

alternando os pontos a cada aplicação, nos diferentes horários do mesmo dia. Este esquema é recomendado principalmente para quem realiza múltiplas aplicações de insulina diariamente. Por exemplo: pela manhã no braço, no almoço no abdômen, à tarde nas nádegas e à noite na coxa.

• É importante planejar a melhor forma de rodízio, sempre considerando as recomendações médicas quanto ao tipo de insulina, frequência das aplicações, e principalmente a relação com o plano alimentar e a prática de atividade física.

• Além do revezamento nos pontos de aplicação é importante manter uma boa higiene corporal, lavar sempre as mãos antes do preparo e aplicação da insulina. Também é importante evitar a reutilização de agulhas para prevenir as deformidades no tecido subcutâneo.

• Se as deformidades já ocorrem, ou estão no início, o tratamento é simples. Basta não realizar aplicações nestes pontos até que elas desapareçam. Este período é diferente de pessoa para pessoa, pois depende de fatores como: idade, tamanho, tempo de instalação da deformidade.

• Seletor de locais para ser afixado na cabeceira do paciente e auxiliar no rodízio das injeções subcutâneas. Adequado para o rodízio de aplicações no abdômen.

Observações:

1. Não utilizando a agulha curta, a angulação será de 45° para indivíduos normais, 60° para obesos e 30° para excessivamente magros.

2. A diluição das drogas deve ser feita com precisão e segurança. Na dúvida, não aplicar.

3. Na aplicação da heparina subcutânea, para evitar traumatismo do tecido, não é recomendado aspirar antes de injetar a medicação e para evitar absorção rápida da medicação, não se deve massagear o local após a aplicação.

4. Na aplicação de insulina, utilizar a técnica do revezamento, que é um sistema padronizado de rodízio dos locais das injeções para evitar abscessos, lipodistrofias e o endurecimento dos tecidos na área da injeção.

5. Siga a prescrição médica quanto ao tipo, quantidade em unidades, frequência e horário das aplicações das medicações.

6. Observe a data de fabricação, aspecto e conservação da medicação.

Quem receber a nutrição parenteral, também recebe uma quantidade de açúcar maior por isso precisa de um controle para saber se a glicemia (quantidade de açúcar no sangue) esta em alta ou não. Dependendo do resultado da glicemia capilar, você será medicado e quando você não receber mais nenhuma nutrição parenteral, a sua glicemia volta ao normal.

7.41 Mensuração da PVC

Para a mensuração da PVC, é necessário o posicionamento de um cateter em veia central (veia cava superior), comumente utilizando-se de punção percutânea de veia subclávia ou veia jugular interna. É checado radiologicamente para certificar-se que o cateter esteja bem posicionado e não esteja dentro do átrio direito.

Pode-se utilizar para a mensuração da PVC, um manômetro de água graduado em cm ou um transdutor eletrônico calibrado em mmHg. Espera-se que haja oscilação da coluna d'água ou do gráfico no monitor, acompanhando os movimentos respiratórios do paciente.

• Materiais necessários para se monitorizar uma PVC em Coluna de água.

Monitorização em coluna de água:

- 01 equipamento de monitorização de PVC;
- 01 frasco de solução fisiológica (100 ou 250 ml);
- Fita adesiva;
- Régua de nível.

Montando o sistema de coluna d'água:

• Separa-se o material e leve-o até o paciente.

• Abra o equipo e conecte à solução fisiológica, retirando todo o ar do equipo (das duas vias). Coloque-o e um suporte para soluções e aguarde.

• Com a régua de nível, encontre a linha "zero" de referência (ver Encontrando o "zero" de referência) e marque no suporte de soluções, a altura encontrada na linha "zero".

• Fixe a fita graduada (vem junto ao equipo), começando no nº. 0 (coloca-se e 10 pois algumas camas tem ajustes de altura, podendo interferir na aferição da PVC) , deixando-a completamente estendida.

• Pegue o equipo, e fixe junto ao nº. -10- a região do equipo em que ele se divide em duas vias.

• A via mais longa irá ser conectada no paciente. A via curta, fixe junto à fita graduada, de modo que fiquem juntos essa via, o prolongamento simples do equipo e a fita graduada.

Encontrando o "zero" de referência da PVC

Normalmente são utilizados 03 pontos de referência para se medir pressões intravasculares.

- 05 cm abaixo do ângulo esternal;
- o próprio ângulo esternal;

• a linha axilar média.

Segundo ARAÚJO, o ponto que parece corresponder com mais exatidão à desembocadura das veias cavas no átrio direito é a linha axilar média, é o ponto de referência mais utilizado nas mensurações de PVC. Também ressalta que as equipes devem estabelecer uma rotina padronizada quando vão realizar as mensurações de pressão intravascular, para que sejam mais precisas e confiáveis as medidas da PVC.

Coloca-se o paciente em decúbito dorsal horizontal. Encontra-se a linha "zero" através da linha axilar média, observando em que número se encontra diante à escala do equipo de PVC. (Convém encontrar o "zero" todas às vezes em que se forem realizar as medidas, pois existem algumas camas que tem regulagem de altura, e pode ter sido alterada).

Encontrando e registrando o valor da PVC

• Abra o equipo para que se preencha a via da coluna graduada com solução fisiológica.

• Então abra a via do paciente, fazendo descer a solução da coluna graduada, observando até que entre em equilíbrio com a pressão venosa central, anotando-se esse valor.

• Agora, diminua esse valor com o valor do "zero" de referência e se tem o valor da PVC.

7.41.1 Cuidados Importantes

• Verifique se existem outras soluções correndo no mesmo acesso venoso central. Caso ocorra, feche todas, deixando apenas a via do equipo da PVC. Ao término da aferição, retorne o gotejamento normal das outras infusões (caso existam). Outras infusões alteram o valor real da PVC.

• Fique atento aos valores da PVC. Valores muito baixos podem indicar baixa volemia, e valores muito altos, sobrecarga hídrica.

• Normalmente a coluna d'água ou as curvas em monitor oscilam de acordo com a respiração do paciente. Caso isso não ocorra, investigue a possibilidade do cateter estar dobrado ou não totalmente pérvio.

7.42 Pressão Intra-abdominal

7.42.1 Conceito

A síndrome de hipertensão intra-abdominal pode ser definida como uma elevação considerada da pressão intra-abdominal acima de 12 mmHg, adquirida por três mensurações realizadas com intervalos de 4 a 6 horas (KNOBEL, 2004).

Indicações da Mensuração da Pressão Intra-abdominal

- Trauma abdominal;
- Distensão abdominal;
- Dificuldade respiratória;
- Hipercapnia;
- Oligúria;
- Redução do débito cardíaco;
- Hipóxia

7.42.2 Técnica

A pressão intra-abdominal varia com a respiração. A mensuração da pressão intra-abdominal pode ser feita de forma direta ou indireta. Deve sempre ser medida em mmHg e com o paciente em posição supina ao final da expiração.

O método direto é realizado pela introdução de um cateter ou agulha na cavidade peritoneal, conectado a um equipo e um manômetro de pressão.

O método indireto é mais utilizado e é realizado através da pressão intravesical, com o paciente em uso de sonda vesical de demora.

1. Manter o paciente em posição supina;
2. Injetar com uma seringa através da sonda, 25 ml de soro fisiológico 0,9% diretamente na bexiga.
3. Pinçar o tudo que está conectado a bolsa coletora de urina;
4. Conectar um manômetro de pressão a um equipo e a uma agulha 40x12;
5. Introduzir a agulha (40x12) na parte de silicone do tubo (local de coleta de amostra de urina) que deverá estar com o equipo conectado e fechado;
6. Aguardar a expiração do paciente;
7. Abrir o equipo e anotar a pressão verificada

CAPÍTULO 8

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente manual de normas e rotinas, bem como o regimento interno da UTI adulto servem como instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos, sob qualquer pretexto.

O regimento e as normas deverão ser observados na íntegra, por todos os funcionários da UTI adulto.

Com o objetivo de adequar novas demandas inerentes ao setor e correção de não conformidades, este manual será revisado e atualizado baseado em referências científicas e legais.

O presente manual de normas e rotinas e o regimento interno entram em vigor a partir de sua aprovação e devida assinatura da Coordenação de Enfermagem, da Direção Técnica e da Coordenação da UTI Adulto.

APROVAÇÃO

CAPÍTULO 9

REFERÊNCIAS

CAPÍTULO 9 - REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Tereza Soy. **Guias Práticos de Enfermagem: Cuidados Intensivos**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 1998, p. 131-137.

BALOGH Z, McKinley BA; Holcomb JB et al. Both primary and secondary abdominal compartment syndrome can be predicted early and are har-bingers of multiple organ failure. **J Trauma**, 2003;54:848-861

BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem de Excelência: da visão a ação**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância Sanitária**. Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Parenteral. Portaria 272, de 8 de abril de 1998.

CAMATA, Daniela Gasparelli. Complicações locais na pele, relacionadas à aplicação de insulina. **Rev Latino-am Enfermagem**. Jan-Fev 2003. p 119-22

CARVALHO, Carlos. **Ventilação Mecânica**. São paulo: Atheneu, 2003.

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. **Administração de Medicamentos**. São Paulo: EPU, 2000.

CENTRO DE EDUCAÇÃO EM DIABETES. **Diabetes sem mistério: Suporte nutricional na aplicação de insulina**. s/ d. 2003.

COUTO, R.C. et al. **Infecção Hospitalar: epidemiologia e controle**. 2ª ed. Curitiba, 1995.

DIENER JRC, QUINT ML, BELTRÃO BD, HONÓRIO TH, BRITTO F. Suporte nutricional no doente adulto hospitalizado. **Arq Cat Med** 1996; 25: 347-62. ed, MEDSI. Rio de Janeiro, 1999.

EMERSON, H. Intra-abdominal pressures. **Arch Intern Med**, 1911; 7:754-784.

Bradley SE; Bradley GP. The effect of increased abdominal pressure on renal function. **J Clin Invest**, 1947; 26:1010-1015.

GROSSI, Sonia Aurora Alves. Aspectos práticos da administração de insulina com seringas. **Boletim Médico do Centro BD de Educação em Diabetes**. Ano 9. n ° 31. 2º semestre 2004.

Disponível em <www.sieropositivo.it>, acessado em 5 de novembro de 2011.

HUNTER JD, Damani Z. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome. **Anaesthesia**, 2000.

KEILTY, S.; BOTT, J. Continuous positive airways pressure. **Physiotherapy**, 1992;

KNOBEL, Elias. **Pneumologia e Fisioterapia Respiratória**. São Paulo: Atheneu, 2004;

KRON IL, Harman PK, Nolan SP. Measurement of intra-abdominal pressu-re as a criterion for abdominal re-exploration. **Ann Surg**, 1984; 199:28-30.

LÓPES, M. Arias. Cruz M. J. R. de la. **Hospitalização: Guias Práticos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: MCGRAW – HILL, 2000.

MACKENZIE, C. F. **Fisioterapia respiratória em Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo. Panamericana, 1998;

MALBRAIN ML, Deeren D, De Potter TJ. Intra-abdominal hyperten-sion in the critically ill: it is time to pay attention. **Curr Op Crit Care**, 2005; 11:156-171.

MAYOR, Eliana Rodrigues Carlessi, MENDES, Edólia Maria Teixeira, OLIVEIRA, Kátia Regina de. **Manual de Procedimentos e Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000, p. 127-130.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. 2ª ed. Brasília, 1994.

RDC Nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010. ANVSA.

RDC Nº 50, de 21 de Fevereiro de 2002. ANVISA.

RODRIGUES, E.A.C. et al. **Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle**.SARVIER. São Paulo, 1997.

SANCHES, Nívia Pissaia. **Rodízio é o caminho contra a lipodistrofia**. Disponível em <http://www.diabetesnoscuidamos.com.br/materia.asp?id=849>, acessado em 5 de novembro de 2011.

SMELTZER, Suzanne C., BARE, Brenda G.. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9º ed. vol 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 816.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Administração das injeções de insulina**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/artigos/insulina/administracaoadasinjcoes.php>>, acessado em 29 de outubro de 2011.

STIER, C. J. N. et al. **Rotinas de Controle de Infecção Hospitalar**. NETSUL.

WEBBER, B, PRYOR, J. **Physiotherapy for respiratory and cardiac problem**. 2ª ed. Edimburgo: Churchill Lvinstone,1998;

REGISTRE-SE E CUMPRE-SE.

HOSPITAL REGIONAL DE TUCURUÍ

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA

DEVALDO RODRIGUES DOS SANTOS

Diretor Geral do HRT/SESPA