizada para a segurança de dispositivos (agulhas de flebotomia e os cateteres intravenosos e, em outras classes, como equipamento de laboratório e instrumentos cirúrgicos) ainda estão em uso números baixos desses dispositivos. As reduções nos índices gerais de lesão ficam diluídas pelas categorias dos dispositivos nas quais as alternativas de engenharia de segurança não foram totalmente adotadas. Exemplo: as agulhas de sutura de ponta aguda, para as quais a alternativa de segurança (agulhas com ponta romba) ainda precisa ser aceita pela maioria dos cirurgiões. Outro fato que pode mascarar as verdadeiras mudanças dos índices

de lesão percutânea (LP) dentro de uma rede multi-hospitalar, inclusive a uma causa específica, é que os hospitais-escola se comparados aos hospitais públicos têm índices superiores de LP.

Os índices de 1993 e 2001 foram comparados em profissionais de saúde que trabalham em uma rede de hospitais participantes da EPINet. Foram selecionados dados referentes às enfermeiras, historicamente, o grupo com a maior proporção de LP (44% de todos os casos nos dados EPINet de 2001); e comparados os índices de LP para os dispositivos convencionais e de segurança separadamente. Do mesmo modo, as diferentes categorias de dispositivos foram comparadas: com alta penetração de dispositivos de segurança (cateteres intravenosos) e os de baixa penetração (agulhas de sutura).

Os dados EPINet mostraram que as seringas descartáveis causaram a maior proporção de LP em enfermeiras para os dispositivos convencionais (38% e 40%, respectivamente, em 1993 e 2001). No entanto, o índice de LP para as seringas descartáveis convencionais de 6,8/100 leitos ocupados (1993) declinou para 2,8/100 leitos ocupados (2001). As lesões percutâneas com agulhas de linhas IV foram eliminadas, com 1,78/100 leitos ocupados (1993) e nenhuma lesão em 2001.

O índice geral (inclusive lesões com dispositivos convencionais e de segurança) declinou de 19,5/100 leitos ocupados (1993) para 9,6/100 leitos ocupados (2001), representando uma diminuição de 51%. O declínio dos índices de LP com dispositivos convencionais, refletindo o declínio do uso desses dispositivos em geral, é mais importante que o aumento dos índices de LP com dispositivos de segurança que acompanhou sua implementação difundida nas instituições de atendimento de saúde. Esses dados confirmam o benefício da nova tecnologia na redução de risco de LP em enfermeiros e, muito provavelmente, em outros profissionais de saúde. No entanto, está claro que os dispositivos de segurança também podem ser mal usados.

Em um estudo realizado em 2000 pelos *Centers for Disease Control and*

Cenário Brasileiro

Há 2 anos, a Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde atualizou as recomendações para a conduta na exposição ocupacional ao HIV (com início em 1999, na proposta de fluxo de atendimento e sistema de vigilância de acidentes com material biológico), que se seguiram a uma atualização feita pelo CDC, dos EUA, baseando-se em experiências de atendimento e condução de casos de exposição ocupacional a fluidos biológicos.

No ano passado, o Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos - Sinabio forneceu as seguintes informações: de 1999 a 2002, o Sistema registrou 3.513 notificações de acidentes ocupacionais com exposição a fluidos biológicos, provenientes de 124 municípios, 20% de todos os municípios do Estado. 80% deles ocorreram em funcionárias do sexo feminino. Em relação à faixa etária: 1.269 (36%) profissionais situavam-se na faixa dos 20 aos 29 anos, 1.083 (30%), entre 30 e 39 anos e 765 (21%) entre 40 e 49 anos.

No topo da lista de acidentes notificados: 1.742 (49,6%) estão os auxiliares de enfermagem, 292 (8,3%) funcionários de limpeza, 248 (7%) médicos, 173 (4,9%) técnicos de enfermagem e 122 (3,5%) enfermeiros. Quanto ao tipo de exposição: os percutâneos são 3.005 (86%). Dentre os 1.715 registros de informações sobre os acidentes: 277 (16,2%) são na administração da medicação, 275 (16%) no descarte inadequado do material, 230 (13,4%) em punções vasculares, 176 (10,3%) em procedimentos cirúrgicos, 122 (7,1%) em procedimentos odontológicos e 80 (4,7%) por reencape da agulha.

Do total de 3.513 acidentes, a sorologia anti-HIV era conhecida para somente 52% dos pacientes-fonte, destes 15,5% eram HIV-positivos. Em relação à hepatite B, 31% tinham sorologia conhecida e 3,5% eram HbsAg positivos. Dos que tinham sorologia para HCV conhecida, 6% eram positivos para hepatite C. Desse total de casos, 71,5% dos funcionários tinham vacinação prévia completa para hepatite B e 26% incompleta ou não haviam sido vacinados. Observou-se um grande número de profissionais sem os resultados de sorologia no momento do acidente, sem o qual a investigação epidemiológica do acidente torna-se impossível.

Prevention (CDC) - que também possuem banco de dados - estima que os profissionais de atendimento de saúde em hospitais sofrem cerca de 384.325 lesões percutâneas por ano, envolvendo dispositivos perfurocortantes. ■

INS promove workshop em agosto com apoio da BD e 3M



A INS Brasil estará realizando o Workshop de Terapia Intravenosa com apoio da BD e da 3M. Não perca!

Serão abordados, dentre outros temas: a escolha do local de inserção de cateteres; materiais, indicações e tempo de permanência de cateteres; habilitação do profissional; infecções de corrente sanguínea associadas a cateteres e manutenção de acesso vascular.

Os eventos serão realizados nos dias e locais abaixo:

• 14 de Agosto de 2003
Brasília: ParlaMundi da LBV- SGAS 915, Lote 75/76, ASA Sul

• 18 de Agosto de 2003
Campinas: Auditório da Faculdade de Ciências Médicas
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Prédio FCM 5

Informações podem ser obtidas através do tel. **0800.772.2257**

A Promoção Intravenous continua *Participe!!!*

A Promoção Intravenous que confere como brinde aos participantes duas toalhas está chegando ao fim. Estaremos premiando as próximas 34 pessoas que se cadastrarem na Biblioteca CTAV. Para se cadastrar é simples: basta responder por e-mail (ctav@bd.com.br) a seguinte pergunta: Quantos estudos nós temos disponíveis na parte de Acesso Vascular/Terapia Intravenosa sobre Complicações?

Veja a relação dos últimos contemplados com o prêmio (até 16/07) e inscreva-se, você pode ser o próximo premiado.

- Adriana Paula Coimbra Tostes de Martino Alves
- Cleide Costa Bié
- Jorge Luiz Marques da Silva
- Marcio Nagatsuka
- Patrícia Botelho de Souza
- Renilde Barros Tavares
- Virginia Helena Guinancio



Eventos em Terapia Intravenosa

Agosto de 2003

• 1º CURSO DE TERAPIA INTRAVENOSA INS BRASIL 1ª EDIÇÃO

Data: Dias 16 e 30

Local: Hospital do Servidor Público Estadual – Av. Ibirapuera, 981, 6º andar do prédio da Administração – Vila Clementino - São Paulo-SP

Informações: insbrasil@ig.com.br

• CURSO DE QUALIFICAÇÃO CCIP (PICC) PEDIÁTRICO/NEONATAL

Data: De 22 a 23

Local: Hospital Infantil Cândido Fontoura – Rua Siqueira Bueno, 1757 – Água Rasa – São Paulo-SP

Informações: Sobeti (11) 5539-3692

• XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE INFECTOLOGIA

Data: De 31 de agosto a 3 de setembro

Local: Centro de Convenções de Goiânia – Goiânia-GO

Informações: (62) 215-8069 e-mail: eventoall@persogo.com.br

Setembro de 2003

• PICC CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA PEDIÁTRICO – NEONATAL

Data: De 6 a 7

Local: Auditório Maternidade Promater – Belo Horizonte-MG

Informações: (31) 3413-4660

• 1º CURSO DE TERAPIA INTRAVENOSA INS BRASIL 2ª EDIÇÃO

Data: Dias 13 e 27

Local: Hospital do Servidor Público Estadual – Av. Ibirapuera, 981, 6º andar do prédio da Administração – Vila Clementino - São Paulo-SP

Informações: insbrasil@ig.com.br

Para conhecer e utilizar os serviços de Apoio a Estudos do CTAV, basta entrar no site www.ctav.com.br



Pelo site você também pode fazer sua assinatura gratuita do jornal Intravenous. Dúvidas, ligue grátis para: **0800.772.2257**

INTRAVENOUS

Intravenous é uma publicação da BD. **Diretor:** Paulo Gussoni. **Coordenadores:** Vera S. Higa e Kátia Teixeira. **Coordenadora Científica:** Silvana Torres. **Jornalista responsável:** Zulmira Felício (MTB. 11.316). **Revisão:** Ana L. Seminati. **Projeto gráfico e diagramação:** Alvo Propaganda & Marketing. Os artigos podem ser publicados desde que citada a fonte. As opiniões e conceitos publicados são de inteira responsabilidade dos autores e entrevistados.