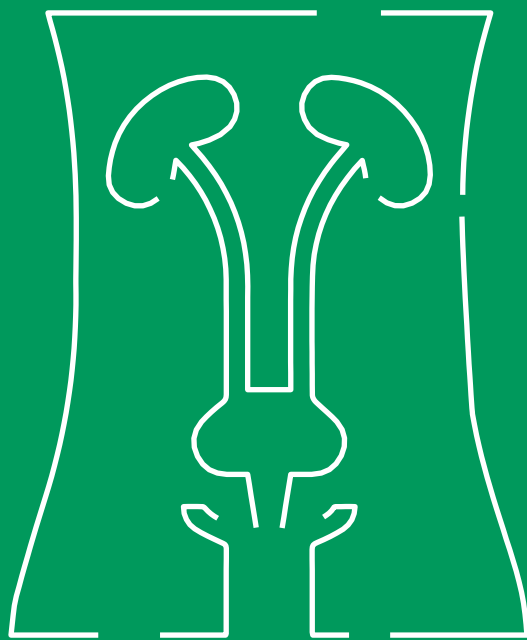


PROCOLO DE
PREVENÇÃO DE

INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A CATETER VESICAL DE DEMORA



Em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente pela portaria número 529, do Ministério da Saúde, de cujo texto ressaltamos:

"Considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país;

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente";

Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e

Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Art. 2º O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Art. 3º Constituem-se objetivos específicos do PNSP:

I - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.”

No mesmo ano, a Resolução – RDC número 36 instituiu a criação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, bem como a elaboração de Plano de Segurança do Paciente nestes serviços, que abrange estabelecimento de estratégias e ações de gestão de risco. A RDC citada também prevê a vigilância, o monitoramento e a notificação de eventos adversos à Anvisa.

Apesar destas medidas, o II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, elaborado em 2018 pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) e pelo Instituto de Pesquisa Feluma, da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais revela informações alarmantes:

- Seis mortes a cada hora decorrem de eventos adversos graves, ocasionados por erros, falhas assistenciais ou processuais ou infecções, entre outros fatores;
- Destes, mais de 4 óbitos são evitáveis;
- Pacientes com evento adverso grave relacionado à assistência hospitalar se associam a maior mortalidade e permanência intra-hospitalar do que aqueles sem eventos adversos ou eventos adversos gerais;

- Eventos adversos pioram o prognóstico clínico a curto, médio e longo prazos, aumentam o custo da internação e afetam a capacidade produtiva do indivíduo.

Há, portanto, muito a ser analisado, programado e realizado e só evoluiremos se o trabalho for conjunto, envolvendo todos os interessados.

Buscando seu papel neste processo e na certeza de que a disseminação da Cultura de Segurança do Paciente tem papel fundamental na qualidade assistencial e é obrigação de todos os segmentos da Saúde Suplementar, a Unimed Três Rios tem o NAS (Núcleo de Atenção à Saúde). Com apoio da alta gestão, a equipe técnica trabalha com objetivo de assegurar assistência qualificada e segura a seus beneficiários.

Em continuidade a este projeto, a equipe técnica da Unimed Três Rios elaborou protocolos de prevenção, com base nas mais recentes evidências. Foram selecionados temas de acordo com as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (Qualiss), estabelecido pela RN 405 de 2016.

Esperamos, desta forma, manter nosso foco no cuidado coordenado e centrado no paciente, contribuindo com a melhora constante da assistência prestada e com o fortalecimento da marca Unimed.

Dr. Fábio Nasser

Diretor Presidente

Dr. Marcos Cardoso

Diretor Vice Presidente

Dr. Alcendino de Almeida

Diretor Administrativo

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Dr. Marcos Cardoso

Enfa. Livia Cunha

Enf. Eduardo Heylens

Enf. Marcos Vinicius

ELABORAÇÃO

Enfa. Livia Cunha

Enfermeira Auditora

Enf. Marcos Vinicius

Enfermeiro NAS

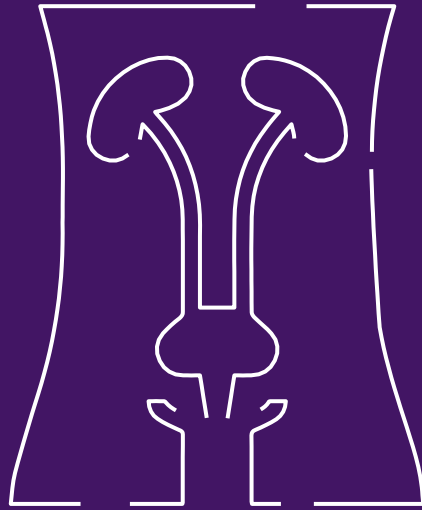
SUPERVISÃO

Dr. Marcos Cardoso

Médico

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	08
2. DEFINIÇÃO DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO.....	10
2.1 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE ASSOCIADA A CATETER VESICAL (ITU-AC).....	11
2.2 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NÃO ASSOCIADA A CATETER (ITU-NAC).....	11
2.3 OUTRAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO (ITU).....	11
3. EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO.....	13
4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA ITU RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE 15	
4.1 TÉCNICA DE INSERÇÃO DO CATETER URINÁRIO	16
4.2 PRÁTICAS BÁSICAS.....	18
4.2.1 INFRAESTRUTURA PARA PREVENÇÃO	18
4.2.2 VIGILÂNCIA DE PROCESSO	19
4.2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE E TREINAMENTO	20
4.2.4 MANUSEIO CORRETO DO CATETER	20
4.3 ESTRATÉGIAS ESPECIAIS PARA PREVENÇÃO DE ITU-AC	22
4.3.1 PROCEDER À AVALIAÇÃO DO RISCO DE ITU-AC.....	22
4.4 ESTRATÉGIAS QUE NÃO DEVEM SER UTILIZADAS PARA PREVENÇÃO	23
5. QUADRO RESUMIDO DAS AÇÕES PREVENTIVAS.....	24
5.1 CONSIDERAÇÕES ANTES DA CATETERIZAÇÃO VIA URETRAL.....	25
5.2 CONSIDERAÇÕES DURANTE A INSTALAÇÃO DO CATETER DE VIA URETRAL 26	
5.3 CONSIDERAÇÃO PARA A MANUTENÇÃO DO CATETER VIA URETRAL	27
5.4 CONSIDERAÇÃO PARA A MANUTENÇÃO DO CATETER VIA URETRAL	29
6. REFERÊNCIAS	30
OBSERVAÇÕES FINAIS.....	32



INTRODUÇÃO

1

O desafio de prevenir danos aos usuários dos serviços de saúde e prejuízos associados aos cuidados decorrentes de processos ou estruturas da assistência é cada vez maior e, portanto, faz-se necessária a atualização de protocolos específicos de critérios diagnósticos e medidas de prevenção para a redução das **Infeções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)**.

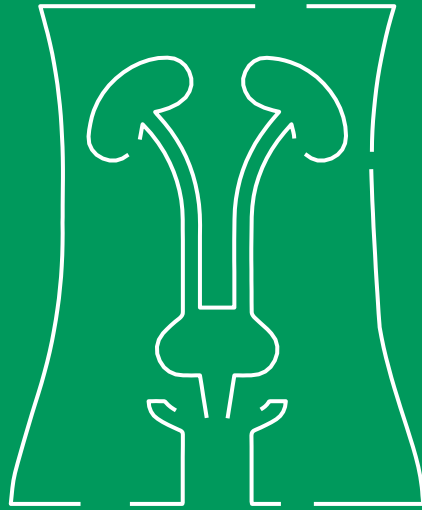
IRAS é toda infecção associada aos cuidados de saúde, adquirida num prazo maior que 48 horas, que não esteja no seu período de incubação, em um serviço de saúde.

A **Infeção do Trato Urinário (ITU)** é uma das causas prevalentes de IRAS de grande potencial preventivo, visto que a maioria está relacionada à cateterização vesical.

O diagnóstico clínico precoce, associado aos exames complementares (qualitativo e quantitativo de urina e urocultura), fornece evidência para uma adequada terapêutica, apesar dos casos de bacteriúria assintomática e candidúria, que podem induzir tratamentos desnecessários.

A terapêutica deverá ser conduzida empiricamente, fundamentada nas taxas de prevalência das infecções urinárias locais e nos protocolos elaborados em conjunto com a equipe assistencial.





DEFINIÇÃO DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO

2

Definição das Infecções do Trato Urinário relacionadas à assistência à saúde.

2.1 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE ASSOCIADA A CATETER VESICAL (ITU-AC).

Qualquer infecção sintomática de trato urinário em paciente em uso de cateter vesical de demora há pelo menos 48 horas*.

*Cateter vesical de demora: considera-se aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção suprapúbica e cateterização intermitente.

2.2 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NÃO ASSOCIADA A CATETER (ITU-NAC).

Qualquer infecção sintomática de trato urinário em paciente sem uso de cateter vesical de demora no momento ou há 24 horas.

2.3 OUTRAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO (ITU).

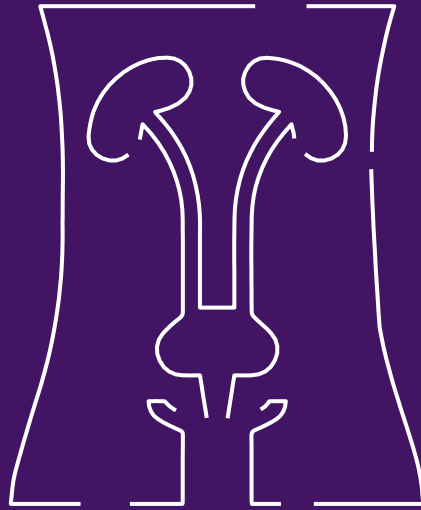
ITUs não relacionadas a procedimento urológico (cirúrgico ou não) diagnosticadas após a admissão em serviço de saúde que não estão em seu período de incubação no momento da admissão. Compreendem as infecções de rim, ureter, bexiga, uretra e tecidos adjacentes ao espaço retroperitoneal e espaço perinefrético. Incluem-se as infecções associadas a procedimentos urológicos não cirúrgicos.

ATENÇÃO

- 1.** Este documento aborda apenas a **Infecção do Trato Urinário Sintomática**. Não serão consideradas as ITU assintomáticas porque não devem ser foco de vigilância e não são alvo de notificação. Considera-se ITU assintomática a infecção presente em paciente com ou sem cateter vesical de demora, que não apresenta sinais ou sintomas e possui cultura de urina/hemocultura positiva.
- 2.** As infecções relacionadas a **outros procedimentos urológicos** também não serão abordadas neste documento porque serão consideradas como infecção de outros sítios.
- 3.** Em geral as **bacteriúrias** não devem ser tratadas, salvo em situações especiais, nas quais o médico assistente considere importante instituir tratamento.

As **ITU - AC** (Infecções do Trato Urinário associadas ao Cateter Vesical) podem ser classificadas em:

- **Extraluminal (biofilme):** contaminação durante a introdução do cateter vesical, trauma ou escarificação da uretra por pressão do meato e entrada de microrganismos entre as junções do sistema;
- **Intraluminal:** ocorre em decorrência de desconexão do sistema, refluxo urinário e entrada de microrganismos entre as junções do sistema.



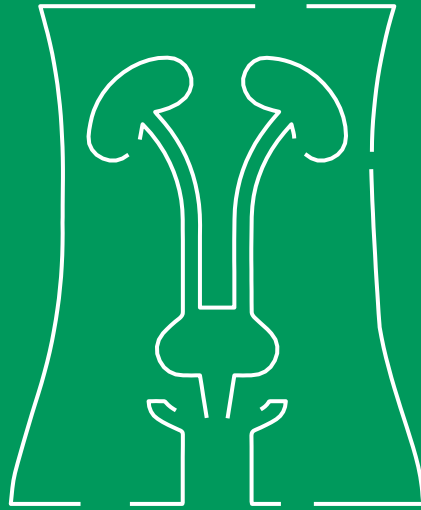
EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

3



As ITUs são responsáveis por **35-45% das IRAS** em pacientes adultos, com densidade de incidência de 3,1-7,4/1000 cateteres/dia. Aproximadamente **16-25%** dos pacientes de um hospital serão submetidos ao cateterismo vesical, de alívio ou de demora, em algum momento de sua hospitalização, muitas vezes sob indicação clínica equivocada ou inexistente e até mesmo sem conhecimento médico. A problemática continua quando muitos pacientes permanecem com o dispositivo **além do necessário**, apesar das complicações infecciosas (locais e sistêmicas) e não infecciosas (desconforto para o paciente, restrição da mobilidade, traumas uretrais por tração), inclusive custos hospitalares e prejuízos ao sistema de saúde público e privado. Entende-se que o **tempo de permanência** da cateterização vesical é o fator crucial para colonização e infecção (bacteriana e fúngica). O crescimento bacteriano inicia-se após a instalação do cateter, numa proporção de 5-10% ao dia, e estará presente em todos os pacientes ao final de quatro semanas. O potencial risco para ITU associado ao cateter intermitente é inferior, sendo de 3,1%. E, quando na ausência de cateter vesical, de 1,4%.

Os agentes etiológicos responsáveis por essas ITU costumam, inicialmente, pertencer à **microbiota do paciente**. E, posteriormente, devido ao uso de antimicrobianos, seleção bacteriana, colonização local, fungos e aos cuidados do cateter, pode ocorrer a modificação da microbiota. **As bactérias Gram negativas** (enterobactérias e não fermentadores) são as mais frequentes, mas **Gram positivos** são de importância epidemiológica, especialmente do gênero *Enterococcus*.



MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA ITU RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

4

Não use cateter urinário, exceto nas seguintes situações:

- 1.** Pacientes com impossibilidade de micção espontânea.
- 2.** Paciente instável hemodinamicamente com necessidade de monitorização de débito urinário.
- 3.** Pós-operatório, pelo menor tempo possível, com tempo máximo recomendável de até 24 horas, exceto para cirurgias urológicas específicas.
- 4.** Tratamento de pacientes do sexo feminino com úlcera por pressão grau IV com cicatrização comprometida pelo contato pela urina.

Sempre dar preferência ao cateterismo intermitente ou drenagem suprapúbica e uso de drenagem externa para o sexo masculino.

4.1 TÉCNICA DE INSERÇÃO DO CATETER URINÁRIO

- 1.** Reunir o material para higiene íntima, luva de procedimento e luva estéril, campo estéril, sonda vesical de calibre adequado, gel lubrificante, antisséptico preferencialmente em solução aquosa, bolsa coletora de urina, seringa, agulha e água destilada;
- 2.** Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica para as mãos;
- 3.** Realizar a higiene íntima do paciente com água e sabonete líquido (comum ou com antisséptico);
- 4.** Retirar luvas de procedimento, realizar higiene das mãos com água e sabão;
- 5.** Montar campo estéril fenestrado com abertura;

- 6.** Organizar material estéril no campo (seringa, agulha, sonda, coletor urinário, gaze estéril) e abrir o material, tendo o cuidado de não o contaminar;
- 7.** Calçar luva estéril;
- 8.** Conectar sonda ao coletor de urina (atividade), testando o balonete (sistema fechado com sistema de drenagem com válvula antirrefluxo);
- 9.** Realizar a antisepsia da região perineal com solução padronizada, partindo da uretra para a periferia (região distal);
- 10.** Introduzir gel lubrificante na uretra em homens;
- 11.** Lubrificar a ponta da sonda com gel lubrificante em mulheres;
- 12.** Seguir técnica asséptica de inserção;
- 13.** Observar drenagem de urina pelo cateter e/ou sistema coletor antes de insuflar o balão para evitar lesão uretral. Sistema coletor deverá ficar abaixo do nível da bexiga, sem contato com o chão. Observar para manter o fluxo desobstruído;
- 14.** Fixar corretamente o cateter no hipogástrio no sexo masculino e na raiz da coxa em mulheres (evitando traumas);
- 15.** Assegurar o registro em prontuário e no dispositivo para monitoramento de tempo de permanência e complicações;
- 16.** Gel lubrificante estéril, de uso único, com ou sem anestésico (dar preferência ao uso de anestésico em paciente com sensibilidade uretral);

17. Uso para cateter permanente: utilizar cateter de menor calibre possível para evitar trauma uretral.

ATENÇÃO

- Não há evidências de que o uso de sondas impregnadas com **prata ou antibiótico** diminui o risco de infecção (grau de recomendação B);
- **Cateteres de silicone** mostram menor tendência a apresentar incrustações;
- **Cateteres hidrofílicos** trazem mais conforto e qualidade de vida ao paciente, porém não há evidências de redução de infecção;
- O **teste do balonete** pode ser realizado em um dos seguintes momentos:

1) antes de dispor o material no campo estéril: aspirar a água destilada e testar o balonete, segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento do balonete;

2) dentro do campo estéril: colocar a seringa e a sonda no campo estéril, a água destilada na cuba rim. Aspirar a água destilada e testar a integridade do balonete.

4.2 PRÁTICAS BÁSICAS

4.2.1 INFRAESTRUTURA PARA PREVENÇÃO

- 1.** Criar e implantar **protocolos** escritos de uso, inserção e manutenção do cateter;
- 2.** Assegurar que a inserção do cateter urinário seja realizada apenas por **profissionais capacitados e treinados**;

3. Assegurar a disponibilidade de materiais para inserção com **técnica asséptica**;

4. Implantar sistema de **documentação em prontuário** das seguintes informações: indicações do cateter, responsável pela inserção, data e hora da inserção e retirada do cateter:

- a. Registrar nas anotações de enfermagem ou prescrição médica (o registro deve ser no prontuário do paciente, em arquivo padronizado para coleta de dados e implantação de melhorias);
- b. Assegurar equipe treinada e recursos que garantam a vigilância do uso do cateter e de suas complicações.

4.2.2 VIGILÂNCIA DE PROCESSO

Agrupar pacientes ou unidades, conforme o risco, para estabelecer a rotina de monitoramento e vigilância, considerando a frequência do uso de cateteres e os riscos potenciais, como, por exemplo, tipos de cirurgias, obstetrícia e unidades de terapia intensiva.

1. Utilizar critérios da Anvisa para **identificar** paciente com ITU-AC;

2. Coletar informações de cateteres-dia (denominador) para pacientes no grupo ou unidades monitoradas;

3. Calcular ITU-AC para **populações definidas**: mensurar o uso do cateter urinário incluindo:

- Porcentagem de pacientes com cateter urinário inserido durante internação;
- Porcentagem de uso do cateter com indicações adequadas;
- Duração do uso do cateter.

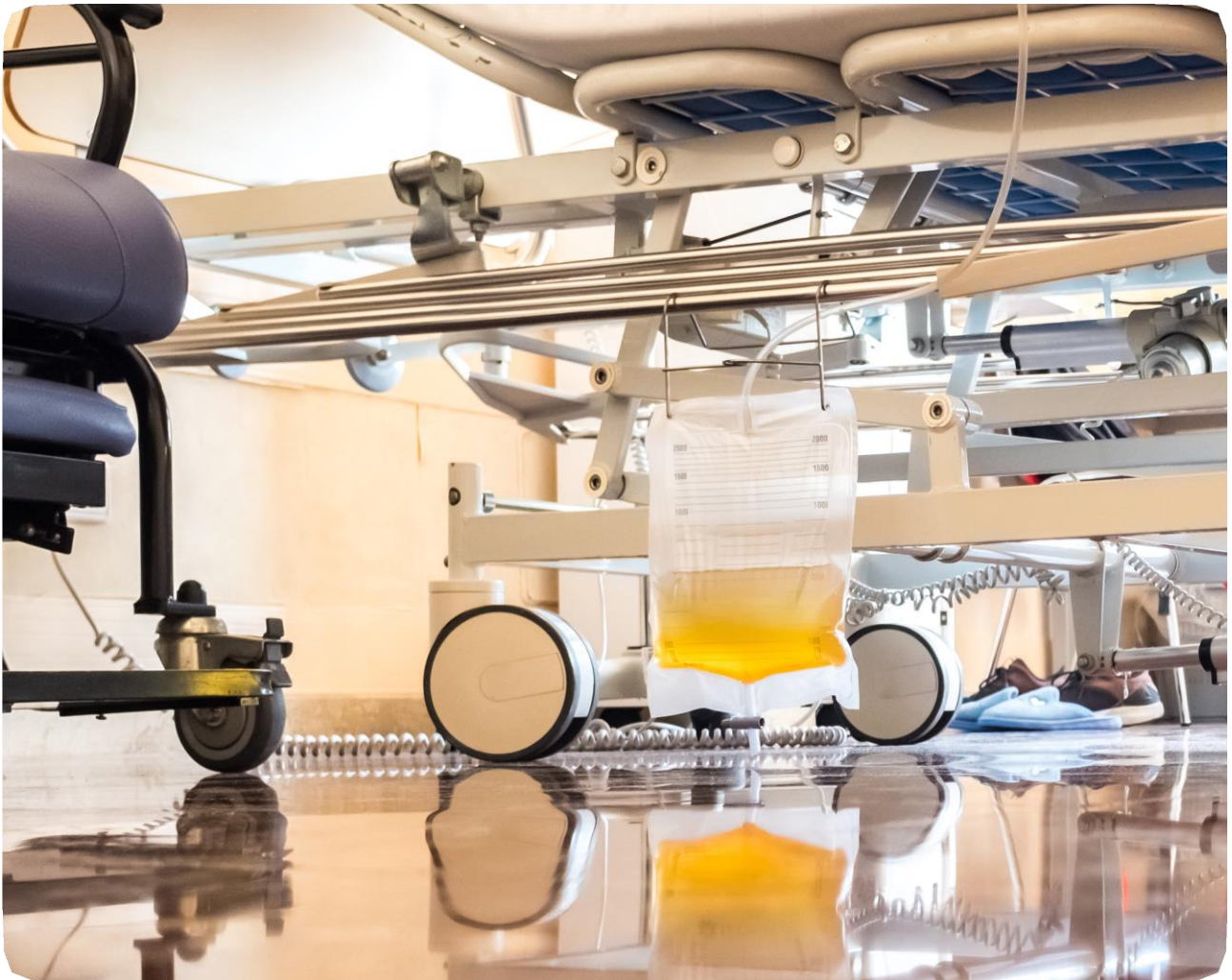
4. Disponibilizar mensalmente às equipes e à alta direção os **relatórios de vigilância** epidemiológica, por unidade, contendo as densidades de incidência de ITU.

4.2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE E TREINAMENTO

Treinar a equipe de saúde envolvida na inserção, cuidados e manutenção do cateter urinário com relação à prevenção de ITU associada ao cateter, incluindo alternativas ao uso do cateter e procedimentos de inserção, manejo e remoção.

4.2.4 MANUSEIO CORRETO DO CATETER

1. Após a inserção, **fixar** o cateter de modo seguro e que não permita tração ou movimentação;
2. Manter o sistema de drenagem **fechado e estéril**;
3. **Não desconectar** o cateter ou tubo de drenagem, exceto se a irrigação for necessária;
4. **Trocar** todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento;
5. Para **exame de urina**, coletar pequena amostra, por meio de aspiração de urina com agulha estéril, após desinfecção do dispositivo de coleta;
6. Levar a amostra imediatamente ao laboratório para cultura;
7. Manter o **fluxo** de urina desobstruído;



8. **Esvaziar** a bolsa coletora regularmente, utilizando recipiente de coletor individual, e evitar o contato do tubo de drenagem com o recipiente coletor;
9. Manter sempre a bolsa coletora abaixo do **nível da bexiga**;
10. Não há recomendação para uso de **antissépticos tópicos ou anti-bióticos** aplicados ao cateter, uretra ou meato uretral;
11. Realizar a **higiene** rotineira do meato e sempre que necessário;
12. Não é necessário fechar previamente o cateter, antes da sua **remoção**.

4.3 ESTRATÉGIAS ESPECIAIS PARA PREVENÇÃO DE ITU-AC

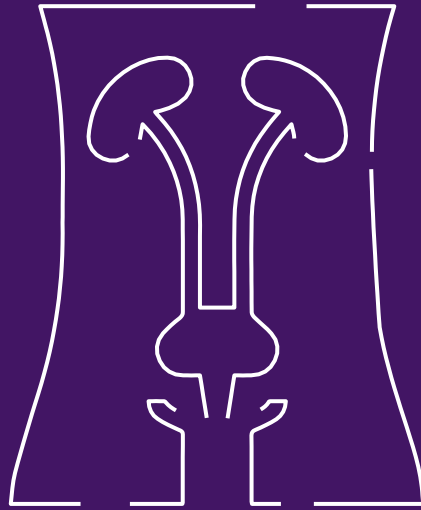
4.3.1 PROCEDER À AVALIAÇÃO DO RISCO DE ITU-AC

Estas estratégias são indicadas para hospitais que apresentam **altas taxas de ITU-AC**, apesar da implantação de um programa efetivo e das medidas básicas listadas anteriormente.

1. Implantar um programa na instituição para identificar e remover **cateteres desnecessários**, utilizando lembretes ou ordens para interromper o uso e avaliar a necessidade de remover o cateter;
2. Desenvolver e implantar **política de revisão contínua**, diária, da necessidade de manutenção do cateter;
3. Revisar a **necessidade da manutenção** do cateter (lembretes padrão, distribuídos no prontuário escrito ou eletrônico);
4. Implantar **visita diária**, com médico e enfermeiro revisando a necessidade da manutenção do cateter;
5. Desenvolver **protocolo de manejo de retenção urinária no pós-operatório**, incluindo cateterização intermitente e ultrassonografia - USG de bexiga, com medida do resíduo pós-miccional;
6. Estabelecer sistema de **análise e divulgação de dados** sobre uso do cateter e complicações;
7. Definir e monitorar **eventos adversos**, além de ITU-AC, como obstrução do cateter, remoção acidental, trauma ou reinserção após 24 horas da retirada;
8. Para melhor análise dos dados, **estratificar de acordo com fatores de risco** relevantes (idade, sexo, duração, setor, doença de base). Revisar e divulgar os resultados aos interessados em tempo hábil.

4.4 ESTRATÉGIAS QUE NÃO DEVEM SER UTILIZADAS PARA PREVENÇÃO

1. Não utilizar rotineiramente cateter impregnado com **prata ou outro antimicrobiano**;
2. Não monitorar rotineiramente **bacteriúria assintomática** em pacientes com cateter;
3. Não tratar **bacteriúria assintomática**, exceto antes de procedimento urológico invasivo;
4. Evitar **irrigação** do cateter;
5. Não realizar irrigação vesical contínua com agente **antimicrobiano**;
6. Não utilizar instilação rotineira de **soluções antissépticas ou antimicrobianas** em sacos de drenagem urinária;
7. Quando houver **obstrução** do cateter por muco, coágulos ou outras causas, proceder a irrigação com sistema fechado;
8. Não utilizar rotineiramente **antimicrobianos sistêmicos profiláticos**;
9. Não **trocar** cateteres rotineiramente.



QUADRO RESUMIDO DAS AÇÕES PREVENTIVAS

5

5.1 CONSIDERAÇÕES ANTES DA CATETERIZAÇÃO VIA URETRAL

Seleção paciente	Evitar cateterização, sempre que possível
Profissional da saúde	<ul style="list-style-type: none">• Treinamento inicial sobre técnica asséptica;• Treinamento periódico.
Seleção do cateter	<ul style="list-style-type: none">• Utilizar cateter de menor calibre, que promova bom fluxo de urina;• Considerar cateter de silicone nas cateterizações a longo prazo (menor tendência a apresentar incrustações);• Não existe um benefício claro para uso de cateter impregnado com antimicrobiano;• Utilizar cateter de 3 vias em caso de necessidade de irrigação;• Insuflar, no máximo, 1/3 da capacidade volumétrica do balonete com água destilada.
Escolha e manutenção do sistema de drenagem	<ul style="list-style-type: none">• Sempre dar preferência ao cateterismo intermitente ou drenagem suprapúbica e uso de drenagem externa para o sexo masculino;• Utilizar sistema fechado e estéril com válvula antirrefluxo;• Não utilizar desinfetantes ou antimicrobianos na bolsa coletora;• Clampear a extensão do sistema de drenagem, quando for necessário elevar a bolsa acima do nível da bexiga.

5.2 CONSIDERAÇÕES DURANTE A INSTALAÇÃO DO CATE- TER DE VIA URETRAL

Profilaxia antimicrobiana	Geralmente não é recomendada.
Higiene das mãos	<ul style="list-style-type: none">• Utilizar produto alcoólico rotineiramente ou água e antisséptico, caso as mãos estiverem visivelmente sujas;• Antes de iniciar a técnica, é necessário retirar adornos, como anéis, pulseiras e relógios.
Técnica	<ul style="list-style-type: none">• Realizar higiene íntima do paciente com água e sabonete líquido (genitália), três vezes por dia;• Utilizar clorexidina aquosa (meato uretral), luva estéril, máscara cirúrgica, campos estéreis, gel lubrificante estéril e de uso único, com ou sem anestésico (partindo da uretra para a periferia – região distal);• Utilizar luva estéril na inserção do cateter.
Irrigação	Não realizar irrigação do cateter com antimicrobianos e não usar antissépticos tópicos ou antibióticos aplicados ao cateter, uretra ou meato uretral.
Conexão do cateter para o sistema de drenagem	<ul style="list-style-type: none">• Técnica asséptica;• O sistema deve ser conectado antes da introdução do cateter.
Fixação do cateter	A troca da fixação do cateter deve ser realizada diariamente e deve-se alternar o posicionamento do cateter vesical de demora (CVD) para prevenir a formação de úlcera.

5.3 CONSIDERAÇÃO PARA A MANUTENÇÃO DO CATETER VIA URETRAL

Higienização das mãos e uso de luvas de procedimento	<ul style="list-style-type: none">• Utilizar produto alcoólico rotineiramente ou água e antisséptico, caso as mãos estiverem visivelmente sujas;• Antes de iniciar a técnica, é necessário retirar adornos, como anéis, pulseiras e relógios.
Posição do saco coletor	<ul style="list-style-type: none">• Manter sempre abaixo do nível da bexiga;• Não deverá estar em contato com o chão, parede ou superfícies;• Observar para manter o fluxo desobstruído;• Evitar formação de algas no tubo de drenagem.
Cuidados com o meato urinário e região perineal	<ul style="list-style-type: none">• Nenhum benefício foi encontrado com a aplicação de antimicrobiano tópico;• Realizar higiene da região perineal e meato urinário, três vezes ao dia, com água e sabão.
Vigilância microbiológica de rotina	Não recomenda.
Infusão profilática de antimicrobianos no sistema do cateter	Não recomenda.

Coleta de urina para exames

- Coletar no dispositivo próprio do tubo coletor do sistema de drenagem;
- Desinfetar o local de punção com álcool 70%;
- Utilizar agulha fina e seringa estéril;
- Levar a amostra imediatamente ao laboratório, para cultura.

Esvaziamento da urina do saco coletor

- Deve ser esvaziada sempre que atingir 2/3 da sua capacidade ou a cada plantão;
- Utilizar recipiente individualizado não sendo recomendado o esvaziamento simultâneo de vários pacientes em um mesmo recipiente;
- Não violar o clamp;
- Manter o clamp distal sempre fechado, inclusive em pacientes com irrigação vesical;
- Não permitir o contato do tubo de saída de urina com o recipiente da coleta e outras superfícies;
- Registrar no prontuário o volume desprezado, em ml.



5.4 CONSIDERAÇÃO PARA A MANUTENÇÃO DO CATETER VIA URETRAL

Indicações para troca do cateter

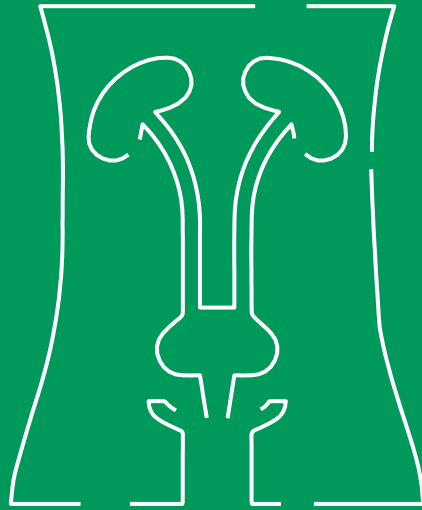
- Obstrução do cateter ou do tubo coletor;
- Desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento (trocar todo o sistema, quando ocorrer);
- Suspeitas ou evidências de incrustações na superfície interna do cateter;
- Mau funcionamento do cateter;
- Urina com aspecto purulento no saco coletor do cateter;
- Febre persistente de origem desconhecida.

Vigilância microbiológica na retirada

Não recomenda.

Profilaxia antimicrobiana no momento da retirada

Não recomenda.



REFERÊNCIAS

6

- 1.** Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. “Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde”. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017.
- 2.** Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. “Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde Neonatologia”. Brasília – DF. 2013
- 3.** Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, Saint S, Schaeffer AJ, Tambayh PA, Tenke P, Nicolle LE; Infectious Diseases Society of America. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010 Mar 1;50(5):625-63
- 4.** Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK I, Kuntz G, Pegues DA. Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009 Practices Advisory Committee (HICPAC). I Infect Control Hosp Epidemiol. 2010 abril; 31(4):1-8.
- 5.** Chenoweth, CE, Gould CV, Saint S. Diagnosis, Management, and Prevention of CatheterAssociated Urinary Tract Infections. Infect Dis Clin N Am 2014, 28:105–119.
- 6.** Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. “Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Urinário “. 2014
- 7.** Lima AA, Silva QCG, Camargo FC. Prevenção de infecção do trato urinário. Universidade Federal do Triângulo Mineiro Hospital de Clínicas,31/08/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/prt-svssp-002-prevencao-de-infeccao-do-trato-urinario-versao-2.pdf>

OBSERVAÇÕES FINAIS

Não há dúvida sobre a importância da prevenção de eventos adversos e os protocolos apresentam a melhor relação custo/benefício entre várias estratégias já estudadas. Não basta, entretanto, apenas elaborá-los. Eles devem ser atualizados e revisados constantemente e a equipe deve receber capacitação para que as medidas sejam incorporadas às atividades diárias. Precisam ser amplamente divulgados e sua aplicação, diariamente checada. Sua adequação à realidade de cada serviço de saúde se faz fundamental e depende do registro de eventos ocorridos.

A análise realizada pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da instituição revela pontos frágeis no processo e norteia a elaboração de planos de ação mais assertivos. Há ferramentas específicas que facilitam e orientam esta análise, entre elas o Protocolo de Londres e o método FMEA, temas de futuras discussões.

Indicadores de segurança do paciente são eficientes no acompanhamento da efetividade dos planos de ação estabelecidos, etapa essencial no processo de forma geral. Registrar eventos, analisá-los, implantar ações corretivas, acompanhar indicadores, rever ações. Este ciclo deve fazer parte das rotinas da organização de saúde.

Gostaríamos, para finalizar, de enfatizar a importância não apenas da comunicação interna, mas da notificação da ocorrência de eventos adversos à Anvisa, por meio do Notivisa, sistema desenvolvido para receber notificação de eventos adversos confirmados ou suspeitos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária. Os hospitais e clínicas podem fazer os registros.

É importante que se tenha informações a nível nacional para que medidas mais amplas possam ser tomadas no sentido de prevenir eventos, educar profissionais de saúde e população em geral, difundir boas práticas e disseminar bons resultados obtidos pontualmente. As mudanças só surgirão de trabalho unido, com troca de experiências e conhecimento.

Contamos com todos para a divulgação do material e nos colocamos à disposição.



Unimed 
Três Rios

