

**FINALIDADE:**

Orientar a equipe de enfermagem sobre cuidados com administração de medicamentos em via intravenosa

**JUSTIFICATIVA:**

- Administrar drogas de absorção rápida na corrente sanguínea com efeito imediato e/ou que não possua indicação e formulação para outra via de administração;
- Garantir qualidade e segurança assistencial;
- Padronizar a assistência de enfermagem nos preparos e administração de medicamentos em via intravenosa;
- Propiciar absorção adequada do medicamento.

**DEFINIÇÕES E SIGLAS:**

É a administração de medicamentos diretamente na corrente sanguínea através de um acesso venoso periférico ou profundo.

**RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:**

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- Agulha de aspiração;
- Agulha para aplicação;
- Álcool;
- Algodão;
- Bandeja;
- Caneta;
- Etiqueta;
- Fita microporosa;
- Gaze estéril;
- Kit salinização;
- Luvas de procedimentos;
- Medicamento prescrito;
- Oclusor;
- Se necessário equipo (ex: macrogotas, fotossensível, bureta) e EPIs;
- Seringa 3, 5 ou 10ml;
- Solução para reconstituição/diluição.

**PROCEDIMENTO:**

Profissional	Descrição
--------------	-----------

ENFERMEIRO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confirme o paciente, a prescrição médica e o procedimento a ser realizado;</li> <li>2. Verifique a identificação do medicamento (etiqueta contendo o nome e sobrenome, leito, nome do medicamento, dose, horário, via de administração);</li> <li>3. Verifique a validade, a dose necessária e a apresentação;</li> <li>4. Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja;</li> <li>5. Separe o frasco ou ampola e faça a desinfecção da superfície de abertura com algodão ou gaze não estéril embebido em álcool etílico a 70%;</li> <li>6. Se medicamento sem necessidade de diluição – aspire a dose prescrita;</li> <li>7. Se medicamento em pó liofilizado – faça a reconstituição com o diluente recomendado e aspire a dose prescrita;</li> <li>8. Se medicamento com necessidade de diluição – aspire a dose prescrita e faça a diluição com a solução recomendada;</li> <li>9. Retire o ar da seringa/agulha ou equipo;</li> <li>10. Coloque a etiqueta de identificação do medicamento na seringa ou no frasco da solução;</li> <li>11. Leve o material ao quarto do paciente;</li> <li>12. Confira o nome completo do paciente que consta na prescrição, no medicamento e a pulseira de identificação. Se na identificação do leito não há indicativa de alergia, pergunte a ele a quais medicamentos, se houver, ou confira no prontuário;</li> <li>13. Oriente o paciente sobre o medicamento que está sendo administrado;</li> <li>14. Coloque o paciente na posição mais adequada ao procedimento e exponha a área com o dispositivo venoso;</li> <li>15. Observe a área exposta quanto a integridade da pele e as condições do dispositivo venoso para a administração do medicamento. Na ausência de anormalidade, dê continuidade ao procedimento;</li> <li>16. Higienize as mãos;</li> <li>17. Calce luvas de procedimento;</li> <li>18. Realize a desinfecção de hubs e conexões com gaze embebida em álcool a 70% antes da manipulação. Descarte a tampinha;</li> <li>19. Conecte a seringa/equipo ao dispositivo venoso e teste a permeabilidade do cateter (observe a presença de refluxo de sangue e/ou infusão de fluidos sem alterações no local);</li> <li>20. Inicie a infusão do medicamento seguindo o volume/tempo recomendado;</li> <li>21. Observe constantemente quaisquer sinais de alterações durante a infusão do medicamento. Na ausência destes, dê continuidade ao procedimento;</li> <li>22. Ao término da infusão, salinize o dispositivo venoso;</li> <li>23. Coloque um novo oclusor no dispositivo;</li> </ol>
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	

24. Certifique-se que o dispositivo venoso esteja com boa fixação;
25. Manter o paciente em posição confortável;
26. Recolher o material utilizado;
27. Desprezar os resíduos adequadamente;
28. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%;
29. Realizar a higienização das mãos;
30. Cheque o horário da administração na prescrição médica, registre o procedimento realizado no prontuário do paciente e intercorrências na anotação de enfermagem. Inclua o volume administrado no balanço hídrico, se houver indicação. Assine e carimbe.

**OBSERVAÇÕES:**

- Se houver mais de um medicamento intravenoso aprazado no mesmo horário, a via deve ser lavada com solução fisiológica entre os medicamentos;
- Ao instalar uma solução em equipo, siga a “linha” de infusão, ou seja, o trajeto do conector e local de inserção para evitar conexões em via incorreta (Profissionais inexperientes devem ser acompanhados por profissional mais experiente na realização desta ação);
- Se houver sinal de flebite, hematoma, infiltração, extravasamento, dor ou qualquer outra anormalidade, interrompa a administração, retire o dispositivo e puncione novo acesso venoso;

Para que a via intravenosa seja uma via segura, alguns fatores devem ser observados:

- Avaliação criteriosa da rede venosa periférica (calibre, mobilidade, dor, rigidez, coloração);
- Escolha adequada do cateter (tipo de material, calibre);
- Terapia IV prescrita pela equipe médica (tipo de droga – vesicante, irritante, volume a ser infundido, tempo de infusão, tipo de infusão (bolus, infusão rápida, lenta, intermitente ou contínua);
- Tempo de terapia;
- Manuseio e fixação adequados.
- Fixação Ideal: estabilização e fixação que permita a visualização e avaliação do local de inserção. Pode ser com fita adesiva hipoalergênica estéril ou película semipermeável transparente. Deve conter: data de punção, horário e assinatura do profissional. Deve ser trocada sempre que estiver suja, úmida ou com perda da adesividade. Deve impedir o tracionamento pelo peso do sistema.

**MEDIDAS PREVENTIVAS DE INFECÇÃO:**

- Desinfecção das Conexões: Uma das principais vias de entrada de microrganismo na corrente sanguínea é pelas conexões das linhas de infusão. A limpeza das conexões com álcool a 70% é fundamental antes da utilização destas vias;
- Utilizar uma gaze estéril embebida em álcool antes e outra gaze após a retirada da tampinha ou abertura da conexão;
- Manter todos os dispositivos protegidos;
- Descartar as tampas de proteção após uso e na presença de sangue. Não reutilizar tampas de proteção!

- Os demais dispositivos devem ser trocados e descartados na presença de sangue;
- Mantenha sempre as conexões não utilizadas, fechadas com a tampa de proteção;
- NUNCA deixe uma conexão aberta.

**TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO POR VIA IV:**

De modo geral, os modos e tempos de administração de medicamentos por via IV podem ser assim classificados:

- Bolus: é administração IV realizada em tempo menor ou igual a 1 minuto.
- Infusão rápida: administração IV realizada entre 1 e 30 minutos.
- Infusão lenta: administração IV realizada entre 30 e 60 minutos.
- Infusão contínua: administração IV realizada em tempo superior a 60 minutos, ininterruptamente (por exemplo, de 6 em 6 horas).
- Infusão intermitente: administração IV realizada em tempo superior à de 60 minutos, não contínua. – Por exemplo, em 4 h, uma vez ao dia.

**EQUIVALÊNCIAS:**

- 1 mL = 20 gotas = 60 microgotas.
- 1 microgota/ minuto. = 1mL/h.
- 1 mg = 1.000 µg.
- Quando houver medicamentos de alta vigilância: deve-se fazer a dupla checagem dos dados e ter atenção redobrada;
- Todo medicamento deve ser checado imediatamente após sua administração;
- Quando o medicamento não for administrado, comunique o enfermeiro e/ou médico de plantão, circule o horário e anote o motivo no espaço reservado para anotações de enfermagem;
- Todo o medicamento deve ser checado após a sua administração e, se não foi administrado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento for administrado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário correto e checar. Nos dois casos comunique o enfermeiro e/ou médico de plantão;
- Medicamentos prescritos como “se dor”, “se náuseas e vômitos”, “se febre”, “a critério”, “se necessário”, e outros, comunique o enfermeiro e/ou médico de plantão o sintoma identificado, confirme a necessidade da administração, administre, cheque na prescrição médica e justifique na anotação de enfermagem;
- Verifique e registre os sinais vitais antes e após a administração de medicamentos que possam alterá-los;
- Verifique e registre qualquer tipo de reação apresentada pelo paciente após a administração do medicamento;
- Todos os incidentes relacionados a medicamentos devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente em formulário próprio. São notificáveis erro, quase erro e evento adverso.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

1. ANVISA. Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Infecção de corrente sanguínea; 2010;
2. BARE, B.G.;SUDDARTH,D.S..Brunner – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011;
3. CARRARA D. et al. Diretrizes práticas para terapia Intravenosa. Infusion Nurses Society Brasil. São Paulo: INS Brasil; 2008. p.

22 – 30.

4. Comissão Epidemiologia Hospitalar do Hospital São Paulo. Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde; 2012.
5. MORTON, Portaria G; FONTAINE, Dorrie K; GALLO Bárbara M. Cuidados de enfermagem: uma abordagem holística, 8<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
6. MOZACHI, NELSON. O Hospital: manual do ambiente hospitalar. Ed.10. Curitiba: Os Autores, 2005.
7. POTTER, P. A.; PERRY,A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
8. SILVA, L.D, PEREIRA S.R.M., MESQUITA A.M.F.; Procedimentos de Enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005;
9. STACCIARINI,T.S.G.; CUNHA.M.H.R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2014

**HISTÓRICO DE REVISÕES:**

20/02/2024 - Atualizado e revisado