

FLEBITE EM ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS DE PACIENTES DE UM HOSPITAL DO VALE DO PARAÍBA

PHLEBITIS ASSOCIATED WITH PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER AMONG IN-PATIENTS OF A HOSPITAL IN VALE DO PARAÍBA

FLEBITIS EN EL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DEL VALE DO PARAÍBA

Ana Carolina Tertuliano ¹
Judith Lúcia da Silva Borges ¹
Rosângela Amaral Silva Fortunato ¹
Aline Llanos Oliveira ²
Vanessa de Brito Poveda ³

¹ Enfermeira. São José dos Campos, SP – Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Vale do Paraíba. São José dos Campos, SP – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Vale do Paraíba e Faculdades Integradas Teresa D'Ávila. São José dos Campos, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Vanessa de Brito Poveda. E-mail: vbpoveda@yahoo.com.br

Submetido em: 31/05/2011

Aprovado em: 02/04/2014

RESUMO

A flebite caracteriza-se por uma inflamação aguda da veia, causando edema, dor, desconforto, eritema ao redor da punção e um “cordão” palpável ao longo do trajeto. Objetivou-se identificar a presença ou ausência de flebite em pacientes internados em um hospital geral, bem como os fatores que influenciam as complicações em punção venosa e o tempo de permanência dos cateteres intravenosos periféricos. Trata-se de um estudo prospectivo, quantitativo, do tipo descritivo-exploratório, que analisou 76 pacientes. Destes, 24 (31,6%) evoluíram com flebite, sendo que 10 (41,6%) foram classificados como flebite grau I, nove (37,5%) grau II, quatro (16,7%) grau III e apenas um (4,2%) como grau IV. O tempo de permanência do cateter variou entre três e 120 horas, com a média de 49 horas. A Enfermagem desenvolve importante papel na prevenção das complicações associadas à manutenção do acesso venoso periférico, devendo avaliar criteriosamente os riscos de flebite.

Palavras-chave: Flebite; Cateterismo Periférico; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT

Phlebitis is an acute inflammation of the vein that causes swelling, pain, discomfort, redness around the puncture and a palpable cord-like vein. The objective of the study was to identify the incidence or absence of phlebitis in patients in a general hospital, the complications associated with venipuncture and the length of time the catheters remained in situ. This is a prospective quantitative study with an exploratory and descriptive nature which analyzed 76 patients. Of these, 24 (31.6%) developed phlebitis; 10 (41.6%) were classified as Grade I phlebitis, 9 (37.5%) as Grade II, 4 (16.7%) as Grade III and 1 (4.2%) as Grade IV. The length of time the device remained in situ ranged from 3 to 120 hours with an average of 49 hours. Nursing has an important role in preventing complications associated with peripheral intravenous access. Furthermore, the risk of phlebitis should be carefully evaluated.

Keywords: Phlebitis; Peripheral Catheterization; Nursing Care; Nursing.

RESUMEN

La flebitis se caracteriza por una inflamación aguda de la vena, causando hinchazón, dolor, malestar, enrojecimiento alrededor de la punción, y una “cadena” palpable a lo largo del trayecto. El objetivo de este estudio fue identificar la presencia de flebitis en pacientes de un hospital general, así como los factores que influyen en las complicaciones de la punción venosa y el tiempo de permanencia de los catéteres venosos periféricos. Se trata de un estudio prospectivo, cuantitativo, descriptivo y exploratorio, que analizó 76 pacientes. De este total 24 (31,6%) tuvieron flebitis: 10 (41,6%) sujetos fueron clasificados como flebitis grado I, nueve (37,5%) grado II, cuatro (16,7%) Grado III y sólo uno (4,2%) como grado IV. El tiempo de uso de los catéteres varió de tres a 120 horas, con un promedio de 49 horas. Enfermería tiene un papel importante en la prevención de complicaciones asociadas con el acceso venoso periférico y debe evaluar cuidadosamente los riesgos de la flebitis.

Palabras clave: Flebitis; Cateterismo Periférico; Atención de Enfermería; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A flebite é uma das complicações mais frequentes no uso de cateteres venosos periféricos (CVP) e caracteriza-se por uma inflamação aguda da veia, que causa edema, dor, desconforto, eritema ao redor da punção e um “cordão” palpável ao longo do trajeto. Quando não tratada precocemente, a flebite pode adiar a alta hospitalar, ocasionando septicemia, e está frequentemente relacionada à má-técnica de assepsia ou contaminação do cateter durante a fabricação, estocagem ou uso.¹

O preparo da punção, condições clínicas do paciente, característica da veia, incompatibilidade entre fármacos, calibre, tamanho, comprimento, material e tempo prolongado de inserção do CVP podem influenciar na inflamação.¹

Na prática clínica frequentemente deparamos com as complicações associadas às punções venosas, que são subestimadas pela equipe de enfermagem. Esse aspecto é confirmado por um estudo que revelou incidência de flebite em torno de 10,5%; ou seja, o dobro dos 5% esperados pela *Intravenous Nurses Society* (2000). Além disso, os pesquisadores constataram outro fator preocupante, um período de permanência de duas a 216 horas do acesso venoso, sendo que o período ideal de manutenção do cateter recomendado pelo *Center for Diseases Control and Prevention* (2005) está entre 72 e 96 horas.^{2,3}

Os cuidados de Enfermagem em relação aos acessos venosos podem ser classificados em: **cuidado satisfatório** (grau 0), quando o dispositivo está bem fixado, limpo e o paciente não refere dor; **cuidado insatisfatório** (grau 1), se o dispositivo se desloca na veia durante a movimentação do braço e/ou apresenta sangue na parte interna do cateter ou no curativo; e **muito insatisfatório** (grau 2), se o cateter se desloca na veia e é mantido pelo curativo por mais de cinco dias.⁴

A melhor prevenção para as complicações relacionadas ao acesso venoso está diretamente ligada a: escolha de veias mais calibrosas ou utilização de acesso central para administração de soluções hipertônicas; escolha do menor dispositivo indicado à infusão; rodízio a cada 72 horas do local puncionado, fixação adequada para prevenir irritação mecânica; punções realizadas por profissionais habilitados; higienização adequada das mãos; protocolo de orientação sobre medicações irritantes e soluções hipertônicas; e troca dos frascos de soluções a cada 24 horas.¹

Portanto, no intuito de evitarem-se complicações, é necessário que os profissionais de enfermagem aliem seus conhecimentos sobre anatomia, fisiologia, microbiologia e farmacologia, além de buscarem atualização constante por meio de atividades educativas, obtendo, dessa forma, a qualificação da equipe.⁵

Sendo as punções venosas procedimentos vastamente realizados pela equipe de enfermagem, este estudo objetivou identificar a presença ou ausência de flebite em pacientes internados em um hospital geral, como também identificar fatores que in-

fluenciam as complicações em punção venosa e verificar o tempo de permanência de cateteres intravenosos periféricos.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo prospectivo, quantitativo, do tipo descritivo-exploratório, realizado com uma amostra por conveniência de pacientes de uma instituição hospitalar do Vale do Paraíba.

Para tanto, utilizou-se um instrumento de coleta de dados que continha informações sobre os pacientes, como hábitos de vida (etilismo e tabagismo), infusão venosa periférica, tipo de curativo, motivos de retirada do cateter e avaliação da presença e classificação dos casos de flebite.

Os dados foram coletados por meio de visitas agendadas com antecedência por telefone, em dias e horários determinados pela instituição no período de janeiro de 2010 a março de 2010. Todos os sujeitos incluídos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem informados quanto aos objetivos do estudo.

A coleta de dados ocorreu por meio da observação direta das punções venosas e análise do prontuário do paciente.

Utilizaram-se como critérios de inclusão: todos os pacientes maiores de 18 anos, conscientes ou acompanhados por responsável, com punção venosa periférica e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos os pacientes confusos, sedados, com distúrbios psiquiátricos ou que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados foram tabulados eletronicamente, analisados quantitativamente e apresentados na forma de tabelas.

O projeto foi aprovado sob o protocolo nº H230/CEP2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Paraíba em março de 2010.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DAS PUNÇÕES VENOSAS PERIFÉRICAS DA AMOSTRA

Foram incluídos na amostra 76 pacientes, sendo 33 (43,4%) do sexo feminino e 43 (56,6%) do sexo masculino, com predomínio na faixa etária de 20 a 30 anos (19,7%) e acima de 70 anos (19,7%). A maior parte dos sujeitos era de cor branca, 42 (55,3%) pacientes, 12 (15,8%) pardos e 22 (28,9%) negros (Tabela 1).

Na Tabela 1 observa-se, quanto aos hábitos de vida, que sete (9,2%) pacientes relataram ser etilistas, cinco (6,6%) tabagistas, 10 (13,2%) combinavam etilismo e tabagismo e, finalmente, 54 (71%) negaram o consumo de bebidas alcoólicas ou tabaco.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis categóricas dos 76 pacientes investigados – São José dos Campos, 2010

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	33	43,4
Masculino	43	56,6
Faixa etária		
20 – 30	15	19,7
31 – 40	6	7,9
41 – 50	13	17,1
51 – 60	14	18,5
61 – 70	13	17,1
> 71 anos	15	19,7
Etnia		
Branca	42	55,3
Parda	12	15,8
Negra	22	28,9
Hábitos		
Etilismo	7	9,2
Tabagismo	5	6,6
Etilismo + tabagismo	10	13,2
Nenhum	54	71,0
Doenças crônicas		
HAS	19	25,0
DM	10	13,2
HAS + DM	7	9,2
Cardiopatia	8	10,5
Outras	6	7,9
Nenhuma	26	34,2

No que se refere às doenças crônicas, 19 (25%) eram portadores da hipertensão; 10 (13,2%) tinham diabetes *mellitus*; sete (9,2%) apresentaram a combinação de diabetes *mellitus* e hipertensão; oito (10,5%) tinham cardiopatas e seis (7,9%) referiam outras doenças, sendo que 26 (34,2%) negavam ser portadores de doenças crônicas (Tabela 1).

O tempo de internação hospitalar variou de um a 22 dias, com média de nove dias.

Na Tabela 2, em relação às punções venosas, 49 (64,5%) dos cateteres estavam salinizados e 27 (35,5%) serviam à infusão de soroterapia. A maioria das punções – 31 (40,8%) – foi realizada com cateter 22G; duas (2,6%) com 18G; 18 (23,7%) com 20G; sete (9,2%) com 24 G; e em 18 (23,7%) das situações não foi possível observar o calibre, devido ao enfaixamento do membro superior e ausência de anotação no prontuário.

Os locais utilizados para a inserção do CVP foram em 24 (31,6%) situações no dorso da mão, oito (10,5%) em punho, 26 (34,2%) no antebraço e 18 (23,7%) na região cubital (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis relacionadas à utilização do cateter – São José dos Campos, 2010

Variável	N	%
Tipo de uso		
Salinizado	49	64,5
Soroterapia	27	35,5
Cateter de teflon		
18 Gauge	2	2,6
20 Gauge	18	23,7
22 Gauge	31	40,8
24 Gauge	7	9,2
Sem anotação	18	23,7
Local de punção		
Dorso da mão	24	31,6
Punho	8	10,5
Antebraço	26	34,2
Cubital	18	23,7
Permanência do dispositivo		
< 72 horas	55	72,4
> 72 horas	21	27,6
Condição do curativo		
Seco	27	35,5
Molhado	8	10,5
Sujo	41	54,0
Tipo de curativo		
Esparadrapo	31	40,8
Fita	45	59,2
Motivos da retirada do cateter		
Dobra	6	7,9
Obstrução	21	27,6
Infiltração	27	35,5
Remoção acidental	4	5,3
Alta	18	23,7

O tempo de permanência do dispositivo entre os 76 pacientes analisados variou de duas a 120 horas, tendo a média de 53 horas.

O curativo da punção venosa foi realizado em 31 (40,8%) pacientes com esparadrapo e em 45 (59,2%) com fita hiperalérgica. Desses curativos, 41 (54%) apresentaram resíduo de sangue, oito (10,5%) estavam molhados e 27 (35,5%) secos (Tabela 2).

A infiltração ocorreu em 27 (35,5%) dos casos analisados, sendo o mais frequente motivo de retirada dos dispositivos. Em seguida, encontra-se a obstrução, em 21 (27,6%); alta hospitalar em 18 (23,7%) situações; dobra em 6 (7,9%) e remoção acidental em quatro (5,3%) casos (Tabela 2).

As punções venosas foram realizadas em 19 (25%) situações por auxiliares de enfermagem, em 52 (68,4%) por técnicos de enfermagem e em cinco (6,6%) casos por enfermeiros.

Quanto à qualidade das anotações de enfermagem, considerou-se que 58 (76,3%) estavam completas (incluíam data, hora, local de punção e descrição e calibre do dispositivo) e 18 (23,7%) incompletas.

DESCRIÇÃO DOS CASOS QUE APRESENTARAM FLEBITE

Dos 76 pacientes entrevistados, 24 (31,6%) evoluíram com flebite, sendo que 11 (45,8%) ocorreram em mulheres e 13 (54,2%) em homens; 14 (58,4%) casos foram de indivíduos de cor branca, cinco (20,8%) da cor parda e cinco (20,8%) da cor negra.

Sinais de flebite surgiram entre 15 (62,5%) pacientes com a idade inferior a 60 anos e em nove (37,5%) com mais de 60 anos.

As punções venosas foram realizadas com dispositivos de calibre 18G em dois (8,3%) casos, com calibre 20G em seis (25%) situações, 22G em oito (33,3%), 24G em cinco (20,9%) e em três (12,5%) indivíduos não foi possível avaliar e não havia informações disponíveis no prontuário.

A média do tempo de permanência do cateter foi de 49 horas, variando entre três e 120 horas.

Quanto ao grau de flebite, 10 (41,6%) casos foram classificados como flebite grau I, nove (37,5%) grau II, quatro (16,7%) grau III e apenas um (4,2%) como grau IV (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da ocorrência de flebite segundo sua classificação – São José dos Campos, 2010

Classificação	Número	%
Grau I	10	41,6
Grau II	9	37,5
Grau III	4	16,7
Grau IV	1	4,2
Total	24	100

Em relação à região de inserção, oito (33,3%) punções encontravam-se no dorso da mão, três (12,5%) no punho, nove (37,5%) no antebraço e quatro (16,7%) na fossa cubital.

Entre as punções que resultaram em flebite, duas (8,3%) estavam com curativos molhados, 16 (66,7%) com resíduos de sangue e seis (25%) limpos e secos. Entre estes, nove (37,5%) foram retirados por obstrução, 14 (58,3%) por infiltração e um (4,2%) por dobra do cateter.

Os profissionais que executaram as punções venosas eram 14 (58,3%) nos casos técnicos de enfermagem e 10 (41,7%) auxiliares de enfermagem; nenhuma por enfermeiro.

Observa-se também, quanto ao preenchimento das anotações de enfermagem, que 15 (62,5%) estavam completas e nove (37,5%) incompletas.

Entre as medicações infundidas destacaram-se soros de manutenção com eletrólitos e analgésicos em 13 (54,1%) situações, infusão de antibióticos em seis (25%), antiemético em três (12,5%) e anticonvulsivante e broncodilatador em uma (4,2%) situação cada, respectivamente.

DISCUSSÃO

A porcentagem de flebite na amostra desta pesquisa foi de 31,6%, elevada quando comparada ao padrão aceito pela *Intravenous Nurses Society*², de 5%. Contudo, outros estudos chegaram às taxas de flebite semelhantes às encontradas na presente investigação, obtendo incidência de flebite de 26% entre 300 pacientes analisados, sem encontrarem relação estatisticamente significativa entre a ocorrência da complicação e as variáveis idades, calibre do cateter e trauma.⁶

A relação entre sexo, cor da pele e flebite consiste em aspecto controverso, sendo abordado de maneiras diferentes entre os estudos disponíveis na literatura científica.⁷⁻⁹

Nesta pesquisa, o sexo masculino e os pacientes de cor branca apresentaram os mais altos índices de flebite.

A idade superior a 65 anos é considerada um dos fatores predisponentes para o desenvolvimento da flebite.^{4,10}

Outros aspectos a serem observados na etiologia da flebite são os calibres, tamanhos, comprimentos, materiais e o tempo prolongado das inserções dos cateteres venosos periféricos¹, bem como a qualidade da manutenção dos cateteres.^{8,11}

Investigação anterior determinou o cateter de calibre número 20 como o mais frequente entre as punções analisadas e que a maioria dos profissionais não utilizava luvas durante o procedimento de punção intravenosa, com classificação dos cuidados de enfermagem em grau 1 (insatisfatório) e grau 2 (muito insatisfatório).⁴

Estão disponíveis atualmente no mercado os cateteres contendo agulhas metálicas, cateteres de teflon e poliuretano.³ Segundo literatura, a incidência de flebite em cateteres de teflon é maior que nos cateteres de poliuretano. Os cateteres de poliuretano possuem um material radiopaco, adicionado para melhor visualização radiográfica; os cateteres metálicos são utilizados para terapias de curta duração e são encontrados baixos índices de inflamações e flebite; já os cateteres de teflon permanecem por mais tempo, permitindo mais mobilidade do paciente.¹

O tempo de permanência dos cateteres venosos entre os sujeitos que desenvolveram flebite neste estudo teve média de 49 horas, variando de três a 120 horas, o que parcialmente vem de encontro ao recomendado pelo *Center for Diseases Control*

and Prevention, cujo período ideal de permanência do dispositivo intravenoso é de 72 a 96 horas.³

Entretanto, revisão sistemática avaliando as evidências disponíveis sobre o tempo de permanência do cateter venoso periférico e suas complicações, entre elas a flebite, percebeu que a literatura científica disponível parece não ser conclusiva quanto aos benefícios da troca conforme a recomendação entre 72 e 96 horas.¹²

O que vem de encontro ao ensaio clínico randomizado recente que avaliou 362 pacientes randomizados em dois grupos, o primeiro as trocas de cateteres ocorreram em 72 horas (n=177), e no segundo grupo quando clinicamente indicada (n=185). Não houve diferenças quanto às taxas de infiltração, flebite ou remoção acidental entre os grupos, sendo que o grupo no qual a troca foi realizada por motivos clínicos teve aproveitamento do cateter entre cinco e seis dias sem complicações. Desta forma, os autores concluem que, embora sejam necessários mais estudos, a troca rotineira de cateteres endovenosos aumenta o desconforto do paciente e os custos associados ao cuidado e não reduz complicações.¹³

Pesquisa anterior detectou a infiltração como o principal motivo para a retirada do dispositivo intravenoso⁴, o que corrobora os dados da presente investigação.

Os sinais da flebite podem ser classificados em uma escala que vai de um a quatro, segundo os sinais e sintomas apresentados pelo paciente.² Observa-se na literatura pediátrica o predomínio de casos grau I, ou seja, aqueles em que os pacientes apresentam eritema, com ou sem dor local, ou edema, sem endurecimento, e cordão fibroso não palpável, grau II com os mesmos sintomas da flebite de grau I, porém com endurecimento local.¹¹ Neste estudo destacaram-se os casos de flebite graus I e II.

É na região do antebraço que se encontram veias mais calibradas, o que pode contribuir com baixas taxas de flebite nessa região.¹

Neste sentido, na literatura verificou-se que as veias cubitais são associadas a reduzidas taxas de flebite quando comparadas às veias da mão.⁹

O analgésico encontra-se em segundo lugar para o risco da flebite, sendo superado apenas pelos antibióticos.⁸ Estudo realizado em São Paulo demonstra que as diluições incorretas das medicações interferem nos processos inflamatórios, como a flebite.¹⁰

Em relação às anotações de enfermagem, apurou-se inadequação em 37,5% das anotações neste presente estudo. As anotações de enfermagem são extremamente importantes como meio de comunicação entre a equipe de enfermagem, embora frequentemente os profissionais não valorizem adequadamente esse processo.¹⁴

A negligência quanto à qualidade das anotações também foi observada em estudo anterior, no qual os autores procuraram identificar os fatores que seriam facilitadores ou dificultadores do aprendizado dessa importante ferramenta. Ain-

da dentro dos cursos de formação profissional do enfermeiro. Apesar do tema ser abordado em diferentes momentos do curso, existe uma dicotomia entre a teoria e a prática, além das dificuldades provenientes das carências do ensino fundamental e médio demonstradas pelos alunos em sua dificuldade de interpretar e elaborar textos, o que reflete na qualidade da comunicação escrita desses futuros profissionais. Essas observações podem ser estendidas a outras categorias da enfermagem, além do enfermeiro.¹⁵

Nesse ponto, é importante ressaltar a influente atuação do enfermeiro como líder da equipe de enfermagem, não apenas na organização de uma assistência de enfermagem com qualidade, como também responsável pela educação continuada dos auxiliares e técnicos, que neste estudo foram responsáveis pela realização de 93,4% das punções venosas analisadas e infelizmente por todas que culminaram em casos de flebite.

Vale salientar que apenas 6,6% das punções venosas foram realizadas por enfermeiros e nenhuma delas desenvolveu a complicação flebite. Dessa forma, deve-se resgatar a importância da organização de uma equipe de enfermagem responsável pelas punções venosas. Assim, a padronização da técnica aliada à habilidade de quem as realiza seria capaz de reduzir as complicações e aumentar a satisfação do cliente que seria submetido a reduzido número de tentativas para a obtenção de um acesso venoso viável.

Quanto às intervenções de enfermagem, nesta investigação observa-se um déficit na prevenção ou detecção da ocorrência de flebite entre os pacientes. Esse aspecto também remete a uma carente atuação do enfermeiro junto à clientela, já que delega a técnica de punção venosa aos membros auxiliares e técnicos da equipe de enfermagem e aparentemente não supervisiona nem a realização, nem a manutenção dos acessos.

Estudo anterior classificou 60% do cuidado de enfermagem dispensado à manutenção dos cateteres venosos como insatisfatório.⁴ Tal fato exige necessidade de atenção permanente da equipe de enfermagem quanto aos critérios da punção venosa e quanto aos cuidados para a sua manutenção, evitando, assim, possíveis complicações.

No mesmo sentido, autores afirmam que os procedimentos como higienização das mãos antes e após os cuidados, observação de queixas e reações do paciente e orientação do paciente quanto aos cuidados pós-punção são, em geral, insatisfatórios.⁵

O curativo da punção venosa foi realizado em 31 (40,8%) pacientes com esparadrapo e em 45 (59,2%) com fita hipoalergênica.

Os curativos diversas vezes influenciam na retirada inesperada do dispositivo venoso periférico, mas até o presente momento não se verificou influência em relação à ocorrência de flebite.¹¹

Em relação aos tipos de curativos, a principal vantagem quanto aos curativos de poliuretano (transparente) parece consistir na sua troca em intervalos mais longos, quando compara-

dos aos curativos realizados com fitas hipoalergênicas e esparadrapo, que exigem trocas a cada 24 horas.¹⁶

Além desse aspecto, o curativo de poliuretano traz segurança para a equipe de enfermagem, proporcionando melhor visualização do acesso periférico, contudo, uma desvantagem que pode ser mencionada está relacionada ao custo elevado.

A equipe de enfermagem desenvolveu-se a partir de seus conhecimentos empíricos, buscando sustentá-los a partir dos avanços teóricos fundamentados em sua experiência de assistência, ensino, gerenciamento e pesquisa, que proporciona uma forma de cuidar mais segura, devendo atuar na prevenção e redução de infecção relacionada à CVP.^{1,17}

CONCLUSÃO

Ao término desta investigação, concluiu-se que:

- a ocorrência de flebite esteve presente em 24 (31,6%) dos 76 pacientes investigados na amostra, sendo que em 37,5% deles era grau I;
- os curativos com resíduos de sangue estiveram presentes em 16 (66,7%) entre os pacientes que desenvolveram flebite;
- entre os pacientes que apresentaram flebite, oito (33,3%) punções venosas foram realizadas com cateter calibre 22G e, na sequência, em seis (25%) casos com cateteres calibre 20G;
- o tempo de permanência dos sujeitos que desenvolveram flebite variou de 3 a 120 horas, com média de 49 horas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe ao enfermeiro avaliar criteriosamente os riscos de flebite em seus pacientes, devendo informá-los e protegê-los, e informar e orientar toda sua equipe quanto a essas complicações e propor cuidados necessários. Por isso, faz-se extremamente necessário que o enfermeiro alie conhecimentos teóricos a habilidades técnicas.

Nesse momento, é importante resgatar a necessidade da implementação de equipes responsáveis pela punção, manutenção e avaliação diária dos pacientes submetidos a punções e terapias intravenosas, em que o enfermeiro deve assumir papel de destaque por congrega todas as habilidades necessárias para fornecer cuidados com qualidade e fundamentados nas melhores evidências científicas disponíveis.

Dessa forma, o desenvolvimento de mais estudos científicos sobre esta temática é imprescindível para que, assim, possamos ampliar os conhecimentos existentes para a prevenção e cuidados diante das complicações intravenosas, como a flebite.

REFERÊNCIAS

1. Phillips LD. Complicações da terapia intravenosa. In: Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p.236-46.
2. Intravenous Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. J Intrav Nurs. 2000; 3(65):S1-S46.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the prevention of intravascular catheter related infections. MMWR 2002, 51 (RR-10). [Cited 2010 Aug 4]. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm>.
4. Pereira RCC, Zanetti ML. Complicações decorrentes da terapia intravenosa em pacientes cirúrgicos. Rev Latinoam Enferm. 2000; 8(5):21-7.
5. Torres MM, Andrade D, Santos CB. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. Rev Latino-am Enferm. 2005; 13(3):299-304.
6. Nassaji-Zavareh M, Ghorbani R. Peripheral intravenous catheter-related phlebitis and related risk factors. Singapore Med J. 2007; 48(8):733-6.
7. Nascimento EMF, Souza MF, Latorre MRDO, Aguilar-Nascimento JE. Efeito de padrões para a prática da terapia intravenosa incluindo inovações tecnológicas na sobrevida de inserções intravenosas periféricas. Acta Paul Enferm. 2000; 13(3):66-75.
8. Ferreira LR, Pedreira MLC, Diccini S. Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. Acta Paul Enferm. 2007; 20(1):30-6.
9. Cicolini G, Bonghi AP, Di Labio L, Di Mascio R. Position of peripheral venous cannulae and the incidence of thrombophlebitis: an observational study. J Adv Nurs. 2009; 65(6):1268-73.
10. Martinho RFS, Rodrigues AB. Ocorrência de Flebite em pacientes sob utilização de amiodarona endovenosa. Einstein. 2008; 6(4):459-62.
11. Machado AF, Pedreira MLC, Chaud MN. Eventos adversos relacionados ao uso de cateteres intravenosos periféricos em crianças de acordo com tipos de curativos. Rev Latinoam Enferm. 2008; 16(3):362-7.
12. Webster J, Osborne S, Rickard CM, Hall J. Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. Cochrane Database Syst Rev. 2010;17(3). [Cited 2010 Aug 4]. Available from: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsyrev/articles/CD007798/frame.html>.
13. Rickard CM, McCann D, Munnings J, McGrail MR. Routine resiteof peripheral intravenous deviceevery 3 days did not reduce complications compared with clinically indicated resite: a randomised controlled trial. BMC. 2010; 8(53). [Cited 2011 Apr 9]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/53>
14. Carrijo AR, Oguisso T. Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em período nacionais (1957-2005). Rev Bras Enferm. 2006; 59(Spe):454-8.
15. Matos SS, Carvalho DV. A comunicação escrita das ações de enfermagem: uma contribuição ao ensino de graduação. REME - Rev Min Enferm. 2002;6(1/2):7-15.
16. Silveira RCCP, Galvão CM. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. Acta Paul Enferm. 2005; 18(3):276-84.
17. Freitas GF, Oguisso T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1):34-40.