

FINALIDADE:

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

JUSTIFICATIVA:

- Garantir qualidade e segurança assistencial;
- Implementar a prescrição médica, obtendo uma resposta farmacológica adequada, através de pequenos volumes nas camadas mais externas da pele;
- Padronizar a assistência de enfermagem nos preparos e administração de medicamentos em via intradérmica;
- Propiciar absorção adequada do medicamento.

DEFINIÇÕES E SIGLAS:

É a introdução de medicação diretamente na derme, por meio de punção.

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Álcool a 70%;
- Algodão;
- Agulha de hipodérmica 10x5 ou 13x4,5;
- Bandeja pequena;
- Fita microporosa;
- Gaze estéril;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 1ml;
- Terapia medicamentosa prescrita.

PROCEDIMENTO:

Profissional	Descrição
ENFERMEIRO	<ol style="list-style-type: none">1. Confirme o paciente, a prescrição médica e o procedimento a ser realizado;2. Verifique a identificação do medicamento (etiqueta contendo o nome e sobrenome, leito, nome do medicamento, dose, horário, via de administração);3. Verifique a validade, a dose necessária e a apresentação;4. Prepare o material necessário para o procedimento em uma bandeja;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%;

<p>TÉCNICO DE ENFERMAGEM</p>	<ol style="list-style-type: none">6. Se medicamento sem necessidade de diluição – aspire a dose prescrita;7. Se medicamento em pó liofilizado – faça a reconstituição com o diluente recomendado e aspire a dose prescrita;8. Se medicamento com necessidade de diluição – aspire a dose prescrita e faça a diluição com a solução recomendada;9. Retire o ar da seringa/agulha ou equipo;10. Coloque a etiqueta de identificação do medicamento na seringa ou no frasco da solução;11. Higienize as mãos;12. Leve o material ao quarto do paciente;13. 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;14. Oriente o paciente sobre o medicamento que está sendo administrado;15. Coloque o paciente na posição mais adequada ao procedimento;16. Higienize as mãos;17. Calce luvas de procedimento;18. Fazer a antisepsia do local com gaze umedecida em álcool a 70%;19. Distender a pele do local de aplicação;20. Introduzir o bisel da agulha em um ângulo de 15°, quase paralelamente à superfície da pele;21. Injetar lentamente, empurrando o bisel com a mão oposta à que segura a seringa, e observar a formação de pápula;22. Retirar a agulha em um movimento rápido e firme, com algodão seco pressione sem fazer massagem no local;23. Se necessário realiza um curativo;24. Orientar o paciente para não coçar o local;25. Deixe o paciente 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.
<p>AUXILIAR DE ENFERMAGEM</p>	

OBSERVAÇÕES

- Administrar um volume máximo de 0,5 ml;
- A injeção ID pode ser feita sem antisepsia para não interferir na absorção do medicamento;
- Os locais para aplicação ID são: a face anterior do antebraço e a região subescapular;
- 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. BARE, B.G.;SUDDARTH,D.S..Brunner – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12^a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011;
2. KOCH. R.M. et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22^a edição. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.
3. SILVA LD, PEREIA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005
4. NETTINA SM. Prática de enfermagem. 8^a. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007
5. POTTER, P. A.; PERRY,A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7^a Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
6. SILVA, L.D, PEREIRA S.R.M., MESQUITA A.M.F.; Procedimentos de Enfermagem: Semiotécnica para o cuidado.

HISTÓRICO DE REVISÕES:

20/02/2024 - Atualizado e revisado