



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta**

Mário Jorge Calaça dos Santos

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta**

Mário Jorge Calaça dos Santos



Orientadora: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes
Martins Henriques



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Algo só é impossível até que alguém duvide e resolva provar ao contrário”

Albert Einstein

“A força não provém da capacidade física. Provém de uma vontade indomável”

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

Concluída esta etapa da minha vida académica e profissional, quero agradecer profundamente a todos os que contribuíram para o sucesso deste percurso, sendo que os nomes seriam imensos. Muito obrigado pelas vossas palavras, pela força nos momentos mais complicados, pelo apoio emocional transmitido, fazendo-me acreditar a cada dia de que eu era capaz e que tudo eu iria superar. Muito Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE – (“A” - Via Aérea; “B” – Respiração; “C” – Circulação/Controlo Hemorragia;

“D” – Estado neurológico; E – Exposição;)

AESP – Atividade Elétrica sem Pulso

AHA – American Heart Association

AO – Assistente Operacional

APA – American Psychological Association

ARDS – Acute respiratory distress syndrome/Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

ASPECTS – Alberta stroke program early CT score

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVDs – Atividades de Vida Diárias

BIS – Índice Bispectral

BPS/ECD – Behavioral Pain Scale/ Escala Comportamental da Dor

CAGEDE – Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros

CAM-ICU – Confusion Assessment Method for the ICU/ Escala de avaliação do delírio em UCI

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

CO₂ – Dióxido de Carbono

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DHC – Doença Hepática Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna

EOT – Entubação Orotraqueal

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ETCO₂ – End Tidal CO₂/CO₂ no Final da Expiração

EV - Endovenosa

FC – Frequência Cardíaca

FiO₂ – Fração Inspirada de Oxigénio

GBS – Glasgow-Blatchford Score

GCS – Glasgow Coma Scale ou Escala de Coma de Glasgow

HDA – Hemorragia Digestiva Alta

I:E – Inspiração/Expiração

INR – International Normalized Ratio/Razão Normalizada Internacional

ISBAR – I – “Introduction” (Identificação cliente); S – “Situation” (Situação atual); B – “Background” (Antecedentes pessoais/anamnese) A – “Assessment” (Avaliação); R – “Recommendation” (Recomendações de cuidados)

LA – Linha Arterial

MAV – Malformação ArtérioVenosa

NE – Nutrição Entérica

NIH/NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale

O₂ – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAM – Pressão Arterial Média

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PE – Processo de Enfermagem

PEEP – Pressão Positiva no Final da Expiração

PIC – Pressão IntraCraneana

PVC – Pressão Venosa Central

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale ou escala de Agitação-Sedação de Richmond

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RS – Rockall Score

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SNC – Sistema Nervoso Central

SO – Serviço de Observação

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigênio

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCE – Traumatismo craneoencefálico

TDC – Transporte do Doente Crítico

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

TEV – Tratamento EndoVascular

TOT – Tubo Orotraqueal

TSFR – Técnicas de Substituição da Função Renal

TVM – Traumatismo Vertebro-Medular

UC – Unidade Curricular

UCE – Unidade de Concentrado Eritrocitário

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UGIB – Upper Gastrointestinal Bleeding/Hemorragia Digestiva Alta

UP – Úlceras de Pressão

UTG – Unidade de Técnicas de Gastreenterologia

VA – Via Aérea

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VV – Via Verde

RESUMO

O presente relatório, apresenta-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (PSC), e vem desta forma explicar o percurso efetuado nos contextos de estágio quer de Serviço de urgência, quer de Unidade de Cuidados Intensivos, com foco especial no meu tema de projeto “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta”. Tem assim em vista a minha aquisição e desenvolvimento de competências na intervenção à PSC e respetiva família, tendo como cerne as competências inerentes ao grau de mestre (definidas pelos descritores de Dublin e Decreto de lei n.º65/2018), o documento orientador do Mestrado da PSC da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e ainda as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de intervenção à PSC.

A Hemorragia Digestiva Alta (HDA) em fase aguda, quer de origem varicosa, quer de origem não varicosa, ainda se apresenta nos dias de hoje como uma grande ameaça para os clientes, podendo levar a situações de falência multiorgânica e até mesmo de morte, caso não haja uma vigilância e intervenção adequadas. Apesar de todos os avanços na terapêutica tanto sistémica (via endovenosa), como ao nível da evolução na tecnologia endoscópica, todos estes riscos se mantêm elevados, pelo que se torna num enorme desafio para todos os profissionais de saúde que destes clientes cuidam, onde se inclui o enfermeiro como um pilar fundamental dos cuidados, e em que urge a necessidade de uma intervenção cada vez mais especializada.

Assim, o foco dos cuidados à PSC com HDA, alude à prevenção de desfechos potencialmente fatais, através de uma vigilância constante dos diversos sinais e sintomas de hemorragia, antecipando cuidados fundamentais, intervindo precocemente perante a deteção de sinais de instabilidade, tendo em vista assim o controlo da hemorragia e todas as lesões secundárias que daí derivam para o cliente. Todo este percurso de desenvolvimento de competências, veio inevitavelmente traduzir-se numa evolução no cuidar em enfermagem a este tipo de clientes e não só, promovendo sem dúvida uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, baseados em conhecimento científico, que por sua vez se traduzem em melhores outcomes na saúde e bem-estar finais.

Palavras-chave: Hemorragia Digestiva Alta, Cuidados Críticos, Intervenções Enfermagem, Controlo da Hemorragia, Adulto.

ABSTRACT

This report is presented within the scope of the Master's Degree in Nursing in the Area of Specialization to The Person in Critical Situation (PSC), and thus explains the course taken in the contexts of internship both emergency service and intensive care unit, with special focus on my project theme "Specialized Nursing Intervention to People in Critical Situation with Upper Gastrointestinal Bleeding". It thus has in mind my acquisition and development of competencies in the intervention of the PSC and its family, having as its core the competencies inherent to the master's degree (defined by the dublin descriptors and decree of law no. 65/2018), the guiding document of the Master's degree of the PSC of the Higher School of Nursing of Lisbon (ESEL), and also the common and specific competencies of the specialist nurse in the area of intervention to the PSC.

The acute Upper Gastrointestinal Bleeding (UGIB), whether of variceal or nonvariceal origin, still presents itself nowadays as a major threat to clients, and can lead to situations of multiorganic failure and even death, if there is no adequate surveillance and intervention. Despite all the advances in therapeutics both systemic (intravenously), as well as in the level of evolution in endoscopic technology, all these risks remain high, so it becomes a huge challenge for all health professionals who care for these clients, where nurses are included as a fundamental pillar of care, and in which the need for an increasingly specialized intervention is urgently needed.

Thus, the focus of PSC care with UGIB, alludes to the prevention of potentially fatal outcomes, through constant surveillance of the various signs and symptoms of hemorrhage, anticipating fundamental care, intervening early in the presence of signs of instability, thus in view of the hemorrhage control and all secondary lesions that derive to the client. This whole path of skills development inevitably resulted in an evolution in nursing care to this type of clients and not only, undoubtedly promoting a continuous improvement in the quality of care provided, based on scientific knowledge, which in turn translate into better outcomes in final health and well-being.

Keywords: Upper Gastrointestinal Bleeding, Critical Care, Nursing Interventions, Hemorrhage Control, Adult.

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	23
1-ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	28
1.1-A Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta.....	28
1.2-Intervenção Especializada de Enfermagem.....	30
2-PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	36
2.1-Estágio em Serviço de Urgência.....	36
2.2-Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos.....	52
2.3-Outras Atividades Desenvolvidas.....	66
3-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

APÊNDICES

APÊNDICE I – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

APÊNDICE II – Cronograma 3º Semestre Curso Mestrado

APÊNDICE III – Objetivos de Estágio: Serviço de Urgência

APÊNDICE IV – Objetivos de Estágio: Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE V – Plano de Sessão de Formação: Serviço de Urgência

APÊNDICE VI – Sessão de formação: Serviço de Urgência

APÊNDICE VII – Questionário/Avaliação da Sessão de Formação: Serviço de Urgência

APÊNDICE VIII – Plano de Sessão de Formação: Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE IX – Sessão de formação: Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE X – Questionário/Avaliação da Sessão de Formação: Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE XI – Apresentação em 8º Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros – CAGEDE 2021

ANEXOS

ANEXO I – Certificado Curso de Suporte Avançado de Vida em trauma: ATLS/ATCN

ANEXO II – Certificado Renovação do Curso de Aluno em Suporte Avançado de Vida

ANEXO III – Certificado Renovação de Curso de Instrutor em Suporte Avançado de Vida

ANEXO IV – Certificado Renovação do Curso de Aluno em Suporte Básico de Vida

ANEXO V – Certificado Renovação do Curso de Instrutor em Suporte Básico de Vida

ANEXO VI – Certificado de Participação em conferência online: “Person-centredness: To Be or Not to Be”

ANEXO VII – Certificado de Participação no Webinar da ESEL: “Formação, Investigação e Exercício Clínico”

ANEXO VIII – Certificado Participação no 8º Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros – CAGEDE 2021

ANEXO IX – Certificado de Palestrante no 8º Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros – CAGEDE 2021

ANEXO X – Certificado de elemento integrante da Comissão Científica no 8º Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros – CAGEDE 2021

ANEXO XI – Certificado Participação na XXXVI Reunião Anual do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais

ANEXO XII – Cursos Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida ministrados durante o período de Mestrado

INTRODUÇÃO

Dada a complexidade crescente nos cuidados de saúde na época contemporânea, urge a necessidade cada vez maior de um desenvolvimento de respostas mais eficientes e adequadamente adaptadas à especificidade/unicidade humana, perante a panóplia de processos patológicos que se traduzem em situações debilitantes. Isto remete inevitavelmente para um desafio constante para a profissão de enfermagem, ou seja, na busca contínua pela qualidade dos cuidados prestados aos clientes, estando inequivocamente implícita a necessidade de práticas baseadas na melhor e mais recente evidência científica. A prática baseada na evidência (PBE) promove uma intervenção de enfermagem de forma fundamentada, e conseqüentemente incita a melhores tomadas de decisão na prática clínica diária (Trindade & Ramos, 2020).

Por sua vez, a aprendizagem em contexto de trabalho, nomeadamente na profissão de enfermagem, apesar de ter na sua base a formação académica e a mais recente evidência científica, muitas vezes é obtida através da prática de cuidados quotidiana sob um modo informal, o que leva a uma aprendizagem no momento da vivência, com a observação direta do impacto dos nossos cuidados (Canário, 2007). Estas aprendizagens informais ganham uma grande dimensão na profissão, uma vez que, o enfermeiro intervém constantemente perante a singularidade humana, transformando e moldando comportamentos e atitudes (Canário, 2007). O processo de aprendizagem e de desenvolvimento profissional é assim adquirido de forma contínua ao longo do tempo, reunindo diversas experiências/vivências de forma sistemática (Marcelo, 2009). Em concomitância, é de referir que as práticas reflexivas após as vivências em contexto real, ajudam sem dúvida a melhor estruturar o nosso pensamento enquanto enfermeiros, culminando em melhores desempenhos futuros (Mendes, 2016). É importante assim refletir sobre as situações vivenciadas e atribuir significados, que em simultâneo com a busca da mais recente evidência científica, nos leve à prestação de cuidados de excelência.

Neste sentido, e integrado na Unidade Curricular (UC) de “Estágio com Relatório” do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (CMEEPSC), o presente relatório visa a apresentação do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, nos contextos de estágio em Serviço de Urgência (SU) e de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Vem assim dar continuidade ao projeto de estágio por mim previamente elaborado (Apêndice I),

permitindo transpor para a prática clínica todos os objetivos a que me propus desenvolver ao longo do 3ºSemestre (Apêndices III, IV), tendo como cerne as competências inerentes ao grau de Mestre (Joint Quality Initiative, 2004; Ministério da Ciência, 2018), o documento orientador do Mestrado da PSC da ESEL (Ministério da Ciência, 2021), e ainda as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Ministério da Saúde, 2019) e competências específicas na área de intervenção à PSC (Ministério da Saúde, 2018).

Deste modo, irei apresentar ao longo deste relatório as diversas experiências/vivências tidas ao longo dos estágios na abordagem à PSC e família, abordando-a de uma forma geral e o respetivo cuidar em enfermagem em contextos de alta complexidade (Benner et al., 2011), mas com especial enfoque no meu tema de projeto intitulado de “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta”. O tema da Hemorragia Digestiva Alta (HDA) é para mim um tema de particular interesse, uma vez que faz parte da minha atividade profissional numa Unidade de Técnicas de Gastrenterologia (UTG), onde cuido com alguma frequência deste tipo de clientes. O desenvolvimento destas competências específicas vem reforçar a qualidade dos meus cuidados perante este tipo de clientes, preenchendo algumas das minhas lacunas de conhecimentos. Mais concretamente, permitiram-me desenvolver cuidados ainda mais abrangentes e específicos, praticados em outros contextos (SU e UCI), contextos estes que contrariamente à UTG (onde o cliente apenas está no período de realização do exame), recebem, estabilizam e mantêm uma vigilância mais prolongada no tempo, atuando não apenas no evento hemorrágico, como também em todas as “lesões secundárias” que daí derivam. Irei destacar o modo como o enfermeiro pode ter uma intervenção mais especializada perante este tipo de clientes, a intervenção na vigilância e controlo da hemorragia, tendo em conta todos os conhecimentos adquiridos na Revisão Integrativa da Literatura (RIL) (Apêndice I) efetuada previamente aos estágios, como também através das aprendizagens decorrentes da prática real nos dois contextos de estágio.

A PSC com HDA pode rapidamente evoluir para uma situação de falência multiorgânica, podendo mesmo correr risco de vida, pelo que a promoção da segurança do cliente através de uma vigilância e atuação competente, identificando rapidamente sinais e sintomas de instabilidade, e que visam a sua rápida correção, poderá fazer toda a diferença não apenas em termos de sobrevivência, como também

na qualidade de vida do cliente após vivência do evento crítico (Benner et al., 2011; Gibson et al., 2018; Pezzotti, 2020). A segurança do cliente é também mencionada pela organização mundial de saúde (OMS) como o princípio fundamental dos cuidados de saúde, que por sua vez recomenda uma atuação eficaz na prevenção de “danos” ao cliente, especialmente os “danos evitáveis” (World Health Organization (WHO), 2017). De referir ainda que abordar a PSC é também cuidar da família e outros significativos, é ter em conta as crenças, os valores, as reais necessidades a cada momento, não se centrando apenas na doença, mas sim num cuidado centrado na pessoa, com toda a panóplia de especificidades que possui, para que se possa promover o máximo bem-estar (McCormack & McCance, 2006). Não menos importante, e tendo em conta toda a intervenção à PSC, é importante ter sempre presente e respeitar os princípios éticos fundamentais, no qual destaco o princípio da “Não Maleficência” e o princípio da “Vulnerabilidade”, ou seja, atuar no melhor benefício para o cliente sem lhe infligir danos, tendo sempre em atenção toda a fragilidade e vulnerabilidade em que se encontra perante o seu processo de doença (Beauchamp & Childress, 2019).

Este relatório divide-se assim em dois grandes capítulos, em que primeiramente é abordada a temática da PSC com HDA e os desafios inerentes na abordagem a este tipo de clientes, e ainda as teorias de enfermagem que o suportam, e que se congregam como fio condutor para a minha intervenção ao longo deste percurso do 3º semestre. O segundo grande capítulo, aborda então de forma mais detalhada os objetivos de estágio em cada um dos contextos, com as experiências/vivências tidas ao longo de cada um dos estágios (SU e UCI), demonstrando de maneira mais explícita e detalhada todo o meu percurso para a aquisição e desenvolvimento de competências gerais e específicas, com as respetivas atividades inerentes que foram desenvolvidas, e ainda outras atividades no âmbito da investigação e divulgação do conhecimento. Nas considerações finais, abordo de forma sistematizada todo o percurso efetuado, as principais dificuldades encontradas e as estratégias desenvolvidas para as superar, as aprendizagens adquiridas, e a importância fundamental no meu crescimento profissional e pessoal. Este relatório vem sem dúvida permitir a análise e reflexão sobre os desafios profissionais diários que vivenciei em estágio, o confronto contínuo entre a teoria e a prática, a partilha de conhecimentos com a expertise dos orientadores de estágio em cada área específica, e que foram uma constante ao longo dos dias de estágio. Espero também, com este

percurso e este trabalho, ter contribuído para o conhecimento em enfermagem, enquanto disciplina e profissão, uma vez que, a temática da intervenção especializada de enfermagem à PSC com HDA, ainda é um tema com reduzida literatura publicada, tendo a oportunidade não apenas de a desenvolver ao longo do presente trabalho, como também pela oportunidade que tive para a divulgação destes mesmos conhecimentos, quer nos locais de estágio por onde passei (Apêndices VI, IX), quer pela divulgação enquanto palestrante num congresso nacional para enfermeiros de gastroenterologia (Apêndice XI).

De referir que os contextos de estágio supracitados foram um SU polivalente e um serviço de UCI polivalentes de hospitais da área metropolitana de Lisboa, num período de 18 semanas.

Considero que este meu percurso foi norteado pelo modelo de Dreyfus apresentado por Benner (Benner, 2001), e que visa o percurso evolutivo de iniciado a perito em enfermagem, e que no meu caso tendo em conta que apenas tive uma breve passagem profissional pelo SU no início da profissão e ausência total de experiência em contexto de UCI, acabou por se tornar numa experiência muito gratificante, com um enorme ganho de aprendizagem e aumento inevitável de competências, e que embora não tenham permitido atingir o nível de perito, forneceram-me certamente as ferramentas necessárias para um dia poder aspirar esse nível de desenvolvimento. O enfermeiro na minha ótica é sem dúvida um profissional de saúde em constante “construção”, sendo que este crescimento contínuo ao longo da vida resulta das experiências vividas continuamente no contexto da prática real, quer sejam de um modo mais formal ou informal, aliado à busca constante pela prática baseada na evidência, norteando assim o profissional de saúde para a aquisição sólida de conhecimentos e aprendizagens com foco num agir profissional mais competente (Canário, 2007; Eraut, 2000).

Este relatório segue as recomendações gerais para elaboração de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e que se socorre da referência bibliográfica pela norma da *American Psychological Association* (APA).

1-ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1-A Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta

Cuidar da PSC é sem dúvida um desafio tanto ao nível intelectual como emocional, uma vez que, este tipo de clientes encontram-se perante situações patológicas que levam a alterações do equilíbrio fisiológico e instabilidade orgânica, que rapidamente podem se traduzir em risco de vida iminente (Benner et al., 2011). Os cuidados críticos, remetem desta forma para a prestação de cuidados a clientes críticos e/ou potencialmente críticos, que exibem compromisso de um ou de diversos sistemas fisiológicos, com perda ou défice de função orgânica, que culminam na necessidade de substituição dessas mesmas funções de forma artificial e que levam a uma maior vigilância, monitorização e intervenção terapêutica, prevenindo assim uma maior deterioração (Lino & Calil, 2008; Marshall et al., 2017).

A Hemorragia Digestiva Alta (HDA), pode por sua vez, levar o cliente a uma situação crítica, e caracteriza-se pela hemorragia no sistema gastrointestinal superior, mais especificamente no esófago, estômago e/ou duodeno, decorrente de lesões específicas (Martins et al., 2019). A forma de apresentação da HDA é essencialmente de duas formas, nomeadamente pelas hemateméses (vômito sangue vivo) e/ou melenas (sangue escuro e fétido nas fezes) (Martins et al., 2019; Mitra et al., 2012).

A hemorragia do sistema gastrointestinal representa uma emergência médica grave, e apresenta-se como a principal causa em gastroenterologia que motiva ao internamento em unidades hospitalares (Cader & Di Pietro, 2020; Mitra et al., 2012; Pioppo et al., 2021). A hemorragia aguda do sistema gastrointestinal superior, também conhecida como hemorragia digestiva alta (HDA) aguda, é responsável por uma taxa de mortalidade entre 5%-10%, de todos os casos em que se apresenta a nível mundial, apesar de todo o avanço na terapêutica farmacológica e a nível tecnológico, nomeadamente nos tratamentos endoscópicos (Cader & Di Pietro, 2020; Pioppo et al., 2021).

Existem essencialmente dois tipos de hemorragias gastrointestinais superiores agudas, as de origem varicosa e as de origem não varicosa (Martins et al., 2019). As causas mais comuns de HDA (cerca de 80%-90%) são as de origem não varicosa, tais como, as úlceras pépticas gastroduodenais (mais representativa – normalmente por infeção por *Helicobacter Pylori* e consumo de anti-inflamatórios não esteróides), a

síndrome de Mallory-Weiss, a doença erosiva da mucosa quer do esófago, quer do estômago e/ou duodeno, lesões neoplásicas, lesão de Dieulafoy, entre outras como a laceração esofágica ou gástrica por ingestão de corpos estranhos (Gralnek et al., 2021; Martins et al., 2019; Valdivielso-Cortázar et al., 2017). Apesar de raras, outras duas patologias que podem apresentar também hemorragia aguda são a necrose esofágica e gastroduodenal, e a hemorragia diverticular do duodeno (Carvalho et al., 2019; Carvão et al., 2018). Por outro lado, menos comuns mas mais críticas, temos as HDA de origem varicosa, como a rutura de varizes esofágicas e/ou gástricas, e que representam uma elevadíssima gravidade, com risco de vida iminente para o cliente (Angeli et al., 2018; Gibson et al., 2018; Martins et al., 2019).

É de referir ainda que 80% das mortes decorrentes da HDA aguda, não estão associadas à exsanguinação, mas sim à idade pelo declínio na resposta fisiológica, e às doenças de base que o cliente já tem, e no qual sofre uma descompensação aguda, que leva à falência de vários órgãos/sistemas fisiológicos (Cader & Di Pietro, 2020). Sendo a hipovolémia intravascular/choque hemorrágico a principal causa que leva à descompensação anteriormente referida, a sua correção visando a normal perfusão dos tecidos e órgãos evitando assim a sua falência, é crucial e uma prioridade (Gralnek et al., 2021). Assim, a ressuscitação volêmica, e a administração de terapêutica adequada e emergente, é fundamental, sob forma de prevenir a maior deterioração da PSC, e evitar o desfecho de morte (Mitra et al., 2012; Pezzotti, 2020). Por sua vez, a terapia endoscópica torna-se fulcral na fase imediatamente seguinte, como meio para identificar e tratar a respetiva lesão hemorrágica, envolvendo toda uma equipa multidisciplinar, onde se inclui também o enfermeiro (Mitra et al., 2012; Pezzotti, 2020). A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é o exame de eleição na HDA, devendo ser realizado assim que possível, com o cliente hemodinamicamente estável, de forma a detetar e tratar a lesão hemorrágica, pela aplicação de tratamentos hemostáticos específicos (Martins et al., 2019). A EDA apresenta-se como um procedimento minimamente invasivo, com baixo risco relativamente ao surgimento de complicações, e que possibilita uma série de intervenções nomeadamente as terapêuticas hemostáticas, evitando por muitas vezes uma intervenção cirúrgica (Hucl et al., 2016).

A vigilância e gestão da terapêutica farmacológica, torna-se também um aspeto crítico em situação de HDA, principalmente nos clientes de idade mais avançada, uma vez que, numa grande parte dos que apresentam mais patologias, existe uma toma

diária de medicamentos como anti-inflamatórios não esteroides, antiagregantes plaquetários e anticoagulantes, no qual carecem de detecção, sob forma de otimizar os cuidados (Cader & Di Pietro, 2020; Hajj et al., 2021; Hucl et al., 2016).

Em suma, a atuação padrão perante a PSC com HDA aguda, com foco na prevenção do choque e consequente falência multiorgânica, é a reanimação com fluidos cristaloides e transfusão sanguínea - por vezes com necessidade da ativação de protocolos de transfusão maciça -, e a realização de endoscopia (Y. C. Chen et al., 2019; Gibson et al., 2018). Recomenda-se ainda o início da terapêutica com inibidores da bomba de prótons, agentes vasoativos e antibioterapia profilática (Gibson et al., 2018; Kanjee et al., 2021; Lau & Sung, 2021). A administração de ácido tranexâmico na pessoa com HDA aguda está comprovada ser eficaz, reduzindo a hemorragia contínua, a necessidade urgente de endoscopia e a mortalidade, sendo aconselhável a sua administração o mais precocemente possível (Lee et al., 2021). A utilização de escalas de predição da ocorrência da HDA, das necessidades transfusionais e da probabilidade de desfecho de morte – *Rockall score* (RS) e *Glasgow-Blatchford score* (GBS) – também tornam-se mais valias, na deteção/antecipação de problemas e intervenção precoce a estes tipo de clientes, devendo ser aplicadas sempre que possível (Taslidere et al., 2021). Por sua vez, o trabalho em equipa multidisciplinar, onde se inclui os enfermeiros, reduz a incidência de recidiva hemorrágica e mortalidade a longo prazo, sendo também importante no controlo eficaz da ansiedade e aumento da qualidade de vida destas pessoas (Wang & Qian, 2021).

Cuidar da PSC com HDA revela-se um enorme desafio para o enfermeiro de cuidados críticos, pelo que o desenvolvimento de competências específicas se faz necessário e obrigatório, tendo em vista cuidados de enfermagem de excelência, e que irei explicar de forma mais aprofundada no capítulo seguinte deste trabalho.

1.2-Intervenção Especializada de Enfermagem

Por tudo o que foi referido anteriormente, o enfermeiro enquanto elemento fundamental dentro de uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, assume uma intervenção fundamental na abordagem à PSC por HDA. O foco é dado à abordagem inicial e à estabilização do cliente, pelo controlo da hemorragia, com o consequente bem-estar geral deste tipo de clientes, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro, nos dois contextos de aprendizagem (SU e UCI). Assim, e segundo Benner, é importante que o enfermeiro

possa intervir de forma a promover a segurança do cliente, destacando os conceitos de segurança através da vigilância e monitorização, para a identificação e resolução de problemas (Benner, 2001; Benner et al., 2011). Benner (2001) defende que, uma vigilância prudente, com deteção precoce de focos de instabilidade, representa a primeira etapa na segurança do cliente.

A PSC por HDA apresenta alterações em vários sistemas, como o cardiovascular, pulmonar, neurológico, renal, tegumentar, e que poderão ser detetados através de uma vigilância e monitorização constantes (Pezzotti, 2020). Isto remete para que o enfermeiro, possa assim ter uma intervenção especializada e determinante perante a PSC por HDA, uma vez que, detém competências que lhe permitem identificar sinais de alarme, quer através dos recursos tecnológicos (como por exemplo a leitura e interpretação dos parâmetros vitais), quer pelo chamado "senso clínico" - observação de sinais clínicos como a fadiga, síncope, palidez, sudorese, polipneia, alteração estado consciência, deteção de doenças crónicas, acompanhados de melenas e/ou hematemeses (Gibson et al., 2018; Taslidere et al., 2021) - que lhe permitem antecipar, identificar e intervir rapidamente em situações de agudização do quadro patológico, gerir funções fisiológicas vitais, prevenindo a deterioração, muitas vezes fatal (Benner, 2001; Benner et al., 2011).

No meu ver, o enfermeiro assume intervenções vitais tanto na vigilância/monitorização, como também na abordagem direta ao cliente crítico, dando um suporte fundamental na abordagem ABCDE (A- Via Aérea (VA); B-Ventilação; C- Circulação; D- Estado Neurológico; E- Exposição/Evento), em vista à sua estabilização e recuperação (Pezzotti, 2020). O enfermeiro intervém de forma competente na garantia de uma VA segura que previna a aspiração do conteúdo hemorrágico, na administração de oxigénio (O₂) e ventilação eficaz do cliente, no estabelecimento das vias endovenosas para administração de terapêutica de emergência, como também na vigilância e monitorização dos sinais vitais, da coloração da pele, do débito urinário (algaliação de urgência) e do nível do estado de consciência (Gibson et al., 2018; Pezzotti, 2020). Isto remete para o conceito de "thinking in action" que significa a capacidade do enfermeiro avaliar e reconhecer rapidamente sinais de instabilidade, e atuar eficazmente perante os mesmos, priorizando a intervenção de enfermagem, de forma a evitar consequências mais nefastas para o cliente (Benner et al., 2011). Intimamente ligado está também o conceito do "raciocínio-em-transição", ou seja, a capacidade de raciocínio e de

resolução de problemas que o enfermeiro apresenta perante situações clínicas evolutivas ou abertas, a adaptação da sua intervenção de forma competente perante as alterações inesperadas do estado fisiológico do cliente (Benner et al., 2011). Segundo estes mesmos autores o enfermeiro na prestação de cuidados à PSC deve atuar diagnosticando (compreensão clínica) e intervindo no suporte vital, em clientes hemodinamicamente instáveis, demonstrando um “Know-how” competente na gestão da crise (capacidade hábil de saber fazer o que é necessário em cada situação) , promovendo uma comunicação e trabalho em equipa eficaz, sempre com foco na segurança e na prestação de cuidados de qualidade ao cliente (Benner et al., 2011). De referir ainda, que a inclusão da família nos cuidados sempre que possível, fornecendo o apoio e a informação necessária, pode também contribuir para a redução do stress e ansiedade destes clientes que vivem uma situação crítica de HDA, o que incita a uma recuperação mais saudável (Benner et al., 2011).

Benner fala-nos também de outros aspetos importantes a ter em conta na intervenção à PSC, tais como, a criação de um ambiente de cuidados adequado para a gestão da crise (com recursos humanos e materiais), a organização da equipa de cuidados com adequada distribuição de funções, destacando a importância de uma comunicação clara e eficiente entre os elementos da equipa, e ainda nos chama à atenção para a prevenção dos riscos em um ambiente altamente tecnológico (olhar para a pessoa e não apenas para as máquinas – humanização no cuidar) (Benner et al., 2011).

A prática de cuidados de enfermagem num contexto crítico torna-se emocionalmente e intelectualmente desafiante, pelo que uma vigilância competente e uma atuação eficaz perante situações de crise, muitas vezes com tempos e margens de erro diminutas torna-se fundamental (Benner et al., 2011).

Por sua vez, McCormack & McCance (2006) fala-nos no modelo de cuidado centrado na pessoa (CCP) e que remete para a criação de relações terapêuticas entre o enfermeiro, o cliente e ainda a família e/ou outros significativos, e que se suporta no estabelecimento de uma confiança mútua e no entendimento da situação atual. Para além das necessidades físicas, o enfermeiro também tem em conta as necessidades psicológicas do cliente, os seus valores e as crenças, e os desejos reais naquele momento da sua vida (como exemplo a necessidade de informação clínica relativa à sua situação atual). O enfermeiro também deverá demonstrar autenticidade, preocupação, transmitindo a segurança de que o cliente necessita, promovendo a

plenitude no seu bem-estar (McCormack & McCance, 2006). Este modelo remete inicialmente para os atributos do enfermeiro como pré-requisitos, ou seja a competência que detém e o querer fazer o melhor pelo “outro”, respeitando as crenças do cliente mesmo que sejam diferentes das suas, e ainda para a importância do ambiente de cuidados e da sua gestão, pelos consequentes efeitos que poderá ter na recuperação final do cliente (como exemplo controlar os ruídos, alarmes de monitores/ventiladores, restringir circulação apenas aos cuidadores e família, entre outros) (McCormack & McCance, 2006). Enquanto enfermeiro competente, sinto que para além das competências técnicas, da capacidade de antecipação e intervenção de problemas físicos, promover simultaneamente um cuidado centrado na pessoa, e olhar à sua globalidade enquanto ser humano único que é, promove um cuidado muito mais completo e abrangente, levando a uma maior satisfação geral dos cuidados e uma recuperação mais plena. No caso específico da PSC por HDA, já teremos um cliente hemodinamicamente instável, com hipovolémia, e uma taquicardia compensatória que não deverá ser aumentada por fatores stressores do ambiente de cuidados, sob forma de não potenciar ainda mais a hipótese de colapso da vítima.

Enquanto futuro Mestre na área da PSC, é crucial a aquisição contínua de competências, através do desenvolvimento de conhecimentos e da capacidade de compreensão e interpretação de “problemas”, não só pela prática clínica diária, como também pela investigação, aumentando assim a minha aptidão para a aplicação desses mesmos conhecimentos na resolução de situações complexas (Joint Quality Initiative, 2004; Ministério da Ciência, 2018). Torna-se também fundamental, a reflexão sobre todas estas experiências, incitando por sua vez, à importância de uma aprendizagem auto-orientada e contínua ao longo da vida profissional, de modo a que possa sempre prestar cuidados competentes aos clientes, atingindo a excelência (Joint Quality Initiative, 2004; Ministério da Ciência, 2018).

Dado que este processo formativo também irá conferir um grau de especialista, e para além do importante desenvolvimento profissional contínuo já abordado, e da importância de uma prática baseada na evidência, é fundamental o desenvolvimento de competências de gestão dos cuidados/tomada de decisão e ainda de responsabilidade profissional ao nível ético e legal, agindo sempre no melhor dos interesses do cliente, promovendo cuidados de qualidade que visem não só a sua recuperação total, como também a sua privacidade, dignidade, e vulnerabilidade humana (Beauchamp & Childress, 2019; Ministério da Saúde, 2019). Mais

especificamente à PSC, é também importante desenvolver competências de intervenção especializada e complexa ao cliente crítico, que apresenta falência ou risco iminente de falência orgânica, antecipando e respondendo eficazmente perante focos de instabilidade detetados, e ainda gerir e avaliar procedimentos terapêuticos complexos (Ministério da Saúde, 2018). Não obstante estas competências, enquanto enfermeiro com uma intervenção especializada, deverei ter em conta também as necessidades emocionais do cliente, tornando-me um facilitador na relação terapêutica, adaptando técnicas de comunicação adequadas mediante a especificidade do cliente/família e situação crítica específica (Ministério da Saúde, 2018). Todos estes cuidados críticos partem de uma vigilância e monitorização contínua, e visam a prevenção e deteção precoce de complicações, garantido resposta às necessidades alteradas do cliente e família, de forma eficiente e holística (Ministério da Saúde, 2018).

Importa ainda fazer referência aos padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros que nos remete para a importância do enfermeiro no exercício das suas funções, promover o máximo bem-estar dos clientes, prevenindo complicações em saúde através da identificação e intervenção precoce, minimizando efeitos indesejáveis, sempre num ambiente profissional e eticamente responsável (Ordem dos Enfermeiros, 2001). De salientar também o artigo 97.º do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) que remete para o exercício da profissão com conhecimentos técnico-científicos adequados, e que respeitam a vida e a dignidade humana com foco na qualidade dos cuidados prestados e na saúde dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Este percurso de Mestrado na PSC, vem sem dúvida permitir dar mais um passo na busca do nível de perito nesta área, e poder desta forma contribuir de modo crescente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos meus clientes (Benner, 2001). Neste âmbito, de referir ainda que o nível de perito segundo Benner (Benner, 2001), não se resume apenas à experiência alargada num determinado contexto, como também pela busca constante de conhecimento, pela formação contínua, e no qual as competências inerentes ao grau de Mestre nos norteiam para a direção certa.

2-PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No seguimento do preconizado pela estrutura curricular deste curso de mestrado, e com foco num crescimento profissional mais completo e abrangente, este meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências na área da PSC culminou em 18 semanas de estágio em dois contextos (Apêndice II) um pouco distintos (SU e UCI), mas que têm em comum a abordagem à PSC. Tal como já referido anteriormente, os estágios decorreram em um SU polivalente e num serviço de UCI polivalentes, da área metropolitana de Lisboa, correspondendo ao 3º e último semestre deste percurso. Assim, este percurso teve como objetivos principais:

- Desenvolver competências especializadas de Enfermagem na intervenção à PSC em contexto de SU;
- Desenvolver competências especializadas de Enfermagem na intervenção à PSC na UCI;

De referir que a cada um destes objetivos gerais estão associados vários objetivos específicos, cada um deles com diversas atividades inerentes (Apêndices III e IV), e que tiveram por base os objetivos/competências definidos pela ESEL para o CMEEPSC, como também as competências inerentes ao grau de mestre (Joint Quality Initiative, 2004; Ministério da Ciência, 2018) e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista à PSC (Ministério da Saúde, 2018, 2019). Por fim, e de modo a haver um fio condutor na forma de análise de todo este percurso, serão também mobilizados de forma constante os referenciais teóricos abordados no capítulo anterior.

2.1-Estágio em Serviço de Urgência

O estágio do SU, decorreu no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Hospital X, que decorreu no período de 18 de outubro a 17 de dezembro de 2021. O objetivo primordial foi o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na intervenção à PSC num SU, norteado por objetivos específicos por mim definidos e respetivas atividades, de modo a poder trabalhar competências específicas de forma mais orientada e eficiente (Apêndice III).

O SU representa para mim uma experiência de curta duração, uma vez que, a exerci no início da profissão por apenas 6 meses nestes meus 11 anos de prática profissional de cuidados de enfermagem. Por esta razão, e por transportar clientes com alguma frequência para as salas de reanimação dos vários hospitais na área de Lisboa através da viatura médica de emergência e reanimação (VMER), não considere que este fosse um contexto totalmente desconhecido. No entanto, todos os circuitos internos de um SU, e a abordagem intra-hospitalar do cliente neste contexto desde que entra até que é transferido para outro nível de cuidados, já não era uma realidade bem presente nos meus dias pelo que se revelou um enorme desafio. A acrescentar a este mesmo desafio o facto de estagiar num SU polivalente de um hospital central, com uma panóplia enorme de situações patológicas que levam o cliente a uma situação crítica, incita certamente ao meu maior desenvolvimento e crescimento diário na prática dos cuidados de enfermagem.

Assim, tive como objetivos:

Integrar-me nas dinâmicas do serviço de urgência – Tendo em vista o meu percurso de aquisição/desenvolvimento de competências, este objetivo tornou-se logo a minha prioridade, de forma a conhecer a realidade deste contexto de cuidados. Assim, no primeiro dia foram-me apresentados todos os espaços físicos do SUP, para melhor conhecer todo o circuito dos clientes, desde a sua entrada até à alta/transferência para outro serviço, e que passo a fazer uma breve descrição.

Logo à entrada do SU existe uma **sala de admissão**, essencialmente para clientes que vêm pelos seus próprios meios, ou seja, sem acompanhamento dos meios de socorro extra-hospitalar, e onde procedem à sua inscrição e aguardam a chamada para as salas de triagem. Chegando à **sala de triagem**, o cliente é observado pelo enfermeiro, que de acordo com a sua experiência/perícia clínica, e auxiliado pelos algoritmos/fluxogramas da triagem de Manchester (Santos et al., 2013), atribui uma prioridade de atendimento. É assim atribuída uma pulseira de cor (Azul, Verde, Amarelo, Laranja, Vermelho – prioridade de atendimento crescente respetivamente) e encaminhado o cliente para a devida área. Assim, de modo a que haja uma melhor redistribuição de clientes, com o intuito de um atendimento o mais rápido possível dentro de cada área (“amarelos”, “laranjas”, “Vermelhos”), os clientes são distribuídos por área de especialidade. De referir ainda que o enfermeiro mediante a situação clínica apresentada pelo cliente, este tem autonomia para pedir exames complementares de diagnóstico como o eletrocardiograma (ECG) perante sintomas

de dor torácica, ou a realização de uma radiografia em clientes com monotrauma sem critérios de gravidade detetados na avaliação inicial. Dada a fase pandémica, a temperatura é aqui avaliada em todos os clientes e questionada sintomatologia compatível com infeção por Sars-Cov-2. Quanto aos clientes no qual é atribuída prioridade/pulseira azul ou verde, e de acordo com o despacho do ministério da saúde (despacho nº5314/2020) iniciado durante a pandemia, estes clientes são devidamente encaminhados para os seus centros de saúde.

Outros dos espaços principais, são as **salas de diretos também conhecidas como as salas de reanimação**, que dão resposta a todas as emergências médicas e emergências por trauma. Estas salas são a entrada principal para o cliente crítico (pulseira vermelha), que necessita de uma abordagem urgente/emergente. Estas salas estão equipadas com todo o material necessário para garantir uma VA segura, ventilação mecânica, seringas infusoras, dispositivos de compressão automática externa, carro de reanimação com todo o material necessário para dar suporte ao ABC (Via área, Respiração, Circulação) e monitor com capacidade de desfibrilhação/cardioversão. Tem ainda um outro monitor de sinais vitais de grande dimensão (monitor principal) que para além da leitura da TA, FC e SpO2, tem também capacidade para leitura de capnografia e de linha arterial (LA). Tem fontes de O2 em rampa para fornecimento em alto débito se necessário e rampa de aspiração para utentes com VA potencialmente comprometida. Tem ainda Kits pré-feitos para colheita de sangue para análises, gasimetria e testes de diagnóstico de Sars-Cov-2, utilizados também nesta primeira abordagem à PSC. Ainda no espaço envolvente existe um carro com material extra, nomeadamente para colocação de LA e também para colocação de Catéter Venoso Central (CVC), caso haja essa necessidade imediata. Tem também diverso material para o cliente com trauma, cliente queimado e para o cliente com necessidade de drenagem torácica. De referir ainda que esta sala é também o local de observação/abordagem inicial de todos os clientes no qual foram ativadas vias verdes (VV) (VV AVC (Acidente Vascular Cerebral), VV Coronária, VV Trauma, VV Sépsis), abordando também vítimas de trauma pediátrico, sendo a única patologia pediátrica recebida neste serviço.

Existe ainda o **Serviço de Observação (SO) de clientes críticos**, com capacidade para cerca de 18 clientes, e que representa uma fase intermédia no circuito intra-hospitalar. Neste espaço, são recebidos clientes com moderado a elevado grau de instabilidade fisiológica, com necessidade de uma vigilância e

abordagem mais intensiva, sendo considerado um primeiro internamento, de caráter provisório onde se procede a uma estabilização fisiológica inicial dos clientes (primeiras 24-48 horas), para posterior transferência para o serviço específico à sua patologia, de forma a que possam receber um tratamento mais definitivo, e para que concomitantemente permita também ao SO receber outros clientes críticos. De referir que por vezes este espaço acaba por ser o primeiro local de abordagem à PSC, quando a situação assim o exige, nomeadamente quando a lotação máxima das salas de reanimação é atingida. Nesta sala e de forma constante encontram-se enfermeiros, médicos e assistentes operacionais (AO).

Existe também a área dos **clientes “respiratórios”/”área Covid”** e que dedica-se à prestação de cuidados de saúde a todos os clientes com patologia do foro respiratório, com ou sem diagnóstico inicial de Sars-Cov-2 positivo. É constituído por uma área “pré-covid” com capacidade para 6 clientes e uma “área covid” que é composta por 26 boxes abertas e 16 boxes fechadas, sendo que estas últimas são utilizadas para casos confirmados de Sars-Cov-2 positivo, ou ainda para clientes com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) ou com necessidade de terapêutica aerossolizada. Este espaço tem todo o material necessário à abordagem ao cliente crítico, nomeadamente com patologia respiratória, e também capacidade para realização de exame de Tomografia Axial Computorizada (TAC) e radiografia.

Neste SUP existe também a área de **urgência psiquiátrica**, que aborda os clientes com patologia do foro psiquiátrico em fase aguda, sob uma vigilância e cuidados mais intensos. Por fim de referir a existência de duas salas de radiografia uma sala de ECGs, uma sala para colheita de análises e realização de testes de deteção do Sars-Cov-2, e uma sala para preparação de clientes para o internamento.

No que concerne aos sistemas de informação, desde logo tive a oportunidade de conhecer e manipular o **sistema ALERT**, verificando como são realizados os registos de enfermagem, médicos e de outros profissionais de saúde. Na manipulação deste programa, verifiquei também onde são realizadas as prescrições de terapêutica, análises sangue e exames complementares de diagnóstico, e que permitem dar uma resposta mais rápida às necessidades dos clientes. Sob forma de aperfeiçoar os meus conhecimentos com este sistema de informação, ao longo dos dias fui manipulando constantemente, fazendo os registos de enfermagem, verificando a terapêutica que ia administrar, verificando os clientes para os exames complementares de diagnóstico prescritos, até adquirir autonomia total. Os registos de enfermagem na sua estrutura

seguem a sequência ABCDE, e permitem uma vez mais revermos todos os cuidados prestados durante o turno de uma forma escrita, traduzindo todo o pensamento estruturado de enfermagem.

Assisti também inicialmente numa postura mais de observador às **passagens de turno de enfermagem** em todas as áreas constituintes do SUP, para melhor perceber como é feita esta transmissão de informação e a importância da mesma para o decorrer do turno, para a qualidade dos cuidados prestados ao longo do mesmo. No decorrer dos turnos e com o consentimento e validação da minha enfermeira orientadora, fui eu próprio a fazer as passagens de turno dos clientes que me estavam atribuídos, permitindo não só uma melhor e crescente intervenção a este nível, como também se revelou um momento que promoveu a minha maior integração na equipa de enfermagem. O momento da passagem de turno sem dúvida assume-se de vital importância dentro dos cuidados de enfermagem, uma vez que, permitem a adequada e eficiente continuidade de cuidados (OE, 2017).

Como já foi sendo abordado ao longo deste trabalho comecei logo desde início com uma postura de observador participante, uma vez que, já me sentia confortável para prestar muitos dos cuidados de enfermagem neste contexto. A minha maior preocupação inicial visava a perceção das dinâmicas deste serviço, e o impacto num novo serviço com uma nova equipa multidisciplinar. Neste sentido, sinto que ao longo dos dias e com as diversas experiências vividas, até ao final adquiri cada vez mais confiança e autonomia dentro da equipa multidisciplinar, prestando cuidados mais abrangentes e eficientes neste contexto, e de forma já totalmente autónoma. Claro que os desafios não passam apenas por estes últimos aspetos referidos, mas para mim foram a base inicial para atuar de forma eficaz dentro de uma equipa multidisciplinar.

Gostaria também de destacar a experiência que tive num dos dias de estágio ao acompanhar por um determinado período de tempo o enfermeiro coordenador do SUP, e verificar toda a panóplia de funções que este desempenha, de forma a manter o serviço fluido e em harmonia entre os diversos setores. De destacar a importância da competência de liderança, da adequada gestão dos cuidados e dos recursos humanos e materiais, na articulação eficiente entre a equipa multidisciplinar, gestão de vagas e transferências intra e extra-hospitalares, entre outras funções mais administrativas, num contexto de cuidados críticos em constante rotação de clientes. Isto envolve inevitavelmente uma elevada capacidade de gestão, liderança e tomada

de decisão, perante desafios complexos e que se integram no perfil de competências de um enfermeiro mestre e especialista, de modo a que se possam fornecer continuamente os melhores cuidados aos clientes em todas as valências deste contexto (Ministério da Ciência, 2018; Ministério da Saúde, 2019).

Para finalizar, de referir que ter apresentado à minha orientadora do SU os meus objetivos para o estágio logo no primeiro dia, tornou-se fundamental para que melhor pudesse delinear a estratégia de aprendizagem, e maximizar a minha experiência neste contexto. A disponibilidade mostrada não só pela orientadora de estágio como também por toda a equipa, revelou-se sem dúvida um aspeto facilitador para minha integração e crescimento num SUP, contribuindo de forma positiva e saudável para este meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências. A acrescentar a estes fatores tão importantes para a minha aprendizagem, ter a oportunidade de ser orientado por uma enfermeira também mestre e especialista na área médico-cirúrgica vertente PSC, também se revelou uma mais valia.

Intervir na prestação de cuidados de enfermagem de forma abrangente à PSC e respetiva família – Apesar de ter tido a oportunidade de passar por todos os espaços físicos do SUP, prestando cuidados de enfermagem nesses diversos contextos específicos, acabei por exercer a minha intervenção na maior parte do tempo de estágio nas salas de reanimação e SO, uma vez que, estas salas são os locais onde tenho a oportunidade de abordar com mais frequência o cliente crítico. Desde início tive oportunidade de participar ativamente na abordagem à PSC em sala de reanimação e SO, pondo em prática constante a abordagem ABCDE, que é uma sequência de intervenções que promove a rápida deteção e resolução de problemas, priorizando cuidados e prevenindo a maior deterioração dos clientes. Participei também no transporte intra-hospitalar de clientes críticos para a TAC, bloco operatório, algumas UCIs (Cardiologia, Respiratórios, Polivalente), serviço de hemodiálise, e UTG, clientes estes que iam devidamente monitorizados e com mala de transporte com material e terapêutica de emergência, para o eventual caso de uma descompensação fisiológica ao longo do trajeto entre serviços, seguindo sempre as orientações/recomendações para o transporte do doente crítico (TDC) (SPCI, 2008).

Remetendo-me à sala de reanimação, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem numa equipa multidisciplinar perante as ativações das diversas VVs (AVC, Coronária, Trauma e Sépsis), e perceber que para além de uma adequada

abordagem ABCDE, devo sempre ter em mente a importância dos tempos a cumprir para realização de exames complementares de diagnóstico para a otimização dos cuidados em cada uma delas. Os tempos de resposta entre o diagnóstico e o tratamento, são de vital importância no cliente crítico, para que se possam obter os melhores outcomes em saúde. Consegui perceber de uma forma prática e constante a importância de conceitos como o “golden hour”, e ainda a importância de conseguirmos respeitar os tempos de “porta-agulha” e “porta-balão” nas situações patológicas do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e do Síndrome Coronário Agudo (SCA), mais concretamente o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), pelas consequências que poderão ter no desfecho final para o cliente, não só em termos de sobrevivência como também pela qualidade de vida após este evento de doença (American Heart Association, 2021). No caso específico do AVC, tive a oportunidade de fazer acompanhamento à TAC e AngioTAC, como também após o diagnóstico de AVC isquémico participar na transferência rápida para o SO e iniciar a fibrinólise, e em outros casos encaminhar para a trombectomia mecânica nos clientes que apresentaram oclusão de grandes vasos, também conhecido como Tratamento Endo Vascular (TEV). Neste sentido de referir também a oportunidade que me deram para assistir a um procedimento de TEV, mais especificamente a trombectomia mecânica, podendo observar este exame ao detalhe e ainda os resultados imagiológicos em tempo real do pré e pós procedimento. De destacar a importância de enquanto enfermeiro diferenciado nos cuidados à PSC adquirir conhecimentos quanto à aplicação nestes clientes de escalas como as de NIH/NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) e ASPECTS (Alberta stroke program early CT score), para avaliação do nível de défice neurológico provocado pelo AVC e para a avaliação da necessidade de trombectomia no AVC isquémico, respetivamente. No caso da SCA e após confirmação de supradesnivelamento de segmento ST em duas ou mais derivações contíguas analisadas no ECG, encaminhamento para o serviço de hemodinâmica para realização de dilatação das artérias coronárias com balão e colocação de stent (American Heart Association, 2021). De referir também a importância fulcral de definirmos junto da família a hora de início dos sintomas, no AVC e no SCA.

Outra das situações patológicas recebidas neste serviço e com enorme desafio para os profissionais de saúde é a abordagem ao cliente crítico com lesão por trauma. O trauma representa uma das principais situações que levam a desfechos de morte e

incapacidades temporárias ou mesmo permanentes, pelo que, faz-se crucial uma abordagem rápida e adequada, em que cada segundo é vital, sob forma de evitar ao máximo possível danos secundários para os clientes (Ponce, 2012). Recebi ao longo dos dias de estágio clientes que tinham sofrido acidentes de carro e de motociclo, vítimas de atropelamento, quedas entre outros, e que apresentavam diversos tipos de lesão como traumatismo cranioencefálico (TCE), trauma vertebro-medular (TVM), fraturas do úmero, fémur, tibia, grelha costal, clientes com hemo e pneumoperitoneu, entre outras lesões. Dado que esta urgência também recebe trauma pediátrico, gostaria de destacar uma cliente de 14 anos que veio acompanhada pela VMER por tentativa de suicídio por enforcamento, o que me sensibilizou para a importância de trabalharmos também o fator psicológico e emocional para este tipo de situações que enquanto seres humanos também nos colocam mais frágeis.

Ainda neste âmbito do trauma tive a oportunidade de também receber clientes com trauma por queimadura. Recebi um cliente com diversas queimaduras em várias regiões corporais, nomeadamente membros, abdómen, face, em que na abordagem ABCDE houve logo a grande preocupação inicial de perceber como estava e como iria evoluir o estado da VA, visto que nestes clientes essencialmente com queimadura da face por muitas vezes temos o edema da língua, epiglote e toda a região laríngea e que caso esteja a evoluir no sentido crescente temos de proceder à rápida entubação orotraqueal (EOT), sendo utilizado pela equipa multidisciplinar como auxílio nesta decisão o cálculo do índice de Clark (>2 – forte suspeita de lesão da VA). De destacar ainda importância da avaliação da área corporal queimada e o cálculo da fórmula de Parkland, para a administração adequada de fluidos a estes clientes. Não menos importante, e após abordagem a estes aspetos, procedi também a limpeza, desinfeção e proteção de todas estas áreas queimadas, uma vez que, sendo a pele a maior barreira à infeção no organismo humano, a sua destruição é uma preocupação fundamental, pelo que esta deve ser adequadamente tratada para evitar ao máximo lesões secundárias à presença de microrganismos potencialmente patogénicos. Tal como toda a lesão por trauma o cliente com queimadura apresenta também sempre queixas algícas intensas, sendo que a analgesia é também sem dúvida uma das abordagens cruciais para a promoção do conforto, devendo também ser preocupação central para toda a equipa multidisciplinar.

Prestei também cuidados ao cliente crítico com choque séptico, com necessidade de EOT e ventilação mecânica, e com necessidade de suporte de

terapêutica vasopressora. Participei no tratamento de arritmias cardíacas, tais como a cardioversão química (adenosina Endovenosa (EV)), e/ou cardioversão elétrica (com sedação prévia) em taquicardias instáveis, preparação e administração de fármacos simpaticomiméticos em bradicárdias sintomáticas. Participei ativamente em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR), no qual o trabalho em equipa é fulcral, exigindo organização da equipa, adequada distribuição de funções pelos elementos e ainda capacidades de comunicação clara e eficiente entre estes mesmos elementos (American Heart Association, 2021; Benner et al., 2011). Participei ainda em quadros patológicos como a cetacidose diabética, hipercaliémia, crises convulsivas, edema agudo do pulmão, acidose respiratória, tromboembolismo pulmonar (TEP), rotura de aneurisma da aorta-abdominal, rotura de malformação arteriovenosa cerebral (MAV) e intoxicações medicamentosas voluntárias, em que procedi também à colocação de sonda nasogástrica. Tive também a oportunidade de dar apoio na colocação de LA, situação para mim pouco realizada nos meus cuidados de enfermagem até hoje, podendo manipular e “usufruir” da sua potencialidade na vigilância e monitorização do cliente crítico, e ainda dei apoio na colocação de CVC.

Muitas destas situações, entre outras, por vezes não tão críticas eram transferidas posteriormente para o SO, onde mantinham uma vigilância mais apertada por 24 a 48 horas, enquanto aguardavam a transferência para outro serviço para o tratamento definitivo. Tive a oportunidade de fazer alguns turnos neste SO, o que me proporcionou a experiência de um maior acompanhamento destes clientes após abordagem crítica inicial, e perceber de forma prática a continuidade de cuidados estabelecida. Neste internamento de carácter provisório são prestados todos os cuidados de que o cliente necessita, tais como os cuidados de higiene e conforto, administração de terapêutica prescrita, reinício da dieta oral, encaminhamento e acompanhamento para os exames complementares de diagnóstico, tendo o enfermeiro um papel vital em todas estas dimensões do cuidar. Em tudo o que foi abordado até ao momento, e enquanto futuro enfermeiro mestre e especialista na área da PSC, facilmente percebemos das inúmeras intervenções diferenciadas que o enfermeiro tem na prestação de cuidados a estes clientes.

Gostaria ainda de destacar o conceito de vigilância por ser sem dúvida um dos pilares nos cuidados de enfermagem, uma vez que, permite a deteção precoce de focos de instabilidade/sinais de alarme nos clientes e assim antecipar cuidados que impeçam uma maior deterioração fisiológica, sendo uma intervenção fundamental na

promoção da segurança dos cuidados (Benner et al., 2011). De destacar também o conceito do “pensamento em ação” na abordagem ABCDE inicial nestes clientes, que não é mais do que a capacidade de detetar e resolver de forma eficaz e imediata os problemas encontrados e priorizar cuidados, de forma a prevenir desfechos fatais (Benner et al., 2011; Ministério da Saúde, 2018). Intimamente ligado a estes conceitos, temos outro conceito também muito presente em situações clínicas por mim experienciadas neste SU, como o conceito de “raciocínio-em-transição” e o “know-how” competente (Benner et al., 2011), ou seja, a capacidade do enfermeiro se moldar e intervir eficazmente em situações que inicialmente pareciam menos críticas, mas que rapidamente evoluíram para situações críticas e que exigiram uma intervenção rápida e eficiente. Dou o exemplo de um cliente que entrou no SU apenas com queixas de palpitações, com FC de 170bpm, normotenso, sem dor torácica e com um valor na Escala de Coma de Glasgow (GCS) de 15, e que em poucos minutos evoluiu para um quadro de taquicardia acompanhado de dor torácica, hipotensão e alteração do estado de consciência, e no qual tivemos que proceder a uma rápida cardioversão elétrica sincronizada de emergência, prevenindo assim a evolução para uma PCR. Esta capacidade de gestão na crise, procedendo de forma adequada perante cada desafio que surge, é também elemento essencial na intervenção de enfermagem à PSC.

Para finalizar gostaria de destacar a família como elemento central e parceiro nos cuidados de saúde, e que surge de forma indissociável do cliente. A presença da família/pessoa de referência pode contribuir para a diminuição da ansiedade e stress destas pessoas que vivenciam uma situação crítica, podendo aumentar o seu potencial de recuperação, devendo assim ser estimulada a sua presença e não negligenciada (Benner et al., 2011). No entanto, por vezes esta também precisa de ajuda profissional pela incerteza e angústia inerente à vivência de toda a situação com o seu familiar. Muitas foram as experiências com familiares neste contexto do SU, umas mais alegres e outras menos alegres e que por vezes me levaram a um maior “peso” emocional, não apenas por presenciar o processo de perda, como também por não saber muitas vezes quais as palavras mais certas para dirigir á família nesses momentos. Gostaria de destacar algumas dessas experiências, nomeadamente a história de uma cliente que estava numa situação crítica, mas que a sua maior preocupação era informar a sua mãe que estava no hospital e ainda de que alguém fosse lá a casa da cliente para cuidar do cão, sendo que consegui com a ajuda das senhoras administrativas da urgência entrar em contacto com a família e resolver a

situação. A cliente referiu-me ao final desse turno que desde o momento em que eu “tratei” dessa situação diminuiu imenso o seu stress e que isso contribuiu sem dúvida para a sua melhor recuperação, o que nos elucida para a importância de um cuidado centrado na pessoa e não simplesmente na doença (McCormack & McCance, 2006). A minha intervenção também aconteceu em desfechos menos felizes, em que o cliente acabou por falecer, e em que tentei confortar a família, muitas vezes “simplesmente” escutando as suas mágoas, tentando proporcionar na medida do possível alguma privacidade, um momento da despedida a sós entre os familiares em luto e o familiar falecido. De referir ainda neste contexto a existência de uma sala das “más notícias” no SUP localizada entre o SO e as salas de reanimação, onde muitas vezes é transmitida esta informação aos familiares pelo médico e enfermeiro que tratou desse cliente. Infelizmente os cuidados em fim de vida e a morte são também uma realidade no nosso quotidiano de cuidados e no qual também devemos estar preparados enquanto profissionais de saúde para atuarmos em tais situações, apesar das dificuldades emocionais inerentes de abordagem ao utente/família neste processo. Para finalizar, e ainda neste âmbito dos cuidados em fim de vida, gostaria de destacar a experiência que tive também nas situações que culminaram na decisão para doação de órgãos, e da diversidade de intervenções de enfermagem e equipa multidisciplinar tanto ao cliente (conforto e manutenção de órgão) e família (necessidades emocionais) nestas situações, para que se torne um processo o mais saudável possível dentro da “catástrofe”.

Executar intervenções especializadas de enfermagem à PSC com Hemorragia Digestiva Alta (HDA) – Neste estágio tive também a oportunidade de prestar cuidados à PSC com HDA, tanto em sala de reanimação, como ao nível do internamento de urgência em SO. Para além destas experiências, tive ainda a oportunidade de aceder ao processo de alguns clientes que recorreram ao SU, mas não no meu turno, sob forma de perceber através de um maior número de casos de clientes críticos com HDA, se os cuidados normalmente prestados nestas situações estavam em consonância com a mais recente evidência científica obtida na RIL.

Desta forma, verifiquei e participei na abordagem de alguns casos da PSC por HDA, aprimorando a sequência ABCDE, mais especificamente: “A” – VA – uma das minhas preocupações e ainda antes do cliente entrar na sala de reanimação era o garantir que tinha os aspiradores funcionantes, e para além do acesso rápido às

sondas da aspiração flexível, garantir também o acesso rápido à sonda de aspiração rígida, para o caso da necessidade de aspiração do cliente na presença de conteúdo hemático em grande quantidade/coágulos. Para além desta situação, garanti sempre a prontidão de todo o material de VA avançada, na eminência de um maior risco de o cliente ficar com a VA comprometida (American Heart Association, 2021; Gibson et al., 2018). Numa das situações que presenciei e colaborei nos cuidados, dado à quantidade de hematêmeses que o cliente apresentou, e com posterior afundamento do estado de consciência, houve mesmo esta necessidade de colocação de uma VA avançada, verificando também que o uso da capnografia adaptada ao tórax endotraqueal para leitura do dióxido de carbono (CO₂) exalado é de execução obrigatória, permitindo o ganho de mais um parâmetro de avaliação do estado hemodinâmico do cliente. Segundo as guidelines internacionais os valores esperados de capnografia (avaliado pelo ETCO₂ (End Tidal CO₂)) que garantem que o cliente tem circulação espontânea são entre os 35-45 mmHg, devendo ser alvo de uma vigilância constante (American Heart Association, 2021). Tive também a oportunidade de colocar a sonda nasogástrica, sob forma de prevenir aspiração de conteúdo hemático para o pulmão e ainda sob forma de controlar o estado atual de hemorragia, promovendo uma vez mais o fator vigilância pela equipa de enfermagem. O posicionamento em decúbito lateral esquerdo é também uma forma de evitar que haja subida e conseqüente aspiração de conteúdo gástrico para o pulmão, dada a sua anatomia específica, sendo outra das estratégias para evitar o comprometimento de VA e no qual também pude intervir. No “B” – respiração – também ajudei na monitorização da SpO₂, confirmando uma vez mais que o achatamento da curva pletismográfica representa um sinal de baixa perfusão do cliente, sendo mais um parâmetro fundamental na monitorização e vigilância, do estado hemodinâmico atual. Os valores recomendados para a SpO₂ nas guidelines mais atuais refere que devem respeitar o intervalo de 95-98% de forma a evitar tanto fenómenos de hipoxia, como de hiperóxia (American Heart Association, 2021). Garanti também que o cliente mantinha ventilação adequada observando os movimentos de expansão torácica, o padrão respiratório, sendo também uma das preocupações da equipa de enfermagem.

Na avaliação do “C” – Circulação/Controlo hemorragia – participei em todos os cuidados, e que se coadunam também com a evidência científica, nomeadamente a monitorização da TA e da frequência e ritmo cardíaco, verificando que nos clientes mais graves a hipotensão e a taquicardia sinusal estavam presentes, garantindo

sempre a avaliação de um pulso central principalmente em clientes com alteração do estado de consciência, descartando sempre a não presença de uma paragem cardiorespiratória. A atividade elétrica sem pulso (AESP), é um ritmo de paragem cardiorrespiratória que se pode desenvolver nestes clientes devido à hipovolémia grave, ou seja, o coração mantém a sua atividade contrátil mas o volume sanguíneo vascular não é o suficiente para que haja uma circulação eficaz (American Heart Association, 2021). Por esta razão, o ritmo cardíaco de AESP pode ser confundido com o ritmo sinusal pelo que o enfermeiro deve sempre confirmar os pulsos centrais com alguma frequência, garantindo a não existência de um ritmo de PCR. Avaliei também a pele que se encontrava mais pálida nos casos mais graves e também o tempo de preenchimento capilar, por vezes superior a 3 segundos. Garanti sempre pelo menos 2 cateteres venosos periféricos (CVP) de largo calibre (preferencialmente de calibre 18G), colhendo sangue para análises para hemograma, bioquímica, coagulação e tipagem, antecipando intervenções como a necessidade de transfusão sanguínea por queda abrupta do valor de hemoglobina (Martins et al., 2019). Participei da reanimação fluídica, fundamental nestes clientes, administrando soro fisiológico ou lactato de ringer, sob forma de subir a TA, administrei também unidades de concentrado eritrócitário (UCE) sempre com a devida vigilância para deteção precoce de reações transfusionais (como por exemplo: febre, náuseas, mal-estar geral). Administrei também em algumas situações de clientes com trombocitopenia e alteração do valor de INR (razão normalizada internacional), plaquetas e plasma fresco, e também vitamina K na forma EV, o que vai de encontro também com a literatura (Gibson et al., 2018). De referir ainda que, caso a reanimação fluídica não seja suficiente para manter uma pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmhg, deve ser promovida a administração de fármacos vasopressores, que foi o que aconteceu num dos casos, em que acabei por administrar após indicação médica, noradrenalina (10mg/50cc soro fisiológico a 3cc/h), sob forma de corrigir a PAM, com efeito favorável (com valores ≥ 65 mmhg) (American Heart Association, 2021).

Com o foco na hemóstase da lesão hemorrágica, a prática comum é também a administração de inibidores da bomba de prótons, sendo o fármaco mais utilizado neste SU o pantoprazol. Este fármaco diminui o pH gástrico contribuindo assim para a cicatrização mais rápida da lesão hemorrágica, e segundo a literatura mais recente é igualmente comparável em termos de eficácia com o omeprazol e o esomeprazol (Gibson et al., 2018). Administrei também octreótido, fármaco utilizado em casos

específicos, nomeadamente clientes com HDA por rotura de varizes esofágicas, associado à doença hepática crónica (DHC) e consequente hipertensão portal, uma vez que estes fármacos promovem a vasoconstrição esplâncnica, diminuindo o aporte de sangue à veia porta, contribuindo assim também para uma hemóstase mais rápida (Angeli et al., 2018; Gibson et al., 2018).

O ácido tranexâmico, não foi administrado em nenhum dos casos de HDA que presenciei e dos que li nos processos clínicos, sendo um fármaco ainda muito pouco utilizado neste SU para estes clientes específicos, apesar da literatura recente referir que a sua administração é segura e eficaz na HDA (Lee et al., 2021). Questionei esta situação à minha orientadora de estágio, que confirmou que este fármaco ainda não é utilizado como prática corrente nestes clientes específicos neste SU.

Ao nível da vigilância, e tendo em conta a perda de volume sanguíneo, outros dos cuidados que devem ser rigorosamente monitorizados pelo enfermeiro é a observação frequente da presença de hematémeses e/ou melenas, como também a monitorização do débito urinário que deverá ser no adulto $\geq 0,5\text{ml/kg/h}$ (Martins et al., 2019; Pezzotti, 2020). O débito urinário nestes clientes torna-se mais reduzido e a urina apresenta-se mais concentrada, sob forma de compensar o volume sanguíneo em circulação, pelo que o enfermeiro deve ter também uma atenção redobrada, monitorizando o balanço hídrico (Pezzotti, 2020).

Ao nível da técnica endoscópica, que se insere também no “C” pelo controlo da hemorragia, consegui acompanhar à UTG um dos casos de HDA, num cliente que já estava hemodinamicamente estabilizado. Apesar da UTG ser para mim um ambiente de cuidados profissional já muito conhecido, sinto que foi importante fazer todo este acompanhamento do cliente desde que deu entrada no SU até ao seu tratamento definitivo. De referir ainda que em nenhum dos momentos da abordagem à PSC com HDA houve a necessidade de colocação de uma sonda de Sengstaken-Blakemore.

Ao nível do “D” – Estado neurológico – Fiz sempre a avaliação da GCS, que é uma intervenção constante na abordagem a toda a PSC. Pude intervir na vigilância das pupilas quanto ao tamanho e reatividade, para perceber se haveria mais alguma lesão no decorrer dos cuidados prestados, nomeadamente ao nível do sistema nervoso central (SNC), ou outro fator contributivo para a alteração de estado de consciência como por exemplo a hipoglicémia. No “E” – Exposição – garanti que o cliente se mantinha aquecido, prevenindo a hipotermia, e ainda verifiquei numa observação já mais calma e mais detalhada toda a região anterior e posterior do

cliente sob forma de procurar por mais algum fator que pudesse ou não a estar a contribuir para o estado geral do cliente naquele momento. A sequencia ABCDE é assim fundamental no tratamento da PSC com HDA, porque permite estabelecer prioridades de cuidados, que evitam uma maior deterioração clínica, detetando e corrigindo focos de instabilidade, prevenindo e antecipando situações que possam ser mais catastróficas para o cliente (American Heart Association, 2021).

Em todas estas situações tive o sentimento constante de que era um elemento útil na equipa participando em todos os cuidados a estes clientes dentro da equipa multidisciplinar, participando também das tomadas de decisão em equipa, nomeadamente na equipa de enfermagem. Sinto que no acompanhamento total destes clientes promovi uma adequada aplicação do plano de cuidados, priorizando intervenções que visam a segurança e qualidade dos cuidados, minimizando o stress e ansiedade dos clientes, através da gestão dos alarmes dos monitores, garantindo privacidade, e ainda possibilitando a presença dos familiares mesmo que por vezes fosse por curtos períodos (McCormack & McCance, 2006). Senti alguma vezes que o ter em conta na minha intervenção as necessidades emocionais, as crenças, os valores, e as necessidades atuais do cliente, eram facilitadores na aceitação dos cuidados que eu prestava, nas tomadas de decisão conjuntas, e marcavam a diferença na sua recuperação.

Promover a partilha de evidência científica, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados – Sinto que este foi um aspeto muito presente no meu dia-a-dia no SU, pela constante partilha de conhecimentos de forma bidirecional. Sempre que me era possível partilhava a evidência científica associado a alguns cuidados, como por exemplo a partilha das guidelines em suporte avançado de vida (SAV) cardiovascular no qual eu sou instrutor certificado pela american heart association (AHA) desde 2017 (Anexo III), e que permite por vezes um outro olhar da equipa sobre determinadas situações de PCR e peri-PCR. Promovi também a partilha da evidência científica adquirida na minha RIL acerca das últimas evidências na intervenção ao cliente crítico com HDA, transpondo todas estas situações para a minha experiência enquanto enfermeiro numa VMER e numa UTG. Neste âmbito, a formação efetuada em serviço (Apêndice V) sinto que foi um momento muito enriquecedor para todos os colegas enfermeiros presentes, permitindo reforçar conhecimentos vários que já detinham, e ainda a aquisição de novas informações na abordagem ao cliente crítico

com HDA. A formação teve um ótimo feedback por parte de todos os colegas (Apêndice VII) e proporcionou no seu final um muito bom momento de partilha de experiências e discussão de conhecimentos, que se traduziram certamente em ganhos para a prática profissional. No sentido inverso, a equipa de enfermagem com quem trabalhei, nomeadamente a minha orientadora de estágio também fez essa mesma partilha de conhecimentos e evidência científica ao longo das situações de cuidados que foram surgindo no decorrer do estágio, o que incita em mim este estímulo extra para a contínua procura e partilha de evidência científica e associá-la aos meus cuidados.

Promover o desenvolvimento contínuo da capacidade crítica e reflexiva decorrente das situações da prática profissional – No meu ver, a capacidade de avaliar criticamente as nossas ações em equipa aquando da nossa intervenção, e a capacidade/oportunidade de refletir sobre essas mesmas situações após a ocorrência de um incidente crítico, são dois fatores cruciais para o crescimento de qualquer profissional de saúde. O debriefing das situações experienciadas em contexto real de cuidados, é sem dúvida de vital importância para a melhoria dos cuidados em situações futuras, caracterizando-se este por um momento de reunião entre os membros pertencentes a uma equipa, em que é feita uma revisão e reflexão conjunta da experiência, o que culmina em aprendizagem para todos os elementos (Toews et al., 2021).

A realização deste mesmo relatório, representa também mais um momento de reflexão e análise crítica sobre as experiências vividas, repensando e reavaliando os comportamentos, atitudes e intervenções desempenhadas nesses momentos. Este processo também conhecido como metacognição, tem também grande importância para o crescimento enquanto profissional de saúde, uma vez que, permite agora já com algum “distanciamento” temporal da situação vivida, desenvolver um outro olhar sobre os acontecimentos, e passar a ter em conta situações não percecionadas no momento da vivência. Ainda a realização de um jornal de aprendizagem permitiu o desenvolvimento de uma situação de cuidados por mim vivida, incitando a uma reflexão e análise mais profunda, sobre os cuidados por mim prestados.

2.2-Estágio em Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio da UCI, realizou-se no Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Y, que decorreu no período de 11 de janeiro a 6 de março de 2022. O objetivo primordial foi o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na intervenção à PSC num serviço de UCI, norteado por objetivos específicos e atividades respetivas (Apêndice IV).

A UCI antes da realização deste estágio, era para mim uma realidade no qual eu nunca tinha tido a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem, pelo que se tornou logo à partida num enorme desafio neste meu percurso de aspirante a mestre em enfermagem na área de intervenção específica da PSC. Assim, e de forma a desenvolver competências nesta área tão específica, complexa e desconhecida, delineei os seguintes objetivos específicos:

Integrar-me na dinâmica da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) – De forma a ter um desempenho mais eficiente neste contexto específico da UCI, e que melhor promovesse o meu desenvolvimento de competências, conhecer os espaços físicos e a dinâmica de cuidados em cada um desses mesmos espaços, tornou-se para mim logo de início num objetivo central.

Esta UCI está assim dividida em duas grandes áreas, mas que sofreram alterações após a pandemia por Sars-Cov-2. Inicialmente apresentava uma área com capacidade para 6 clientes de cuidados intensivos (nível 3) e outra área com capacidade para 12 clientes de cuidados intermédios (nível 2) e dois quartos específicos para clientes com necessidade de isolamento total. Após o início da pandemia a área designada para clientes de cuidados intensivos passou a ser a área do cliente crítico com infeção por Sars-Cov-2 e a área designada para os cuidados intermédios passou a receber todos os clientes de cuidados intermédios mais os clientes de cuidados intensivos, sem infeção por Sars-Cov-2.

Relativamente à área “não-Covid”, para além do número de vagas para o cliente crítico já anteriormente referidas, a mesma é composta por 2 carros de apoio, com material específico para diversas intervenções tais como, para colocação e manutenção de CVC e CVP, LA, drenagem torácica, material para tratamento de feridas e realização de pensos. Existe também neste espaço 1 carro de emergência, com material de apoio à VA, respiração e circulação (ABC – abordagem ao cliente crítico), e ainda um monitor desfibrilhador com capacidade tanto para a

desfibrilhação/cardioversão e pacemaker transcutâneo, e ainda um dispositivo com capacidade de leitura de gasimetria. Existe também uma área onde se colhe e prepara todo o tipo de terapêutica, sendo de referir que nesta recolha da terapêutica dos seus locais próprios, é utilizado um pequeno tablet com leitor de QRcode (PDA – programa Pharmatrac) que permite essencialmente validar a terapêutica como sendo daquele cliente em específico e a dose específica a administrar, efetuando um alerta em caso de erro entre a prescrição e a dose que foi retirada para preparação. Esta situação acaba por ser uma mais valia, uma vez que, permite a obtenção de uma verificação extra na preparação e também na administração da terapêutica (uma vez que é validada uma segunda vez imediatamente antes de administrar no cliente pela leitura do código de barras presente na pulseira de identificação), e impedir assim ao máximo o erro humano.

Dentro da área “Covid”, e além das vagas já referidas, encontra-se também 1 carro de apoio e 1 carro de emergência com monitor desfibrilhador com igual constituição aos que estão presentes na área “não-Covid”.

Têm ainda, e externamente às grandes áreas de internamento de clientes críticos, uma sala de procedimentos, onde se podem realizar por exemplo as Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR), colocação de electrocateter para pacemaker provisório, colocação de LA e também CVC em clientes pertencentes e não pertencentes a este serviço, que necessitam destas intervenções para maior vigilância, monitorização e intervenção terapêutica. Dentro desta sala encontra-se também o carro da Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI), com uma mala de emergência para todo o suporte ABC (Vai Aérea, Respiração, Circulação) e um monitor desfibrilhador, também com capacidade para cardioversão e pacemaker transcutâneo. A equipa da EEMI é composta por um médico e um enfermeiro da UCI e dá apoio a todas as áreas hospitalares quer clínicas, quer em espaços não clínicos. Estas equipas são de extrema importância, uma vez que, permitem o socorro rápido em situações não apenas de PCR, como também em situações de peri-PCR, por 2 elementos diferenciados da UCI, evitando por muitas vezes desfechos finais de morte, internamentos não planeados em UCI, melhores taxas de recuperação, e ainda a diminuição do tempo de internamento (American Heart Association, 2021).

Quanto aos sistemas de informação, o programa utilizado nesta UCI é o “B-Simple”, onde se encontra toda a informação acerca de cada cliente, desde os registos de enfermagem, registos de toda a restante equipa multidisciplinar, exames

complementares de diagnóstico, terapêutica prescrita para administração, sinais vitais/parâmetros de ventilação, análises clínicas, entre muitos outros. No que toca aos registos de enfermagem estes são de acordo com os diagnósticos levantados pelo enfermeiro para cada cliente em específico, e que estão de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que por sua vez, a cada um desses diagnósticos associam-se as respetivas intervenções de enfermagem, com um intervalo de tempo também definido pelo enfermeiro (International Council of Nursing, 2016). Desta forma, o cliente assim que entra na UCI e após as cruciais intervenções iniciais para estabilização do quadro clínico e respetiva monitorização, o enfermeiro realiza neste sistema informático vários diagnósticos de enfermagem, que depois vão-se alterando de acordo com a evolução clínica do cliente, com as suas necessidades específicas a cada momento, nunca representando diagnósticos estáticos. Ao longo dos turnos fui-me desenvolvendo também a este nível, levantando diagnósticos de enfermagem, alterando de acordo com a evolução clínica dos clientes, planeando intervenções de enfermagem sempre o mais dirigidas possível ao cliente que estava sob os meus cuidados, planeando e replaneando cuidados de enfermagem de forma constante.

Dentro dos registos/intervenções de enfermagem é de referir também a seleção e utilização de escalas como as de “Richmond Agitation-Sedation Scale” (RASS) e a “Confusion Assessment Method for the ICU” (CAM-ICU), respetivamente para avaliação do nível de sedação e presença do delírio no cliente crítico. Nos clientes de cuidados intensivos a aplicação de sedação é de extrema importância para a sua segurança, no entanto, se esta for aplicada de forma profunda poderá levar a piores outcomes (Wennervirta et al., 2021). A escala de RASS avalia o nível de sedação/agitação dos clientes com base na resposta física/grau de agitação e também pela presença, duração e tipo de resposta ocular do cliente, após estimulação ou não, determinando assim o nível de sedação atual e possibilitar eventuais ajustes terapêuticos (Taran et al., 2019; Wennervirta et al., 2021). Quanto à escala CAM-ICU avalia especificamente a presença ou não do delírio e qual o seu nível. O delírio tem origem numa disfunção cerebral e caracteriza-se essencialmente pela alteração aguda da consciência, desorientação, alteração/flutuação do status mental do cliente, alterações da memória, que por sua vez necessita de ser devidamente identificado e tratado sob forma de prevenir uma maior deterioração do quadro clínico, nomeadamente ao nível hemodinâmico e respiratório, e levar por fim a uma disfunção

orgânica generalizada (T. J. Chen et al., 2021; Ramoo et al., 2018). Neste âmbito, e uma vez que os clientes na sua grande maioria encontravam-se profundamente sedados e adaptados a ventilação mecânica invasiva (VMI), a avaliação da dor era feita através da escala BPS ou ECD (Behavioral Pain Scale/Escala Comportamental da Dor), sendo uma escala que avalia vários parâmetros divididos por 3 subgrupos – “Expressão Facial”; “Movimento dos Membros Superiores”; “Conforto associado ao Ventilador Mecânico” – permitindo assim verificar o nível de dor/desconforto do cliente, e realizar ajustes na sedo-analgesia caso o valor seja superior a 3 (Pontuação escala BPS variam entre 3 e 12) (Kotfis et al., 2017).

De destacar ainda neste sistema informático, a capacidade para avaliação e cálculo do balanço hídrico “migrando” automaticamente os valores de todos os fluidos/líquidos infundidos no cliente de acordo com toda a terapêutica que está prescrita e efetuada, tendo o enfermeiro a preocupação de vigiar apenas se estes valores estão de acordo com o que foi administrado.

Assim, e de forma a me tornar proficiente com este sistema informático, com especial enfoque nos registos/intervenções de enfermagem, e validação e administração de terapêutica, fui manipulando de uma forma gradual ao longo dos turnos, inicialmente com acompanhamento do orientador e depois mais autonomamente, até me tornar completamente autónomo e eficiente.

Quanto à passagem de informação entre turnos pelos enfermeiros, é utilizado o modelo ISBAR (I – “Introduction” (Identificação cliente); S – “Situation” (Situação atual); B – “Background” (Antecedentes pessoais/anamnese) A – “Assessment” (Avaliação); R – “Recommendation” (Recomendações de cuidados)), o que permite uma transmissão de informação bastante completa de todo o quadro clínico do cliente, necessidades de cuidados/intervenções atuais, e aquilo que são as recomendações/prioridades de intervenção (Burgess et al., 2020). Este modelo ISBAR, é uma “ferramenta” de elevada importância para utilização nas passagens de turno, uma etapa fundamental dos cuidados, e que proporciona quando adequadamente utilizada, uma correta continuidade dos cuidados, prevenindo erros e minimizando omissões de informação que poderão ser críticas para o cliente (Burgess et al., 2020). A passagem de turno foi também uma das intervenções de enfermagem que comecei desde muito cedo a assumir (a partir do segundo dia de estágio), e que sinto que fui melhorando gradualmente na sua execução, turno após turno. Seguir o modelo ISBAR, foi sem dúvida uma mais valia que me ajudou de forma estruturada

na transmissão de informação de enfermagem, permitindo sempre uma adequada continuidade de cuidados, sem esquecer pontos cruciais acerca de cada um dos meus clientes em situação crítica.

De forma a concluir gostaria de destacar a importância de ter como enfermeiro orientador o chefe da equipa em que estagiei, reconhecido como um perito na área da PSC em contexto de UCI, e que se tornou desde muito cedo uma mais valia para o meu construto de aprendizagem, pela constante partilha de conhecimentos, sendo um facilitador na minha transição de conhecimentos teóricos para a prática.

Intervir na prestação de cuidados de enfermagem de forma abrangente à PSC e respetiva família – O cliente crítico numa UCI, apresenta-se numa situação de fragilidade extrema, e são diversas as intervenções diferenciadas a executar, que vão desde uma correta abordagem ABCDE sob forma de detetar e priorizar precocemente focos de instabilidade e a sua rápida resolução, à necessidade de inúmeros cuidados sob uma correta assepsia de forma a prevenir ou diminuir a ocorrência de processos infecciosos, que em muito condicionam a recuperação do cliente e o respetivo tempo de internamento.

Um dos aspetos que caracteriza na grande maioria os clientes numa UCI, é o cliente crítico sob VMI, quer por EOT, quer por traqueostomia. Este é um aspeto crítico da abordagem ABCDE, especificamente do “**AB**” (A- VA, B – Respiração), e que envolve uma diversidade de cuidados, no qual o enfermeiro assume intervenção fundamental tanto em termos de vigilância, como ao nível da intervenção aos focos de instabilidade detetados (Benner et al., 2011). O enfermeiro assume vital importância desde o início deste processo, mais especificamente no apoio à colocação e manutenção de uma VA avançada e na adaptação a um ventilador mecânico, o que exige conhecimentos vários. Na garantia de uma VA avançada, o enfermeiro tem de saber/conhecer o material a preparar, como o apoio específico no momento do auxílio da EOT. De destacar a existência de um cuffómetro nesta UCI para medição a pressão do balão do cuff, que permite um outro parâmetro de vigilância e intervenção para o enfermeiro, de forma a prevenir situações de má ventilação ou de aspiração de conteúdo gástrico, e ainda a traqueomalácia. Após esta fase o cliente é conectado e adaptado ao ventilador mecânico, sendo que o enfermeiro também tem uma intervenção especializada nesta etapa, não apenas na detenção de conhecimentos acerca dos modos ventilatórios existentes, como também de todos os

cuidados a ter ao cliente sob VMI, nomeadamente saber interpretar os vários tipos de alarmes desencadeados pelo ventilador, e o que cada um deles poderá ser, como por exemplo a presença de secreções na VA, cliente mal sedado e “combativo”, modo ventilatório desadequado, fugas no sistema ventilatório, entre outros. A experiência neste contexto permitiu-me um melhor reconhecimento de todas estas situações na prática, vivência após vivência, e conhecimento prático de conceitos que já detinha na teoria como volume/pressão, modos assistidos/controlados, valores de peep (pressão positiva no final da expiração), trigger, pressão plateau, pressão pico, FiO₂ (Fração Inspirada de Oxigénio), relação I:E (inspiração/expiração), entre outros, permitindo-me assimilar todos esses conhecimentos teóricos na prática dos cuidados (Marcelino et al., 2009; Ponce & Mendes, 2015). Foi para mim também importante perceber na prática como decorre todo o processo do desmame ventilatório e transição de uma VA com tubo orotraqueal (TOT) para uma traqueostomia, as etapas, e a importância fulcral para o cliente de ser realizada o mais precocemente possível (Marcelino et al., 2009). De referir, que participei ativamente em todas as fases da VMI, ou seja, nos momentos de implementação da EOT e adaptação ao ventilador, na manutenção de uma adequada VMI, e ainda nos momentos de extubação orotraqueal. De destacar que este momento da extubação é preparado de forma gradual, para ir avaliando o grau de capacidade do cliente em manter a sua VA/ventilação de forma autónoma e eficaz, progredindo para módulos de ventilação assistida, para “peça em T” e só depois a remoção da VA artificial. De destacar ainda e com intuito de combate à infeção associada à ventilação, a utilização de sondas de aspiração em circuito fechado, permitindo uma aspiração de secreções de forma mais segura. Gostaria ainda de referir a importância da promoção do decúbito ventral em clientes com ARDS (Acute respiratory distress syndrome) secundário a Sars-Cov-2, para melhoria do padrão ventilatório, na maioria das vezes com grande benefício e consequente tradução gasimétrica positiva.

Outros dos meus grandes investimentos teóricos para este estágio, foi a monitorização do cliente crítico numa UCI e que é representada pelo “**C**” (**Circulação**). Nos meus contextos profissionais atuais, os parâmetros vitais são avaliados essencialmente pela designada monitorização básica/não invasiva (Ex: ECG de 3 derivações, SpO₂ e TA), à exceção da capnografia aquando da necessidade de proteção da VA aos clientes em exames com grande risco de haver comprometimento respiratório. Na UCI esta monitorização ganha uma maior

dimensão, utilizando toda a monitorização anteriormente descrita e ainda a utilização da monitorização invasiva como a linha arterial com leitura contínua da TA, cateteres para avaliação do débito cardíaco como por exemplo o cateter PiCCO, que faz esta avaliação por mecanismos de termodiluição, e ainda a pressão venosa central (PVC) para avaliação da volémia, conceitos estes que para mim ganharam todo um outro sentido ao aplicar na prática, permitindo-me um outro olhar perante o cliente crítico e ainda o adquirir de “ferramentas” que me permitem ser muito mais rápido e eficaz na deteção e resolução de focos de instabilidade.

Ainda no “**C**” de referir o grande número de medicamentos que estes clientes têm em perfusão contínua, e que o enfermeiro enquanto profissional diferenciado tem de ter não só conhecimentos de preparação e administração de cada um desses vários fármacos (na maioria EV), como também o conhecimento aprofundado dos efeitos de cada terapêutica, de forma a ter uma vigilância mais segura. Esta terapêutica EV na PSC numa UCI é feita quase exclusivamente através de um CVC, uma vez que a administração é feita num vaso de grande calibre e permite uma resposta mais eficaz dos fármacos.

O “**D**” (**estado neurológico**), é outra das dimensões que se encontra em constante vigilância e avaliação. O cliente crítico, é submetido na maioria das situações de internamento a sedação profunda pelas mais diversas razões, como por exemplo para adaptação à VMI, para preservação neurológica, e recuperação fisiológica geral, o que exige uma vigilância e monitorização constante. Neste âmbito, o enfermeiro tem também uma intervenção vital, verificando com frequência se o cliente está adequadamente sedado, como está a reagir e se é benéfico ou não essa reação naquele momento. Para além desta monitorização direta ao cliente, por vezes, e para maior controlo da atividade cerebral do cliente/nível de profundidade da sedação, participei na intervenção a alguns clientes em que foi colocado um **BIS (índice bispectral)**, o que permite uma gestão ainda mais exata da sedação a aplicar ao cliente, pela monitorização contínua do eletroencefalograma (Yaman et al., 2012). Desta avaliação neurológica também faz parte a avaliação da escala de CAM-ICU e escala de RASS que já foram abordadas anteriormente e que são de preenchimento obrigatório pelo enfermeiro em todos os turnos.

Relativamente ao “**E**” (**exposição**), um dos grandes focos de atuação é a prevenção de úlceras por pressão (UP). A PSC encontra-se na maioria das situações dependente total nas atividades de vida diárias (AVDs), e como tal também tem de

ser auxiliado para a prevenção das UP. Na minha intervenção à PSC neste contexto clínico, a alternância de decúbitos é uma intervenção de enfermagem que é realizada de 4/4 horas, e de 3/3h em clientes com maior risco de desenvolvimento das UP. Para além da importância destes posicionamentos periódicos, a utilização de dispositivos de alívio de pressão, como colchoes de pressão alternada, almofadas de vários tamanhos, “sogras”, e ainda a aplicação de creme hidratante no momento da alternância de decúbito, são várias das estratégias na prevenção da ocorrência deste tipo de lesões, pela minimização da pressão continuada em zonas de proeminências ósseas e não só, que levam à hipoxia tecidual e consequente lesão (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019; NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014). Ainda no âmbito dos posicionamentos de destacar ainda a importância da elevação da cabeceira entre 30-45°, pela importância a vários níveis, nomeadamente ao nível da melhoria do fluxo sanguíneo cerebral (favorável à manutenção adequada da pressão intracraniana – PIC) e prevenção de várias complicações associadas à VMI, promovendo a melhoria do padrão ventilatório e a prevenção da aspiração de conteúdo gástrico para o pulmão com consequente diminuição da probabilidade de ocorrência de infeção (Martinez et al., 2015; Saria & Kesari, 2021).

Relativamente à **nutrição/hidratação** do cliente crítico esta é também considerada uma intervenção chave do enfermeiro de cuidados críticos. A terapia nutricional intervém na resposta ao stress metabólico, na lesão tecidual oxidativa, melhorando a resposta imunitária, reduzindo assim a gravidade da patologia atual e complicações adjacentes, devendo ser administrada preferencialmente por via enteral e o mais precocemente possível (Berger et al., 2019; Taylor et al., 2016). Ao longo da minha prestação de cuidados a este nível, e de acordo com as necessidades específicas do cliente, tive oportunidade de administrar a nutrição entérica (NE) via SNG e via oral, e em poucos casos administrei a alimentação via parentérica. Gostaria de destacar que nos clientes já mais recuperados na fase pós extubação orotraqueal pude intervir no reinício da dieta oral, onde recorri à escala de “Gugging Swallowing Test”, que avalia o nível de tolerância à deglutição. De referir que nas situações em que o cliente tinha permanecido sedado e em VMI por mais tempo, a disfagia era mais prolongada. A utilização de espessante é uma estratégia tida em conta na fase inicial, aumentando a consistência da alimentação líquida, para que o cliente possa apresentar uma melhor tolerância à deglutição. A aplicação deste teste pelo

enfermeiro é crucial para a prevenção da aspiração pulmonar de conteúdo alimentar e potencial pneumonia associada (Park et al., 2020).

Outra dimensão essencial na intervenção de enfermagem ao cliente crítico é a prevenção da infecção. Esta é uma problemática que pode condicionar não só o aumento do tempo de internamento desta pessoa agudamente enferma, como pode mesmo levar a desfechos finais de morte, pelo que é uma preocupação central. A PSC numa UCI é alguém que possui na maioria das situações vários dispositivos invasivos, sob forma de monitorização e vigilância constante do seu estado geral, para auxílio/suporte de algumas funções orgânicas e que têm cuidados muito específicos que devem ser rigorosamente aplicados. Temos como exemplo os TOTs, as cânulas de traqueostomia, os CVCs, as LAs, drenos torácicos, clientes com drenagem vesical, entre outros. Durante o estágio tive a oportunidade por diversas vezes não só de apoiar nos procedimentos iniciais de aplicação destes dispositivos como também na sua manutenção. Neste sentido, para além da minha pesquisa habitual tive também recomendações de pesquisa pelo orientador e que em muito me ajudaram a crescer nesta dimensão. Entre muita bibliografia consultada, gostaria de destacar os feixes de intervenção emanados pela DGS, nomeadamente para a prevenção de infecção associada à intubação/ventilação, relacionada ao CVC, e ao cateter vesical (DGS, 2015, 2017b, 2017a), e que se revelaram de extrema importância na prestação de cuidados mais seguros.

Outro dos desafios inerentes neste estágio é o TDC, que no cliente em UCI apresenta uma maior especificidade e dimensão. Apesar de já deter alguma experiência no TDC, quer a nível extra e intra-hospitalar, o cliente da UCI está normalmente associado a um grande número de dispositivos invasivos, como VMI, monitorização básica e invasiva, diversa terapêutica em infusão contínua, entre outros, e que torna toda a organização/gestão de um transporte (etapas: Decisão, Planeamento, Efetivação) muito mais complexa (SPCI, 2008). Para além da adequada organização e preparação do cliente com todos os dispositivos referidos, neste transporte também é levada uma mala com material de suporte ao ABC, em caso de uma situação emergência no período intra-transporte. Tive assim a oportunidade de acompanhar por algumas vezes clientes para a realização de TAC, transporte inter-hospitalar para realização de exames terapêuticos especiais que não eram realizados no hospital de origem, entre outros. Tive também a oportunidade nestes momentos

de transporte a ser eu a fazer a passagem de informação aos colegas que o recebiam no serviço de destino, permitindo-me uma experiência ainda mais abrangente.

Ao longo do estágio tive oportunidade de abordar a PSC com diferentes patologias, são exemplos, a PSC com Pneumonia secundária à infeção por Sars-Cov-2 e outras infeções – ARDS, choque hemorrágico – com falência multiorgânica, choque séptico, hemorragia subaracnoideia, encefalopatia hepática, clientes pós-PCR, com pneumotórax, cliente sob TSFR em que participei ativamente nas três etapas (Início da técnica, manutenção e término), entre outras. Tive também a oportunidade de participar ativamente numa situação de PCR na UCI, contribuindo dentro da equipa com os meus conhecimentos enquanto instrutor de SAV e elemento de uma VMER, me sentindo sempre um elemento útil dentro da equipa, integrando e promovendo um trabalho em equipa de excelência na reanimação.

Outro dos focos da intervenção de enfermagem é sem dúvida também o apoio à família e a promoção na interação com o cliente, pelos reconhecidos benefícios que acarretam na recuperação do cliente. Remetendo-me especificamente para esta UCI, a família tem um período diário de 30 minutos (entre as 16h00-20h00) em que pode estar junto do leito do seu familiar. Nestes momentos, tentei sempre promover o ambiente o mais confortável possível, promovendo a privacidade possível, intervindo apenas quando solicitado pelo familiar, tentando sempre dar o apoio possível, nomeadamente emocional, o que por vezes representava “simplesmente” estar ali para a familiar desabafar. De referir que a gestão dos alarmes dos monitores apesar de eu achar inicialmente no estágio que não era tão importante como os outros cuidados, também se revelou um aspeto fulcral na minha intervenção, uma vez que, era um fator gerador de imenso stress tanto para o cliente como para o familiar. Vivenciar com a família nos diversos momentos, é sempre um grande desafio no contexto da UCI, no entanto, nos casos em que há a grande probabilidade de desfecho de morte, esta comunicação de más notícias, o tentar não dizer diretamente o possível desfecho, mas também não transmitir falsas esperanças, é algo que ainda continua a ser muito constrangedor para mim enquanto pessoa e profissional de saúde. Ainda relativamente aos cuidados em fim de vida, de referir também a existência da prescrição pela equipa médica da “decisão de não reanimação” (DNR), em que são especificadas as medidas a efetuar e a não efetuar, ou seja, permite perceber o nível de intervenção que podemos ter perante aquele cliente.

Em suma, o enfermeiro mestre e especialista na área de intervenção à PSC é sem dúvida alguém que deve ser dotado de inúmeras capacidades, de forma a que possa dar respostas eficientes num ambiente de cuidados de enorme complexidade, como é o caso do contexto da UCI.

Executar intervenções especializadas de enfermagem à PSC com Hemorragia Digestiva Alta (HDA) – Foram poucas as experiências que tive especificamente com a PSC com HDA, no entanto, através dessas mesmas experiências e da consulta do processo clínico de alguns clientes que tive sob os meus cuidados já numa etapa “estável”, mas que já tinham atravessado uma fase mais crítica desta patologia, permitiu-me aferir que todos os achados da RIL são colocados em prática na sua totalidade neste hospital.

Relativamente ao “A” – VA – os clientes já possuíam uma VA avançada. Neste sentido e ainda de forma a garantir que esta VA mantinha-se segura, era avaliada e reavaliada com frequência o nível a que o TOT se encontrava da comissura labial e se o cuff estava bem insuflado (uso do cuffómetro), o valor de capnografia e a expansão torácica sob forma de garantir que esta VA mantinha-se bem colocada e segura, tal como recomendam as guidelines (American Heart Association, 2021). Outra preocupação era a colocação de sonda nasogástrica em drenagem passiva, para evitar a aspiração de conteúdo gástrico para a VA e em simultâneo também avaliar a presença ou não de hemorragia (Gralnek et al., 2021; Martins et al., 2019).

Quanto ao “B” – respiração – tive a oportunidade de executar a monitorização básica com oximetria, para avaliação da SpO2 e a respetiva curva pletismográfica (American Heart Association, 2021; Marcelino et al., 2009), intervindo na administração de O2 suplementar em caso de hipóxia. De referir que todos estes clientes encontravam-se sob VMI, pelo que, a correta adaptação ao ventilador, e a análise e interpretação dos parâmetros ventilatórios aplicados é também de extrema importância na vigilância pelo enfermeiro, uma vez que, por exemplo o aumento da frequência respiratória poderá levar à diminuição do retorno venoso ao coração, o que nestes clientes com HDA que já têm uma pré-carga diminuída pela hipovolémia não é recomendado (American Heart Association, 2021; Marcelino et al., 2009).

Quanto ao “C” – circulação/controlo de hemorragia – Ao nível da monitorização, como já abordado anteriormente, o cliente crítico em contexto da UCI, detém uma panóplia de dispositivos que permitem uma vigilância muito mais eficiente de todo o

estado hemodinâmico. Assim, e especificamente na PSC com HDA, tive a oportunidade de participar na monitorização básica (TA, ECG, SpO₂) e ainda na monitorização invasiva através da manutenção e leitura de valores de TA fornecidos através de uma LA/cateter PiCCO, leitura de PVC para melhor perceber o estado volémico deste cliente (Valores normais 8-12, sendo que abaixo de 8 representa hipovolémia e acima de 12 corresponde a hipervolémia), confirmando-se nos casos práticos que tive com estes clientes em fase aguda que o valor de PVC encontrava-se quase sempre abaixo de 8. Todas estas monitorizações permitem uma maior vigilância pelo enfermeiro, detetando mais precocemente sinais de instabilidade, evitando situações mais lesivas para o cliente.

Ao nível da terapêutica, participei na reanimação fluídica com soluções cristaloides, nomeadamente o soro fisiológico (0,9%), e em alguns casos sob forma de aumentar a PAM, administrei medicação vasopressora, como a noradrenalina em perfusão. Tive oportunidade de administrar também em algumas situações o esomeprazol e o octreótido segundo recomenda a literatura (Gibson et al., 2018). Quanto ao ácido tranexâmico, não tive oportunidade de o administrar, no entanto ao consultar o processo do cliente, verifiquei que quando estava internado no SU esta terapêutica foi administrada (fazendo parte do protocolo de hemorragia maciça - HDA inclusive), o que vem corroborar outro dos achados da RIL (Lee et al., 2021).

Relativamente à necessidade urgente de reposição do volume de sangue perdido por estes clientes, de referir que esta UCI tem um protocolo de transfusão maciça, sendo outro dos aspetos encontrados na RIL (Y. C. Chen et al., 2019). A UCI tem assim pré-definido um protocolo de transfusão massiva que é composto por 4 UCEs, 4 unidades de plasma fresco, 1 pool de plaquetas e ainda 1 grama de fibrinogénio, permitindo a rápida correção inicial das perdas hemorrágicas, e do fenómeno da coagulopatia. Neste âmbito tive também a oportunidade de colher diversas vezes sangue para análises, e para tipagem sanguínea, realizar a transfusão de UCEs, e acompanhar de perto estes valores associando-os à minha vigilância no que toca à avaliação de potenciais perdas hemáticas ainda ativas, pela observação da existência de hematemeses e/ou melenas (Martins et al., 2019; Pezzotti, 2020). Administrei também numa das situações a vitamina K para correção dos valores de INR, tal como também descritos pela literatura (Gibson et al., 2018).

Outro dos parâmetros de vigilância mencionados pela literatura, é a monitorização do débito urinário, situação que tive também oportunidade de intervir

por diversas vezes. Todos os clientes críticos na UCI, inclusive o cliente com HDA, encontram-se com dispositivos de drenagem vesical colocados (algália), sendo esta monitorização feita de forma rigorosa (Pezzotti, 2020). Importa referir que a existência da lesão renal decorrente da hipovolémia maciça presente nestes clientes com HDA, incitou em algumas situações à necessidade de realização de uma TSFR por períodos ao longo do internamento.

Importa ainda referir que, após estabilização inicial do quadro patológico, estes clientes em específico têm necessidade de realização da abordagem endoscópica para tratamento definitivo da lesão hemorrágica, e no qual o enfermeiro também deverá deter conhecimentos (Gralnek et al., 2021; Mitra et al., 2012). Tive clientes que apresentaram HDA por úlcera com vaso visível no duodeno, com hemorragia em jato, e que tiveram a necessidade de realização de EDA com aplicação de clips hemostáticos, com necessidade de terapêutica com adrenalina e ainda com árgon-plasma. De referir que ao longo estágio não tive nenhum cliente com necessidade de colocação de sonda Sengstaken-Blakemore, no entanto, este dispositivo life-saving foi um dos tópicos por mim abordados na apresentação que fiz para o serviço de UCI.

Ao nível do “D” pude intervir também sempre com uma postura de vigilância constante, tentando perceber todo o quadro geral do cliente, se havia ou não alterações no estado de consciência e perceber a razão da mesma, ou seja, por exemplo se era por quadro de sedação ou por quadro de diminuição no aporte de sangue ao cérebro por quadro de hipovolémia (hipoperfusão/hipoxia dos tecidos) (American Heart Association, 2021).

Relativamente ao “E” tentei manter o cliente aquecido, intervindo na prevenção de quadro de hipotermia. Tendo em conta que a exposição também se refere ao meio envolvente, outro dos cuidados em pude intervir foi na gestão dos ruídos dos alarmes dos monitores e seringas infusoras, minimizando ao máximo estes estímulos para o cliente, promovendo o máximo de conforto, diminuição do stress/ansiedade, sempre com o cuidado de promover um cuidado centrado na pessoa e não apenas no evento hemorrágico (McCormack & McCance, 2006).

O enfermeiro com uma intervenção especializada na intervenção à PSC com HDA, e tendo em visto o controlo da hemorragia e o bem-estar geral, deve sem dúvida ser alguém com conhecimentos teórico-práticos que permitam ter uma vigilância competente e uma intervenção rápida e eficaz perante as alterações detetadas, prevenindo a deterioração clínica (Benner et al., 2011).

Promover a partilha de evidência científica, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados – A cada procedimento que fazia, a cada novo desafio que surgia, a procura constante pela evidência científica associada a cada um desses procedimentos e a partilha e discussão constante com os colegas e principalmente com o orientador de estágio, foi certamente uma mais valia para otimizar os meus conhecimentos/desenvolvimento de competências nesta área do cliente crítico numa UCI. A partilha com os colegas dos conhecimentos adquiridos na RIL ao longo dos dias de estágio foi também de extrema importância, permitindo momentos de discussão e construção de aprendizagens de forma bidirecional. Ainda neste âmbito, a realização de uma formação em serviço (Apêndice VIII) sobre a PSC com HDA, mais concretamente a “Intervenção Especializada de Enfermagem no Controlo da Hemorragia Digestiva Alta na Pessoa em Situação crítica” permitiu um momento de revisão de conhecimentos e discussão acerca da evidência científica mais recente e as práticas adotadas no dia a dia nesta UCI, promovendo uma discussão saudável e ganho de novas aprendizagens para todos. A apresentação e discussão específica acerca da colocação e cuidados associados ao cliente com sonda de Sengstaken-Blakemore foi destacada como uma mais valia para o serviço, uma vez que, é um procedimento cada vez menos comum, o que envolvia o desconhecimento em alguns elementos da equipa de enfermagem, mas de enorme interesse visto que ainda é utilizada em situações “life-saving”. Sinto que também foi uma mais valia partilhar os meus conhecimentos enquanto enfermeiro numa UTG, da intervenção específica do enfermeiro nesse contexto e da especificidade de alguns tratamentos mais emergentes na área do cliente crítico com hemorragia digestiva alta, tendo um ótimo feedback (Apêndice X). No sentido inverso, em diversas situações clínicas que não são comuns no meu quotidiano profissional a contribuição dos colegas na partilha de conhecimentos/evidência científica e também a sua experiência profissional numa UCI, permitiu-me assemelhar situações de cuidados de forma muito mais rápida e saudável, contribuindo sem dúvida para a melhoria dos meus cuidados.

Promover o desenvolvimento contínuo da capacidade crítica e reflexiva decorrente das situações da prática profissional – De acordo com tudo o que abordei até ao momento, facilmente se percebe que foram vários os momentos em que se deu o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva, nos cuidados prestados, na busca e partilha de evidencia científica, e na formação promovida em

serviço. Para além de todos estes importantes momentos, a realização de trabalhos como o relatório parcelar, um jornal de aprendizagem e a realização de um estudo de caso com um plano de cuidados de um cliente específico, detalhando todo o processo de intervenção de enfermagem, permitiram certamente uma maior consolidação de todos os conhecimentos, pelo constante estímulo cognitivo/reflexivo. É importante sistematizar cuidados, refleti-los, transcrevê-los e por fim avaliar os resultados, para que possa haver melhoria contínua nos cuidados. Neste âmbito gostaria de destacar a importância do processo de enfermagem (PE), uma vez que, permite a organização do pensamento profissional, orientado para uma melhor tomada de decisão e resolução de problemas, tendo em conta as reais necessidades dos clientes, promovendo uma intervenção de enfermagem individualizada e com os melhores outcomes (Doenges et al., 2013; Vieira et al., 2004).

2.3-Outras Atividades Desenvolvidas

De forma a complementar as competências de mestre que tenho vindo a abordar ao longo do presente trabalho, e remetendo-me mais especificamente para o desenvolvimento da capacidade de comunicação e divulgação da evidência científica, quer aos pares, quer aos demais profissionais de saúde, e ainda tendo em conta o domínio específico do desenvolvimento das aprendizagens profissionais definidas nas competências comuns do enfermeiro especialista, outras atividades foram por mim desenvolvidas ao longo de todo este percurso, sob forma de aperfeiçoar conhecimentos e melhorar práticas em enfermagem (Joint Quality Initiative, 2004; Ministério da Ciência, 2018; Ministério da Saúde, 2019).

Assim, participei no “8º Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros” (CAGEDE 2021), no qual me convidaram para ser palestrante na mesa “Endoscopia” (Apêndice XI e Anexo IX), e ainda a ser elemento integrante da comissão científica do evento (Anexo X). O tema que apresentei foi a “Endoscopia digestiva alta em contexto de urgência e emergência – Que desafios?” (Apêndice XI), onde abordei os achados da RIL (Apêndice I) desenvolvida no curso de mestrado, aliada à minha experiência profissional no contexto da UTG. A apresentação sensibilizou a audiência para a evidência científica mais recente nesta área temática, tendo muito bom feedback, e promovendo um bom momento final de discussão construtiva com vários elementos de diferentes serviços de gastrenterologia. Relativamente à experiência enquanto elemento de uma comissão

científica, sendo a primeira, senti uma enorme satisfação, desenvolvendo competências de gestão, organização e efetivação do programa definido, o que no meu ver vem também de encontro com as competências de mestre supracitadas.

A oportunidade que também tive em assistir às mais diversas palestras do CAGEDE (Anexo VIII) e nos dias seguintes no congresso do “Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais” (NGHD) (Anexo XI), foram também mais valias para o meu construto de aprendizagem, nesta área específica de intervenção profissional.

Outras das formações efetuadas e que se tornaram fundamentais para todas as experiências vividas em contexto de estágio, quer em SU, quer em UCI, foi a recertificação dos cursos de aluno nas áreas do “Suporte Básico de Vida” (SBV) (Anexo IV), de “Suporte Avançado de Vida” (SAV) (Anexo II), e de “Suporte Avançado de Vida em Trauma para Enfermeiros” (ATLS/ATCN) (Anexo I), e que permitiram sem dúvida uma atuação mais competente, suportada na mais recente evidência científica, para uma melhor atuação perante os clientes em peri-PCR e PCR e/ou com lesão por Trauma. Neste sentido, de referir ainda, que ao longo do percurso de mestrado efetuei também as minhas recertificações enquanto instrutor de SBV (Anexo V), e enquanto instrutor de SAV (Anexo III), tendo ministrado também algumas destas formações neste período (Anexo XII), de forma a dar continuidade a duas vertentes para mim importantíssimas, como a manutenção constante do conhecimento nestas áreas, e também a transmissão contínua destes conhecimentos a outros enfermeiros e demais profissionais de saúde.

Tive ainda a oportunidade de participar no Webinar intitulado “Formação, Investigação e Exercício Clínico” (Anexo VII), no meu ver importante na promoção da reflexão das práticas de enfermagem da atualidade, e também pelo reforço da importância crescente da investigação científica e ainda a participação na conferência online, intitulada “Person-centredness: To Be or Not to Be” (Anexo VI) pelos autores (Brendan McCormack e Tanya McCance), que representou um dos modelos teóricos por mim trabalhados ao longo deste percurso.

3-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluída esta minha experiência permito-me afirmar que os ganhos de aprendizagem foram enormes em cada um dos campos de estágio, que as atividades desenvolvidas contribuíram certamente para a minha aquisição e desenvolvimento de competências, avaliando assim como um percurso muito gratificante ao nível profissional e pessoal.

Remetendo-me especificamente ao estágio em contexto de SU, este foi para mim uma experiência que superou ainda mais as expectativas que trazia inicialmente, pela panóplia de situações vivenciadas. Tive a oportunidade de abordar clientes em situação crítica com diversas patologias, adquirindo um vasto leque de novos conhecimentos e reforçando outros que já detinha, o que permitiu perceber ainda mais a dimensão que tem a intervenção de enfermagem e a importância do conhecimento especializado do enfermeiro nesta área da urgência e emergência. Em concomitância com estas experiências no contexto do quotidiano profissional, a busca constante da evidência científica para fundamentar as práticas de cuidar, a procura constante da reflexão e análise crítica perante a diversidade e complexidade das situações, a discussão e partilha constante com os pares/peritos, tornou-se num construto de aprendizagem fundamental para o meu desenvolvimento profissional (Canário, 2007).

Relativamente às maiores dificuldades iniciais prenderam-se com o facto de ter saído completamente da minha zona de conforto profissional, para um serviço completamente diferente, com uma equipa multidisciplinar completamente desconhecida. Acresceu ainda, o facto de as dinâmicas de cuidados nas várias valências serem muito específicas não apenas ao nível dos conhecimentos técnico-científicos, como também ao nível da capacidade de gestão e priorização dos cuidados, visto que por algumas vezes abarcavam um número muito elevado de clientes. Estas situações “obrigaram-me” a adquirir diversas estratégias, no decorrer das várias experiências, que me permitiram dia após dia melhorar esta minha capacidade de gestão, de decisão e execução, levando a um desempenho muito mais eficiente neste ambiente de cuidados em constante rotação. De referir ainda, que sempre tive em conta nos cuidados por mim prestados os princípios éticos, nomeadamente o princípio da beneficência e não-maleficência, da justiça, do respeito pela autonomia, da vulnerabilidade, ou seja, o de não fazer mal ao cliente promovendo a sua segurança e máximo bem-estar, respeitando as suas reais necessidades,

sempre com o foco na fragilidade, vulnerabilidade e dignidade humana (Beauchamp & Childress, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Quanto ao estágio em UCI, dado este ser um contexto específico de intervenção à PSC que nunca tinha experienciado anteriormente, revelou-se um enorme desafio na minha prática profissional. As minhas principais dificuldades iniciais passaram mesmo por perceber a dinâmica específica deste contexto e toda a especificidade dos cuidados prestados, mas que posteriormente fui superando. Outra das dificuldades foi o sair novamente da minha “zona de conforto”, passando pela adaptação não só a uma nova realidade de cuidados de enfermagem, como também a adaptação a toda uma nova equipa multidisciplinar e a novos sistemas de informação. No entanto considero que a maior dificuldade foi mesmo o mudar o “chip” na especificidade de abordagem ao cliente crítico de um SU para uma UCI, uma vez que estava formatado para uma abordagem sequencial ABCDE mais rápida, dirigida para o controlo e estabilização de um cliente crítico no menor tempo possível para evitar o seu colapso, para uma abordagem mais controlada e com um grande número de especificidades inerentes a estes clientes de cuidados intensivos. Foram constantes os planeamentos e replaneamentos dos cuidados, e no qual gostaria de destacar a capacidade antecipatória do enfermeiro, não apenas na deteção e resolução precoce de focos de instabilidade, como também na antecipação de todos os cuidados que podia antecipar (exemplo: preparação precoce de terapêutica, alimentação entérica, registos), promovendo uma adequada gestão do tempo de cuidados, de forma a evitar situações de atraso e que negligenciassem uma adequada resposta às necessidades vitais do cliente em tempo útil .

Relativamente à minha área de projeto específica – “Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta – tive oportunidade em ambos os campos de estágio de observar e prestar na prática quase todas as intervenções de enfermagem que tinha adquirido de forma teórica na RIL, incitando em mim uma evolução no conhecimento teórico-prático, nesta área de intervenção.

Desenvolvi competências de proficiência em novos sistemas de informação/registos de enfermagem, aperfeiçoei a abordagem ao cliente crítico, a capacidade de transmissão de informação específica, trabalho em equipa multidisciplinar em contexto de SU e UCI, gestão e priorização de intervenções de enfermagem em contexto crítico com ênfase na importância de um bom planeamento

de cuidados, vigilância e monitorização de clientes críticos – Prevenir/Antecipar – deteção precoce focos de instabilidade, intervenções no controlo da infeção, competências de comunicação com o cliente/família – Intervenção Centrada na pessoa/família, a capacidade crítica e reflexiva e ainda a partilha/divulgação da evidência científica.

Gostaria ainda de destacar o fator “Equipa”, em ambos os estágios, como uma mais valia para a minha integração e evolução nestes contextos, uma vez que, a interajuda estabelecida de forma constante entre todos os elementos, permitiu que eu me adaptasse ainda mais rápido a toda a dinâmica do serviço. Sinto que foi sempre estabelecida uma boa comunicação entre todos os elementos, promoveu-se sempre a escuta ativa e respeito mútuo entre todos os elementos (eu inclusive) em cada decisão/intervenção, o que se traduzia indubitavelmente numa maior segurança e eficácia de todos os cuidados prestados aos clientes (McFarlane, 2015; Rosen et al., 2019). Ainda neste âmbito, sinto que o apoio da minha tutora e orientadores de estágio também foi fulcral, uma vez que, as experiências e conhecimentos de que eram dotados facilitou em muito esta minha transição de conhecimentos para a prática e incitou de forma indireta a um interesse meu cada vez maior, e que se traduziu inevitavelmente num crescendo contínuo do meu conhecimento e autonomia nos cuidados à PSC. Este é sem dúvida um trabalho de parceria formal, em que um enfermeiro com menos experiência aprende e desenvolve as suas competências através da discussão/reflexão constantes sobre as vivências práticas do quotidiano, com um enfermeiro que detém uma elevada experiência (Price & Chalker, 2000). Esta situação remete também para o facto de enquanto futuro enfermeiro mestre e especialista, refletir sobre a importância do desenvolvimento de competências no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e que incluem a competência do enfermeiro na supervisão clínica, onde surge como um facilitador para as aprendizagens dos seus pares (Ministério da Saúde, 2019).

Concluindo, sinto que todos estes aspetos que acabei de referir vão de encontro às competências esperadas para um futuro mestre e especialista em enfermagem na área de intervenção à PSC, permitindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, melhores tomadas de decisão e de gestão perante situações complexas (Joint Quality Initiative, 2004; Ministério da Ciência, 2018; Ministério da Saúde, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association. (2021). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular. Guidelines 2020*. ISBN 978-1-61669-919-2
- Angeli, P., Bernardi, M., Villanueva, C., Francoz, C., Mookerjee, R. P., Trebicka, J., Krag, A., Laleman, W., & Gines, P. (2018). EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *Journal of Hepatology*, 69(2), 406–460. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics. In *Oxford University Press Inc.* 8th Edition.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. In Q. Editora (Ed.), *De Iniciado a Perito* (Edição com).
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care. In *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. <https://doi.org/10.1891/9780826105745>
- Berger, M. M., Reintam-Blaser, A., Calder, P. C., Casaer, M., Hiesmayr, M. J., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., van Zanten, A. R. H., Bischoff, S. C., & Singer, P. (2019). Monitoring nutrition in the ICU. *Clinical Nutrition*, 38(2), 584–593. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.07.009>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Cader, M. Z., & Di Pietro, M. (2020). Acute Upper GI Bleeding: Good Night, Sleep Tight, Endoscopy Can Wait until Morning Light. *Gastroenterology*, 159(5), 1990–1991. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.09.006>
- Canário, R. (2007). Aprendizagens e quotidianos profissionais. In Lusociência (Ed.), *Processos de formação na e para a prática de cuidados* (pp. 175–185).
- Carvalho, J. R., Fonseca, I. N., Freitas, C., Santos, P. M., Ribeiro, L. C., & Marinho, R. T. (2019). Major duodenal diverticular bleeding. *Gastroenterologia y Hepatologia*, 42(3), 186–187. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.10.009>
- Carvão, J., Faria, M. G., Pereira, V. M., Andrade, C. S., Fernandes, N., Nóbrega, J. J., & Jasmins, L. (2018). Esophageal and Gastroduodenal Hemorrhagic Necrosis: A Unique Finding in the Setting of Septic Shock and Vasopressor Use. *ACG Case Reports Journal*, 5(1), e57. <https://doi.org/10.14309/crj.2018.57>
- Chen, T. J., Chung, Y. W., Chang, H. C. (Rita), Chen, P. Y., Wu, C. R., Hsieh, S. H., & Chiu, H. Y. (2021). Diagnostic accuracy of the CAM-ICU and ICDSC in detecting intensive care unit delirium: A bivariate meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103782>
- Chen, Y. C., Chuang, C. J., Hsiao, K. Y., Lin, L. C., Hung, M. S., Chen, H. W., & Lee, S. C. (2019). Massive transfusion in upper gastrointestinal bleeding: a new scoring system. *Annals of Medicine*, 51(3–4), 224–231. <https://doi.org/10.1080/07853890.2019.1615122>

- Direção Geral da Saúde. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Norma Nº022/2015 de 16/12/2015, 2015(002/2015)*, 1–26. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017a). Norma nº 019/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Direção Geral Da Saúde, Normaº 019*, 1–12. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017b). Norma nº21/2015: “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. *Norma Nº021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 30/05/2017, Categoria IIC*, 1–3. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2013). *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, and Documenting Client Care* (4th Editio). F.A. Davis Company; Fourth edition.
- Enfermeiros, O. dos. (2017). *Atribuição de Tempo para a Passagem de Turno - Parecer nº 61/2017* (pp. 1–3).
- EPUAP/NPIAP/PPPIA. (2019). Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida. In *European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel y Pan Pacific Pressure Injury Alliance; Associação Portuguesa Tratamento de Feridas*; (3ª Edição, Vol. 3). <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-portuguese.pdf>
- Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70(1), 113–136. <https://doi.org/10.1348/000709900158001>
- Gibson, W., Scaturro, N., & Allen, C. (2018). Acute Management of Upper Gastrointestinal Bleeding. *AACN Advanced Critical Care*, 29, 369–376. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2018644>
- Gralnek, I. M., Stanley, A. J., Morris, A. J., Camus, M., Lau, J., Lanas, A., Laursen, S. B., Radaelli, F., Papanikolaou, I. S., Cúrdia Gonçalves, T., Dinis-Ribeiro, M., Awadie, H., Braun, G., De Groot, N., Udd, M., Sanchez-Yague, A., Neeman, Z., & Van Hooft, J. E. (2021). Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy*, 53(3), 300–332. <https://doi.org/10.1055/a-1369-5274>
- Hajj, W. E. L., Quentin, V., Boudoux, G., Vandamme, H., Berger, C., Redha, M., Berete, A., Louvel, D., Guy, J., Emmanuel, B., Thiebault, Q., Arondel, Y., Grimbert, S., & Le, B. (2021). Prognosis of variceal and non-variceal upper gastrointestinal bleeding in already hospitalised patients: Results from a French prospective cohort. *United European Gastroenterology Journal Wiley, December 2020*, 707–717. <https://doi.org/10.1002/ueg2.12096>
- Hucl, T., Dinis-Ribeiro, M., Gralnek, I. M., & Reddy, N. (2016). Complications in gastrointestinal endoscopy. *Best Practice and Research: Clinical Gastroenterology*, 30(5), 665–666. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2016.10.012>

- International Council of Nursing. (2016). *CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE VERSÃO 2015*. Lusodidacta.
- Joint Quality Initiative. (2004). Shared 'Dublin' descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards. *Draft 1, Working Document on JQI Meeting in Dublin, October*, 1–5. https://www.fibaa.org/fileadmin/files/folder/FIBAA-FBK-PROG/dublin_descriptors.pdf
- Kanjee, Z., Asombang, A. W., Berzin, T. M., & B. Burns, R. (2021). How Would You Manage This Patient With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding? *Annals of Internal Medicine*, 174(6), 836–843. <https://doi.org/10.7326/m21-1206>
- Kotfis, K., Zegan-Baraska, M., Szydłowski, L., Ukowski, M., & Ely, E. W. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients-Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 49(1), 66–72. <https://doi.org/10.5603/AIT.2017.0010>
- Lau, L. H. S., & Sung, J. J. Y. (2021). Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes. *Digestive Endoscopy*, 33(1), 83–94. <https://doi.org/10.1111/den.13674>
- Lee, P., Yang, K., Tsai, H., Hou, S., Kang, Y., & Chang, C. (2021). American Journal of Emergency Medicine Tranexamic acid for gastrointestinal bleeding: A systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. *American Journal of Emergency Medicine*, 45, 269–279. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.08.062>
- Lino, M. M., & Calil, A. M. (2008). O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 42, 777–783.
- Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A., Germano, N., Caramelo, N., Dias, C., Ribeiro, P., Agrelo, A., Alves, C., Testas, J., Nunes, J., Pimentel, I., Mata, C., & Bosrba, A. (2009). *MANUAL DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NO ADULTO - Abordagem ao Doente Crítico* (Lusociência (ed.)).
- Marcelo, C. (2009). Desenvolvimento profissional docente: passado e futuro. *Sísifo: Revista de Ciências Da Educação*, 08, 7–22. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=2951760&orden=222165>
- Marshall, J. C. ., Bosco, L., Adhikari, N. K. ., Connolly, B., Diaz, J. V. ., Dorman, T., Fowler, R. A. ., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
- Martinez, B. P., Marques, T. I., Santos, D. R., Salgado, V. S., Júnior, B. R. N., De Azevedo Alves, G. A., Neto, M. G., & Forgiarini, L. A. (2015). Influência de diferentes graus de elevação da cabeceira na mecânica respiratória de pacientes ventilados mecanicamente. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(4), 347–352. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150059>
- Martins, A., Silva, A., Andrade, F., Garcia, H., Brito, A., & Maneschy, R. (2019). Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento : uma revisão de literatura.

Pará Research Medical Journal, 3(2), 1–7. <https://doi.org/10.4322/prmj.2019.007>

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

McFarlane, D. A. (2015). Teams , Change , and Leadership : Practical Lessons from Malcolm Webber. *Management and Administrative Sciences Review*, 4(5), 748–757.

Mendes, A. P. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 24.

Ministério da Ciência, T. e E. S. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 - Capítulo III - Mestrado. *Diário Da República*, 1.^a Série, Nº 157, 4162–4165.

Ministério da Ciência, T. e E. S. (2021). Regulamento Geral de Funcionamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós - Licenciatura de Especialização em Enfermagem. *Diário Da República*, 2.^a Série.

Ministério da Saúde. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2.^a Série, N.º 135, 19362–19364. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ministério da Saúde. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.^a Série, N.º 26, 4744–4750.

Mitra, V., Marrow, B., & Nayar, M. (2012). Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointestinal Nursing*, 10(7).

NPUAP/EPUAP/PPPIA. (2014). Populações especiais - Doente em Estado Crítico. In *Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida* (Vol. 15, Issue 3, pp. 1–87).

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. *Ordem Dos Enfermeiros, Lei nº 156*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Park, K. D., Kim, T. H., & Lee, S. H. (2020). The Gugging Swallowing Screen in dysphagia screening for patients with stroke: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103588>

Pezzotti, W. (2020). Understanding acute upper gastrointestinal bleeding in adults. *Nursing*, 50(5), 24–29. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000659292.53003.39>

Pioppo, L., Bhurwal, A., Reja, D., Tawadros, A., Mutneja, H., & Goel, A. (2021). Incidence of Non - variceal Upper Gastrointestinal Bleeding Worsens Outcomes with Acute Coronary Syndrome : Result of a National Cohort. *Digestive Diseases and Sciences*, 66(4), 999–1008. <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06266-7>

- Ponce, P. (2012). *Manual de urgências e emergências*. LIDEL.
- Ponce, P., & Mendes, J. J. (2015). *MANUAL DE MEDICINA INTENSIVA* (LIDEL (ed.); 1ª Edição). LIDEL.
- Ramoo, V., Abu, H., Rai, V., Surat Singh, S. K., Baharudin, A. A., Danaee, M., & Thinagaran, R. R. R. (2018). Educational intervention on delirium assessment using confusion assessment method-ICU (CAM-ICU) in a general intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 4028–4039. <https://doi.org/10.1111/jocn.14525>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2019). Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High- Quality Care. *Physiology & Behavior*, 1–17. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>.Teamwork
- Santos, A. P., Freitas, P., Manuel, H., & Martins, G. (2013). *Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department*. <https://doi.org/10.1136/emered-2012-201782>
- Saria, M. G., & Kesari, S. (2021). Increased Intracranial Pressure: The Use of an Individualized Ladder Approach. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(2), 151133. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151133>
- SPCI. (2008). Transporte de Doentes Críticos. *Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI)*, 9–45.
- Taran, Z., Namadian, M., Faghihzadeh, S., & Naghibi, T. (2019). The Effect of Sedation Protocol Using Richmond AgitationSedation Scale (RASS) on Some Clinical Outcomes of Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care Units: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 8(4), 199–206. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.028>
- Taslidere, B., E., S., Özcan, A., Mehmetaj, L., Keskin, E., & Gulen, B. (2021). *American Journal of Emergency Medicine Comparison of the quick SOFA score with Glasgow-Blatchford and Rockall scores in predicting severity in patients with upper gastrointestinal bleeding*. 45, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.02.016>
- Taylor, B. E., McClave, S. A., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., Gervasio, J. M., Sacks, G. S., Roberts, P. R., & Compher, C. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). In *Critical Care Medicine* (Vol. 44, Issue 2). <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001525>
- Toews, A. J., Martin, D. E., & Chernomas, W. M. (2021). Clinical debriefing: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11–12), 1491–1501. <https://doi.org/10.1111/jocn.15636>
- Trindade, C., & Ramos, A. (2020). Influência dos programas de educação sobre o sono de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 1–9. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AR01936>

- Valdivielso-Cortázar, E., Madarnás-Alonso, L., Ortiz-Marín, S., Couto-Wörner, I., & Alonso-Aguirre, P. (2017). Duodenal diverticular bleeding: an endoscopic challenge. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 109(6), 468–469. <https://doi.org/10.17235/reed.2017.4755/2016>
- Vieira, V., Patine, F., Paschol, V. D., & Brandão, V. (2004). Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso. *Arq. Ciênc. Saúde*, 11(2), 80–87.
- Wang, S., & Qian, X. (2021). Effect of multidisciplinary team care on the management of cirrhotic patients with upper gastrointestinal bleeding: A retrospective cohort study. *Annals of Palliative Medicine*, 10(3), 3050–3058. <https://doi.org/10.21037/apm-21-85>
- Wennervirta, J. E., Särkelä, M. O. K., Kaila, M. M., & Pettilä, V. (2021). Responsiveness Index versus the RASS-Based Method for Adjusting Sedation in Critically Ill Patients. *Critical Care Research and Practice*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6621555>
- World Health Organization (WHO). (2017). Patient safety - Making health care safer. *World Health Organization*. Geneva., 20. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yaman, F., Ozcan, N., Ozcan, A., Kaymak, C., & Basar, H. (2012). Assesment of correlation between bispectral index and four common sedation scales used in mechanically ventilated patients in ICU. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 16(5), 660–666.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta: Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

Autores: Mário Santos ^{1 2}; Professora Doutora Eunice Henriques ¹;

¹ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

² Unidade de Técnicas de Gastrenterologia, Hospital Z

Introdução:

Para a evolução crescente nos cuidados de enfermagem, torna-se nos dias de hoje fulcral o recurso a uma prática baseada na evidência (PBE), sob forma de haver melhores tomadas de decisão e intervenções devidamente fundamentadas na mais recente e credível informação/conhecimento (Trindade & Ramos, 2020). A revisão integrativa da literatura tem como seu principal objetivo reunir e resumir toda a evidência científica disponível, sobre uma determinada temática, e que visa por sua vez, a sistematização de conhecimentos (Trindade & Ramos, 2020). O presente trabalho integra-se assim no plano curricular da Unidade Curricular (UC) de Ensino Clínico (EC), e visa a elaboração do protocolo para a revisão integrativa da literatura. O tema a desenvolver para aquisição de conhecimentos, é o da Pessoa em Situação Crítica (PSC) com Hemorragia Digestiva Alta (HDA), e neste âmbito, perceber de que forma pode o enfermeiro ter uma intervenção especializada.

A Hemorragia Digestiva Alta (HDA), ou seja, a hemorragia que se desenvolve no sistema gastrointestinal superior (esófago, estômago e/ou duodeno), revela-se como o principal motivo de internamento hospitalar de clientes na área da gastrenterologia (Cader & Di Pietro, 2020; Martins et al., 2019; Mitra et al., 2012; Pioppo et al., 2021). A HDA apresenta-se principalmente sob a forma não varicosa (80-90%) por diversas patologias, tais como, síndrome Mallory-Weiss, doença erosiva, úlceras gastroduodenais, lesão de Dieulafoy, laceração esofágica e/ou gástrica e ainda por origem neoplásica (Gralnek et al., 2021; Martins et al., 2019). Por outro lado, menos comuns mas mais letais pela sua forma de apresentação, temos as HDA de origem não varicosa, representadas pelas varizes gástricas e/ou esofágicas (Gralnek et al., 2021; Martins et al., 2019). A HDA manifesta-se tipicamente pela presença nos clientes de hematóemeses e/ou melenas, e têm a nível mundial uma mortalidade associada de 5-10% de todos os casos em que se apresenta (Cader & Di Pietro, 2020; Martins et al., 2019; Mitra et al., 2012; Pioppo et al., 2021). Relativamente à mortalidade específica na população portuguesa decorrente da HDA, não são conhecidos dados estatísticos. De referir ainda que, 80% de todas as mortes decorrentes da presença de HDA estão associadas à idade do cliente e não a fenómenos de

exsanguinação, sendo esta situação justificada por vários fatores tais como o declínio na resposta fisiológica, comorbidades associadas, e ainda pela terapêutica muitas vezes realizada no dia-a-dia, nomeadamente antiagregantes plaquetários e anticoagulantes (Cader & Di Pietro, 2020).

A HDA tem assim como principal causa de descompensação fisiológica a hipovolémia e o choque hemorrágico, que pode levar à falência multiorgânica e mesmo à morte, pelo que a necessidade do rápido reconhecimento desta patologia pelos seus sinais e sintomas, visando o controlo da hemorragia através da administração de terapêutica emergente, reposição volémica e da realização de exames/procedimentos específicos direcionados (exemplo: procedimentos endoscópicos), faz-se vital para a normal reperfusão dos órgãos e tecidos do cliente, e por fim culminar no seu bem-estar (Gralnek et al., 2021; Mitra et al., 2012; Pezzotti, 2020).

Representando a vigilância um pilar fundamental da intervenção de enfermagem, no qual está diretamente associado à segurança do cliente (Benner, 2001; Benner et al., 2011), este protocolo de revisão integrativa da literatura torna-se pertinente, uma vez que, irá proporcionar uma resposta mais completa e abrangente de quais as intervenções que o enfermeiro poderá desenvolver perante a PSC com HDA, nomeadamente ao nível da vigilância e controlo da hemorragia.

Palavras-chave: Hemorragia Digestiva Alta, Cuidados Críticos, Intervenções de Enfermagem, Controlo da Hemorragia, Adulto.

Questão de revisão:

Uma etapa fundamental para a elaboração de uma estratégia de pesquisa é a definição/formulação da questão de investigação. Assim, e de acordo com o tema em estudo a estratégia a utilizar será a PI[C]o (P-Pessoa/Problema; I-Intervenção; O – Outcome), para a seguinte questão: **Quais as intervenções de enfermagem utilizadas na vigilância e controlo da hemorragia digestiva alta na pessoa em situação crítica?**

Estratégia de Pesquisa: População, Intervenção, Outcome PI[C]o

População, Intervenção, Outcome – PI[C]o	
Pessoa/Problema	Pessoa em Situação Crítica com Hemorragia Digestiva Alta
Intervenção	Intervenções de enfermagem
[C]	
Outcome	Controlo da Hemorragia

Critérios de Inclusão:

➤ **Participantes**

Adultos com idade igual ou superior a 18 anos, com Hemorragia Digestiva Alta.

➤ **Tipo de intervenção**

A revisão pretenderá integrar todos os estudos que abarcam as intervenções na abordagem à PSC com HDA.

➤ **Tipo de resultados**

Resultados de estudos que deem resposta às intervenções específicas para vigilância e controlo da hemorragia na PSC com HDA.

➤ **Tipo de fontes de informação**

Pretendo incluir todo o tipo de estudos/trabalhos que abordam intervenções para o controlo da hemorragia na PSC por HDA, e que estejam publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, sem limite temporal. Serão tidos em consideração também todos os estudos/trabalhos decorrentes da literatura cinzenta.

Critérios de Exclusão:

São excluídos desta revisão a população pediátrica, por não se revelarem o foco principal de aprendizagem.

Metodologia:

O processo de pesquisa numa forma preliminar, efetuou-se através do motor de busca Google e Google Académico e ainda na plataforma EBSCO nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, e que levou à identificação inicial de alguns artigos pertencentes ao tema em estudo, com especial enfoque no título, abstract e termos indexados. Posteriormente foi realizada a leitura desses mesmo artigos, que auxiliaram na definição dos conceitos e termos em estudo e quem permitiram formular uma tabela de pesquisa (tabela 4) de uma forma mais adequada e direcionada nas bases de dados, de modo a ir de encontro às respostas de que necessito.

As futuras etapas levarão à realização de uma primeira pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL através da plataforma EBSCO com os conceitos chave e os devidos termos de indexação de cada uma dessas bases de dados, que culminará na obtenção de um determinado número de estudos alusivos ao tema pesquisado, e que serão devidamente analisados para que possam gerar novos conhecimentos. A consequente análise das referências bibliográficas dos estudos a obter nesta pesquisa poderá também levar à aquisição de novas evidências relevantes para o tema. Serão tidos ainda em conta estudos provenientes da literatura cinzenta e de outros motores de busca na Web.

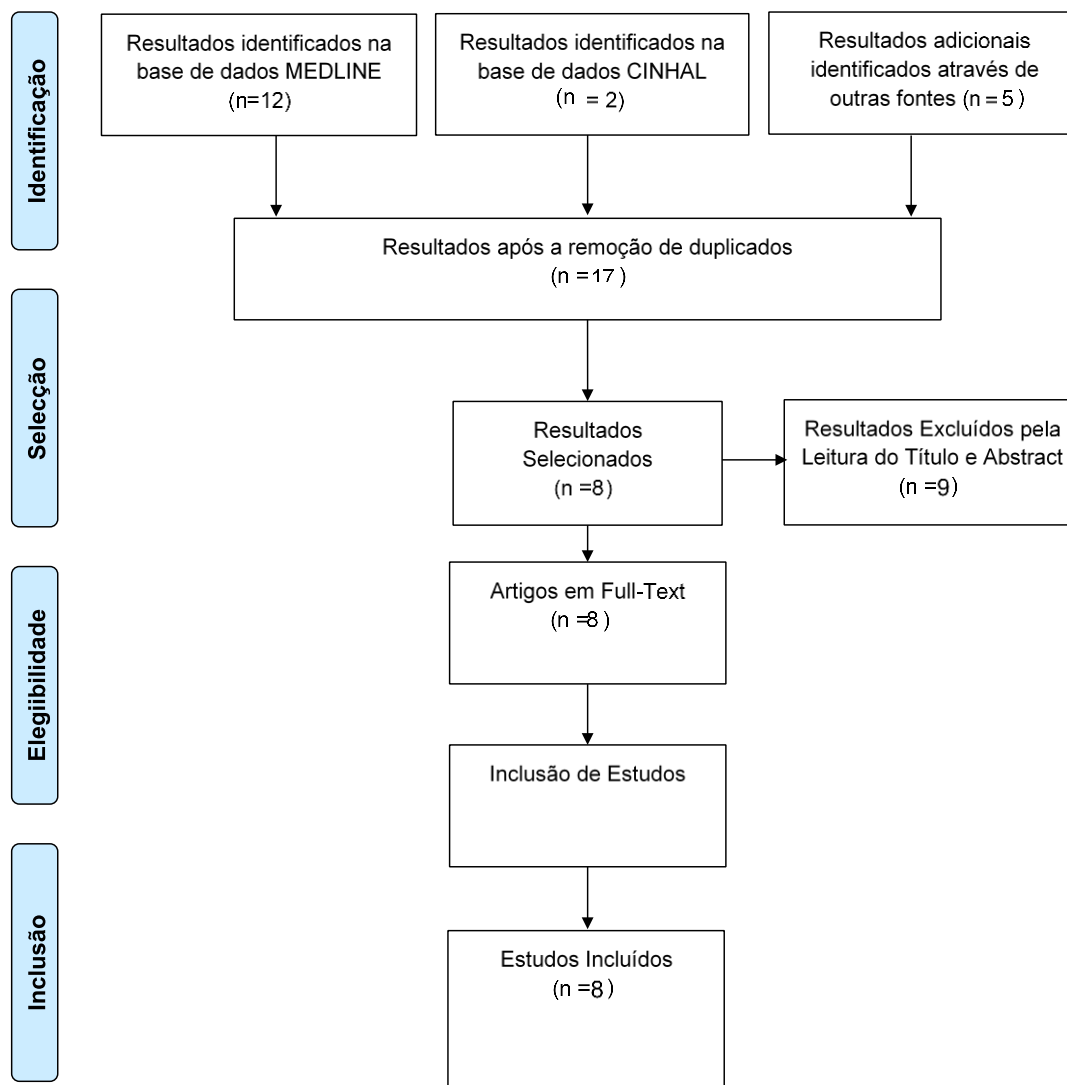
Pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL

	Termos de partida	Termos naturais	Termos MeSH (A desenvolver)	Termos CINAHL (A desenvolver)
População	Pessoa com idade \geq 18 anos	Adult	Adult OR Aged OR Middle Aged OR Aged, 80 and over OR Young Adult	Adult OR Aged OR Middle Aged OR Aged, 80 and over OR Young Adult
	HDA	Acute Upper Gastrointestinal bleeding OR Upper Gastrointestinal bleeding OR Upper Gastrointestinal Hemorrhage	Hematemesis OR Melena OR Peptic Ulcer Hemorrhage OR Hemorrhagic Shock	Hematemesis OR Melena OR Hemorrhagic Shock

		OR Upper Digestive Hemorrhage OR Upper Digestive Bleeding		
	Situação crítica	Critical Condition OR Critical Care OR Life-threatening OR Critical patient OR Critically ill	Critical Illness OR Critical Care	Critically Ill Patients OR Critical Care OR Emergency Patients OR critical Illness
Intervenção	Intervenções de Enfermagem	Nurse Interventions OR Nursing Interventions OR Nurse Strategies OR Nursing Strategies OR Nurse Protocols OR Nursing Protocols OR Nurse Management OR Nursing Management	Nurses OR Nursing OR Nurse's Role OR Nursing Assessment OR Nursing Care	Nursing Interventions OR Nursing Protocols OR Nursing Management
Outcome	Controlo	Control OR Management		Hemorrhage Control OR Management OR Medication Management
	Hemorragia	Bleeding OR Hemorrhage OR	Hemorrhage	Hemorrhage OR Melena OR Bleeding Reduction OR Bleeding Precautions

Resultados:

Fluxograma Prisma (JBI, 2021) – Este fluxograma de decisão detalha quantos estudos foram detetados, selecionados, e ainda os que foram removidos por duplicação, obtendo na etapa final os estudos incluídos.



Foram assim obtidos na base de dados da MEDLINE 12 artigos, na CINHAI 2 artigos, e outros 6 artigos decorrentes da consulta de literatura cinzenta. Destes 19 artigos, 2 foram removidos por duplicação, e posteriormente através da leitura dos títulos e resumos dos 17 artigos, 9 foram excluídos conduzindo a um total de 8 artigos selecionados.

Serve a seguinte tabela para apresentar de forma sumária os estudos que foram selecionados para a RIL:

Apresentação dos estudos selecionados:

Título	Autores	Publicação/(Ano)	Tipo de Estudo	Participantes	Contexto clínico	Resultados/conclusões
Acute Management of Upper Gastrointestinal Bleeding	Gibson, W., Scaturo, N., Allen, C.	American Association of Critical-Care Nurses - Advanced Critical Care (2018)	Revisão Narrativa da Literatura			A atuação padrão na abordagem à PSC com HDA inclui a reanimação volêmica para restabelecimento da estabilidade hemodinâmica, intervenção farmacológica, e realização de estudos/exames para detecção e controlo da fonte de hemorragia. A detecção precoce da HDA contribui para a redução da morbilidade e mortalidade.
Massive transfusion in upper gastrointestinal bleeding: a new scoring system	Chen, Y., Chuang, C., Hsiao, K., Lin, L., Hung, M., Chen, H., Lee, S.	Annals of Medicine (2019)	Estudo de coorte	59,188 participantes adultos	SU	Importância da ativação de protocolos de transfusão maciça o mais precocemente possível na HDA maciça. A transfusão de hemoderivados representa um elemento-chave na recuperação da PSC com HDA, prevenindo a coagulopatia, falência de órgãos e mortalidade. Remete ainda para a importância da utilização de escalas de avaliação/predição da necessidade de uma transfusão maciça no cliente com HDA.

Apresentação dos estudos selecionados (Continuação):

Título	Autores	Publicação/(Ano)	Tipo de Estudo	Participantes	Contexto clínico	Resultados/conclusões
Understanding acute upper gastrointestinal bleeding in adults	Pezzotti, W.	Nursing (2020)	Revisão Narrativa da Literatura			Importância da intervenção dos enfermeiros na colheita da história clínica do cliente, nomeadamente ao nível dos fármacos habituais (detecção de anti-inflamatórios não esteroides, esteroides, antiagregantes plaquetários, anticoagulantes); na identificação de fatores de risco (hábitos alcoólicos, HDA anterior, doença hepática, coagulopatia); na vigilância (hematémeses, melenas, dor abdominal, débito urinário); monitorização de sinais vitais (Hipotensão, taquicardia); na rápida abordagem ABCDE da PSC com HDA para prevenção de uma maior instabilidade lesiva para o cliente.
Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage	Gralnek et al	European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) (2021)	Guideline – Update 2021			Refere a importância de os enfermeiros possuírem conhecimentos técnicos na utilização de dispositivos endoscópicos, e proficiência na utilização de terapêuticas hemostáticas.

Apresentação dos estudos selecionados (Continuação):

Título	Autores	Publicação/(Ano)	Tipo de Estudo	Participantes	Contexto clínico	Resultados/conclusões
Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura	Martins, A., Silva, A., Andrade, F., Garcia, H., Brito, A., Maneschy, R.	Pará Research Medical Journal (2019)	Revisão sistemática da Literatura			<p>Remete para a importância da realização da EDA no cliente com HDA como meio de diagnóstico/tratamento de maior relevância, mas que só deve ser efetuada após a promoção da estabilidade hemodinâmica da pessoa (reposição volêmica com fluidos cristaloides e administração de hemoderivados).</p> <p>Refere também a importância de lavagem gástrica por sonda nasogástrica para detecção de lesão com hemorrágica ativa e para aspiração de coágulos de sangue que possam estar presentes no estômago sob forma de facilitar a visualização da mucosa no exame de EDA. A lavagem gástrica como forma de tratamento da HDA está desconsiderada uma vez que não foram encontradas diferenças na reincidência hemorrágica e mortalidade em comparação com os clientes que não foram submetidos a esse procedimento.</p>
Management of acute upper gastrointestinal bleeding	Mitra, V., Marrow, B., Nayar, M.	Gastrointestinal Nursing (2012)	Revisão Narrativa da Literatura			<p>Destaca a importância da vigilância e detecção/resolução precoce de problemas na intervenção de enfermagem, nos períodos pré, intra e pós-endoscopia no cliente com HDA.</p>

TaApresentação dos estudos selecionados (Continuação):

Título	Autores	Publicação/ (Ano)	Tipo de Estudo	Participantes	Contexto clínico	Resultados/conclusões
Tranexamic acid for gastrointestinal bleeding: A systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials	Lee, P., Yang, K., Tsai, H., Hou, S., Kang, Y., Chang, C.	American Journal of Emergency Medicine (2021)	Revisão Sistemática da Literatura	2271 participantes		Remete para a eficácia do tratamento com ácido tranexâmico para a PSC com HDA maciça, devendo ser administrada o mais precocemente possível. Esta terapêutica reduz a hemorragia contínua e diminui a mortalidade por HDA.
Comparison of the quick SOFA score with Glasgow-Blatchford and Rockall scores in predicting severity in patients with upper gastrointestinal bleeding	Taslidere, B., Sonmez E., Özcan, A., Mehmetaj, L., Keskin, E., Gulen, B.	American Journal of Emergency Medicine (2021)	Estudo Retrospectivo	133 participantes	SU	Destaca a importância da utilização precoce de escalas de avaliação/predição da HDA, que permite a estratificação do risco de morbidade e mortalidade do cliente. A escala de <i>Glasgow-Blatchford score</i> (GBS) apresentou maior predição em termos de necessidade transfusional e de mortalidade, enquanto a escala de <i>Rockall score</i> (RS) apresentou maior sensibilidade na predição do risco hemorrágico. A escala <i>quick Sepsis Related Organ Failure Assessment</i> (qSOFA) apresenta maior sensibilidade para a decisão da necessidade de internamento em UCI.

APÊNDICE II – Cronograma 3º Semestre Curso Mestrado

	Anos		2021											2022												
	Meses		OUT			NOV				DEZ				JAN				FEV				MAR				
	Dias		11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	3	7	14
		15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	2	4	11	18	23
Introdução e preparação para estágio			[Green bar from Oct 15 to Dec 31]																							
Estágio Serviço de Urgência			[Green bar from Oct 15 to Dec 31]																							
Estágio Unidade Cuidados Intensivos														[Blue bar from Jan 3 to Feb 28]												
Elaboração de Jornal de Aprendizagem														[Yellow bar from Jan 10 to Feb 18]												
Reunião Tutorial			[Yellow bar from Oct 22 to Oct 29]											[Yellow bar from Jan 10 to Jan 17]												
Elaboração do Relatório Parcelar de Estágio de Serviço de Urgência			[Yellow bar from Nov 15 to Nov 22]											[Yellow bar from Jan 10 to Jan 17]												
Elaboração do Relatório Parcelar de Estágio de Cuidados Intensivos			[Yellow bar from Nov 29 to Dec 6]											[Yellow bar from Jan 24 to Jan 31]												
Elaboração e Apresentação do Relatório de Estágio														[Yellow bar from Mar 3 to Mar 23]												

APÊNDICE III – Objetivos de Estágio: Serviço de Urgência

OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências especializadas de Enfermagem na intervenção à PSC em contexto de Serviço de Urgência (A)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A QUE ME PROPONHO
A1) Integrar-me nas dinâmicas do serviço de urgência	<ul style="list-style-type: none">➤ Conhecer todo o espaço físico e estrutura organizacional do serviço de urgência, nomeadamente localização dos quartos/salas e respetivos dispositivos e materiais disponíveis;➤ Compreender todo o circuito do cliente desde que dá entrada num serviço de urgência até ao momento em que é transferido para outro serviço ou até ao tratamento definitivo/ alta clínica;➤ Identificar as normas e protocolos existentes para dar resposta ao cliente em situação de urgência/emergência (exemplo: vias verdes existentes AVC, Trauma, Sépsis);➤ Perceber as dinâmicas da equipa de enfermagem em toda a sua hierarquia e a sua respetiva articulação com toda a equipa multidisciplinar na intervenção aos clientes neste contexto;➤ Conhecer os sistemas de informação, nomeadamente os registos de enfermagem e adquirir competências para a sua dinamização;
A2) Intervir na prestação de cuidados de enfermagem de forma abrangente à PSC e respetiva família	<ul style="list-style-type: none">➤ Intervir de forma adequada e devidamente direcionada à PSC nas diversas salas (área ambulatória, salas de observação, sala de reanimação);➤ Priorizar intervenções de enfermagem aos clientes neste contexto, de acordo com o seu grau de instabilidade;➤ Antecipar de forma eficaz à PSC perante focos de instabilidade detetados;➤ Adquirir maior capacidade de tomada de decisão em situações críticas, com foco na segurança do cliente e gestão de implicações éticas;➤ Desenvolver melhores competências nas áreas de intervenção do suporte avançado de vida e suporte avançado de vida em trauma, e consequentemente competências de trabalho em equipa nestas situações;➤ Participar ativamente no transporte do cliente crítico ao nível intra e extra-hospitalar;➤ Expandir os conhecimentos teóricos e práticos em procedimentos/técnicas de enfermagem complexas em contexto de urgência e emergência;➤ Gestão de recursos de forma eficiente e que promovam a melhoria dos cuidados;➤ Aperfeiçoar a minha intervenção ao nível relacional e comunicacional à PSC e família – gestão de necessidades emocionais;
A3) Executar intervenções especializadas de enfermagem à PSC	<ul style="list-style-type: none">➤ Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC com HDA, nomeadamente ao nível das intervenções para o controlo da hemorragia;

<p>com Hemorragia Digestiva Alta (HDA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar os conhecimentos adquiridos na revisão integrativa da literatura e os conhecimentos transmitidos pelos peritos; ➤ Desenvolver a minha capacidade de vigilância na intervenção ativa à PSC com HDA, detetando antecipadamente focos de instabilidade e consequente resolução; ➤ Intervir de forma competente perante estes clientes, nomeadamente na correta abordagem e estabilização ABCDE, quando em situação de maior emergência; ➤ Participar das tomadas de decisão na equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; ➤ Elaborar planos de cuidados devidamente direcionados aos clientes com esta patologia; ➤ Promover um ambiente de cuidados que vise diminuir situações de maior stress e ansiedade para o cliente (gestão ruídos monitores, restrição da circulação aos profissionais prestadores de cuidados e família, proporcionar privacidade); ➤ Gerir as necessidades emocionais (crenças, valores, necessidades atuais) da PSC que vivencia uma situação de HDA e apoio à família; ➤ Incitar à participação da PSC na construção do seu próprio plano de cuidados, e tomadas de decisão, quando a situação clínica assim o permitir; ➤ Promover um cuidar profissional ético-deontológico, numa relação de parceria entre o cliente, família e profissionais de saúde, com vista ao respeito e dignidade humana;
<p>A4) Promover a partilha de evidência científica, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ministar formação numa área temática que seja identificada como necessidade do serviço relativamente à PSC por HDA (exemplo: cuidados a ter perante a PSC por HDA com Sonda/Balão Sengstaken-Blakemore); ➤ Promover a partilha de evidência científica com os colegas do serviço, resultante da revisão de literatura efetuada nesta temática;
<p>A5) Promover o desenvolvimento contínuo da capacidade crítica e reflexiva decorrente das situações da prática profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de um jornal de aprendizagem, promovendo o relato de experiências e a constante reflexão e análise; ➤ Promover momentos de partilha e reflexão em equipa acerca das situações experienciadas, quer com os colegas do serviço, quer com o tutor do mestrado

APÊNDICE IV – Objetivos de Estágio: Unidade de Cuidados Intensivos

OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências especializadas de Enfermagem na intervenção à PSC na Unidade de Cuidados Intensivos (B)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A QUE ME PROPONHO
<p>B1) Integrar-me na dinâmica da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer todo o espaço físico e estrutura organizacional da Unidade de Cuidados Intensivos, nomeadamente localização dos quartos/salas e respetivos dispositivos e materiais disponíveis; ➤ Compreender todo o circuito do cliente desde que dá entrada numa UCI até ao momento em que é transferido para outro serviço ou até ao tratamento definitivo/ alta clínica; ➤ Identificar as normas e protocolos existentes para dar resposta ao cliente em situação de cuidados intensivos; ➤ Perceber as dinâmicas da equipa de enfermagem em toda a sua hierarquia e a sua respetiva articulação com toda a equipa multidisciplinar na intervenção aos clientes neste contexto; ➤ Conhecer os sistemas de informação, nomeadamente os registos de enfermagem e adquirir competências para a sua dinamização;
<p>B2) Intervir na prestação de cuidados de enfermagem de forma abrangente à PSC e respetiva família</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervir de forma adequada e devidamente direcionada à PSC neste contexto; ➤ Priorizar intervenções de enfermagem aos clientes, de acordo com o seu grau de instabilidade; ➤ Antecipar de forma eficaz à PSC perante focos de instabilidade detetados; ➤ Adquirir maior capacidade de tomada de decisão em situações críticas, com foco na segurança do cliente e gestão de implicações éticas; ➤ Desenvolver melhores competências nas áreas de intervenção do suporte avançado de vida e suporte avançado de vida em trauma, e consequentemente competências de trabalho em equipa nestas situações; ➤ Participar ativamente no transporte do cliente crítico ao nível intra e extra-hospitalar; ➤ Expandir os conhecimentos teóricos e práticos em procedimentos/técnicas de enfermagem complexas em contexto de UCI; ➤ Gestão de recursos de forma eficiente e que promovam a melhoria dos cuidados; ➤ Aperfeiçoar a minha intervenção ao nível relacional e comunicacional à PSC e família – gestão de necessidades emocionais;
<p>B3) Executar intervenções especializadas de enfermagem à PSC com Hemorragia Digestiva Alta (HDA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC com HDA, nomeadamente ao nível das intervenções para o controlo da hemorragia; ➤ Aplicar os conhecimentos adquiridos na revisão integrativa da literatura e os conhecimentos transmitidos pelos peritos; ➤ Desenvolver a minha capacidade de vigilância na intervenção ativa à PSC com HDA, detetando antecipadamente focos de instabilidade e consequente resolução; ➤ Intervir de forma competente perante estes clientes, nomeadamente na correta abordagem e estabilização ABCDE, quando em situação de maior emergência;

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participar das tomadas de decisão na equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar; ➤ Elaborar planos de cuidados devidamente direcionados aos clientes com esta patologia; ➤ Promover um ambiente de cuidados que vise diminuir situações de maior stress e ansiedade para o cliente (gestão ruídos monitores, restrição da circulação aos profissionais prestadores de cuidados e família, proporcionar privacidade); ➤ Gerir as necessidades emocionais (crenças, valores, necessidades atuais) da PSC que vivencia uma situação de HDA e apoio à família; ➤ Incitar à participação da PSC na construção do seu próprio plano de cuidados, e tomadas de decisão, quando a situação clínica assim o permitir; ➤ Promover um cuidar profissional ético-deontológico, numa relação de parceria entre o cliente, família e profissionais de saúde, com vista ao respeito e dignidade humana;
<p>B4) Promover a partilha de evidência científica, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ministrando formação numa área temática que seja identificada como necessidade do serviço relativamente à PSC por HDA (exemplo: cuidados a ter perante a PSC por HDA com Sonda/Balão Sengstaken-Blakemore); ➤ Promover a partilha de evidência científica com os colegas do serviço, resultante da revisão de literatura efetuada nesta temática;
<p>B5) Promover o desenvolvimento contínuo da capacidade crítica e reflexiva decorrente das situações da prática profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de um jornal de aprendizagem, promovendo o relato de experiências e a constante reflexão e análise; ➤ Promover momentos de partilha e reflexão em equipa acerca das situações experienciadas, quer com os colegas do serviço, quer com o tutor do mestrado;

APÊNDICE V – Plano de Sessão de Formação: Serviço de Urgência

Plano de Sessão de Formação – Serviço Urgência

1 – IDENTIFICAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica por Hemorragia Digestiva Alta

Formador: Mário Santos

População-Alvo: Enfermeiros e estudantes de enfermagem presentes no serviço de Urgência

Local: Sala de formação do serviço de urgência

Duração: 15 minutos

Data e hora: A definir

2 – OBJETIVOS DA SESSÃO

- Definir a Hemorragia Digestiva Alta (HDA), etiologia e o seu impacto na Pessoa em Situação Crítica (PSC);
- Aprofundar conhecimentos na abordagem sistematizada à PSC com HDA, de acordo com a evidência científica atual;
- Reconhecer a importância da vigilância para a otimização da intervenção de enfermagem à PSC com HDA, em contexto de Serviço de Urgência;
- Promover a partilha e a discussão de conhecimentos nesta temática;

3 – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- Objetivos
- Hemorragia Digestiva Alta
- Abordagem sistematizada à PSC por HDA – Avaliação primária (ABCDE)/secundária (SAMPLE)
- Considerações Finais
- Discussão

4 – METODOLOGIA

Método expositivo, interrogativo, ativo e demonstrativo.

5 – RECURSOS DIDÁTICOS

- Computador
- Projetor
- Tela de projeção
- Laser
- Power Point

6 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

No final da sessão será entregue um questionário de avaliação, em que o formando irá referir qual o seu nível de conhecimento acerca do tema previamente e posteriormente à apresentação. Será incentivada ainda uma discussão final acerca dos conteúdos apresentados, e acerca da importância dos mesmos para a prática dos cuidados de enfermagem.

Plano de Sessão

Conteúdos programáticos	Atividades a Realizar	Metodologia pedagógica	Tempo (minutos)
Apresentação do tema/Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema, que vem no âmbito do mestrado e o porquê da sua escolha. - Importância num serviço de urgência. 	Expositivo	2
Hemorragia Digestiva Alta	<p>Apresentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que é? - Etiologia? - Manifestações clínicas? 	Expositivo Interrogativo	3
Abordagem sistematizada à PSC por HDA – Avaliação primária (ABCDE)/secundária (SAMPLE)	<p>Elucidar acerca da abordagem ao cliente crítico por Hemorragia Digestiva Alta, nomeadamente das prioridades nos cuidados pela sequência ABCDE, e ainda acerca da importância da avaliação secundária.</p> <p>Demonstração da sonda de Sengstaken-Blakemore.</p>	Expositivo Demonstrativo	7
Considerações Finais	Destacar os pontos-chave da sessão.	Expositivo	1
Discussão/Avaliação	<p>Discussão e reflexão acerca do tema abordado, e consequente esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Entrega questionário da avaliação.</p>	Interrogativo Ativo	2

APÊNDICE VI – Sessão de formação: Serviço de Urgência

11º CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



ESTUDANTE: MÁRIO SANTOS
DOCENTE ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA EUNICE
HENRIQUES
ORIENTADORA ESTÁGIO: [REDACTED]
LISBOA, NOVEMBRO 2021

Sumário

- Objetivos
- Hemorragia Digestiva Alta;
- Abordagem sistematizada à PSC por HDA – Avaliação primária (ABCDE)/secundária (SAMPLE);
- Considerações Finais
- Discussão

2



Objetivos

- Definir a Hemorragia Digestiva Alta (HDA), etiologia e o seu impacto na Pessoa em Situação Crítica (PSC);
- Aprofundar conhecimentos na abordagem sistematizada à PSC com HDA, de acordo com a evidência científica atual;
- Reconhecer a importância da vigilância para a otimização da intervenção de enfermagem à PSC com HDA, em contexto de Serviço de Urgência;
- Promover a partilha e a discussão de conhecimentos nesta temática.

3



Hemorragia Digestiva Alta

- **Hemorragia Digestiva Alta (HDA):** Hemorragia no sistema gastrointestinal superior (esôfago, estômago e/ou duodeno) (Martins et al., 2019);
- **Etiologia:** (Gralnek et al., 2021; Martins et al., 2019);
 - Não varicosa (80-90%): úlceras gastroduodenais (Hábitos tabágicos, alcoólicos, AINES-5x5, Helicobacter Pylori), síndrome Mallory-Weiss (laceração esôfago-gástrica por emese intensa), doença erosiva, neoplásica, lesão de Dieulafoy (vaso submucosa que invade estômago com hemorragia intermitente), laceração esofágica e/ou gástrica, angiodisplasias (malformações vasculares);
 - Varicosa: varizes esofágicas e/ou gástrica (HTPortal);
- **Manifestação Típica:** Hematemeses e/ou Melenas (Martins et al., 2019; Mitra et al., 2012);
- **Principal causa de internamento** hospitalar em Gastreenterologia (Cader & Di Pietro, 2020; Mitra et al., 2012; Pioppo et al., 2021);

Hemorragia Digestiva Alta

- **Mortalidade:** 5%-10% a nível mundial, apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos (Cader & Di Pietro, 2020; Pioppo et al., 2021);
- **80% das mortes associadas à Idade** (declínio resposta fisiológica/comorbilidades) (Cader & Di Pietro, 2020);
- **Hipovolemia/Choque Hemorrágico** – principal causa de descompensação (Gralnek et al., 2021);
- **Necessidade de reanimação volêmica e terapêutica emergente – Reperusão de órgãos/Estabilidade Hemodinâmica;** (Gibson et al., 2018; Mitra et al., 2012; Pezzotti, 2020)
- Realização de estudos/exames para deteção e controlo da fonte de hemorragia – **EDA – após adequada ressuscitação hemodinâmica;** (Gibson et al., 2018; Gralnek et al., 2021; Martins et al., 2019)

Hemorragia Digestiva Alta

- A **vigilância e deteção precoce** da HDA contribui para a redução da morbilidade e mortalidade; (Gibson et al., 2018; Mitra et al., 2012)
- A utilização de **escalas de predição** de ocorrência da HDA, de necessidade transfusional e probabilidade de mortalidade – **Rockall score (RS)** e **Glasgow-Blatchford score (GBS)** – importantes na deteção/antecipação de problemas e intervenção precoce a estes tipo de clientes, devendo ser aplicadas sempre que possível; (Taslidere et al., 2021)

PSC por HDA

O doente crítico é caracterizado por “aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011)

A pessoa em situação crítica apresenta-se em situação grave, com risco elevado e iminente de morte, dada a sua instabilidade fisiológica, remetendo deste modo, para a necessidade de cuidados de enfermagem especializados e vigilância permanentes (Lino & Calli, 2008)

7

Abordagem à PSC por HDA

Avaliação Primária - Abordagem ABCDE

- A – Via Aérea
- B – Respiração
- C – Circulação/controlo da Hemorragia (Técnica Endoscópica)
- D – Estado Neurológico
- E – Exposição

8

Abordagem à PSC por HDA – Via Aérea (A)

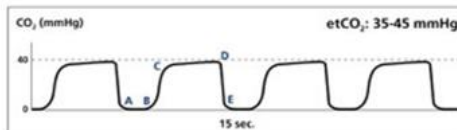
- A VA mantém-se patente/permeável? Como permeabilizar? Manobras básicas?
- Há a necessidade da aspiração de sangue/coágulos/secreções? (Yankauer)
- É necessário garantir uma VA Avançada?
- Capnografia é importante? Se tiver essa possibilidade devo utilizar? Como?



9

Abordagem à PSC por HDA – Via Aérea (A)

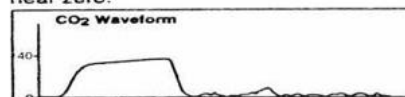
Capnografia na VA avançada como nos pode ajudar a perceber o estado hemodinâmico do doente?



Exemplo:



Sudden loss of ETCO₂ to zero or near zero:



Paragem Respiratória? PCR? O que fazer?

10

Abordagem à PSC por HDA – Via Aérea (A)



11

Abordagem à PSC por HDA – Via Aérea (A)

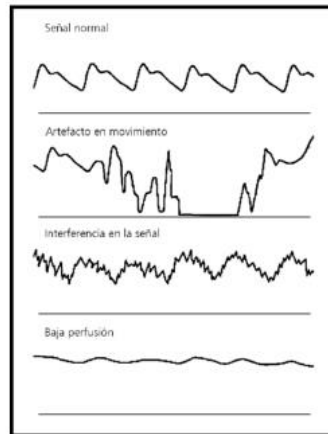
- Colocação de SNG em drenagem
- **Prevenção de aspiração de conteúdo gástrico;**
- Vigilância hemorragia;
- Preparação endoscópica;
- A não presença/visualização de conteúdo hemático à aspiração não exclui a existência de hemorragia digestiva alta;
- A lavagem gástrica como forma de tratamento da HDA está desaconselhada – Não altera a morbi/mortalidade nem a reincidência hemorrágica;
- Posicionamento: semi-fowler ou decúbito lateral esquerdo

(Galinek et al., 2021; Martins et al., 2019)

12

Abordagem à PSC por HDA – Respiração (B)

- Avaliação Oximetria!



13

Abordagem à PSC por HDA – Respiração (B)

- Necessidade de aporte suplementar de O₂?
- Manter **SatO₂ em 95-98%; Titular O₂**;
- Monitorizar com regularidade: Movimentos do tórax; Oximetria/Capnografia
- É necessário auxiliar a ventilação?

Se houver necessidade de ventilação por pressão positiva - evitar hiperventilação!

(AHA, 2020)

14

Abordagem à PSC por HDA – Circulação/Controlo Hemorragia (C)

- Vigilância da coloração e temperatura da pele/tempo de preenchimento capilar;
- Monitorização TA e vigilância da frequência e ritmo cardíaco! Arritmias? (Taquidistritmia?)
- Em caso de dúvida em doente com AEC (sedação/hipoperfusão e hipóxia cerebral), palpação de pulso carotídeo! Ritmo Taquicárdica Sinusal vs AESP??
- Estabelecer pelo menos 2 cvp de largo calibre (ex:18G)/colheita de sangue para análises/tipagem;
- Reanimação fluidica com soros cristaloides (fisiológico ou lactato ringer) e ainda administração de UCE (protocolo de transfusão maciça precoce $\geq 10U/24h$), plaquetas, plasma fresco, complexo protrombínico, fibrinogénio, Vitamina K – correção individualizada (coagulopatia);
- Controlo da diurese ($\geq 0,5ml/kg/h$)/Vigiar perdas hemáticas;

(AHA, 2020; Cai & Saltzman, 2018; Chen et al., 2019; Gibson et al., 2018)

Pezzoti, 2020)

15

Abordagem à PSC por HDA – Circulação/Controlo Hemorragia (C)

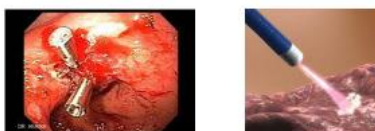
- Terapêutica EV de emergência? Necessidade de **vasopressor** (noradrenalina)? TAS>90 ou PAM ≥ 65mmhg;
- Administração de **IBP** (ex: pantoprazol, omeprazol, esomeprazol) e **fármacos vasoativos** com efeito de vasoconstrição esplâncnica arterial (ex: somatostatinas, octreótido, vasopressina e terlipressina); (Gibson et al., 2018)
- **Ácido Tranexâmico**: Eficaz na pessoa com HDA aguda, reduzindo a hemorragia contínua e a mortalidade, sendo aconselhável a sua administração o mais precocemente possível (Lee et al., 2021).
- **1g em bólus** (em 100cc de NaCl 0,9%) a infundir em 10 minutos;
- Se necessário após bólus iniciar perfusão contínua de mais 1g (1g/10ml + 10 ml de NaCl 0,9% – total 20 cc) a 2,5cc/h (8 horas);

16

Abordagem à PSC por HDA – Circulação/Controlo Hemorragia (C)

Realização de EDA - Técnicas hemostáticas: Entre as 6 e as 24H do início da HDA – Após adequada ressuscitação hemodinâmica

- **Guidelines ESGE – HDA não varicosa**

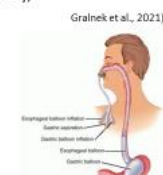


Úlceras pépticas – injeção de adrenalina adicionando uma segunda modalidade terapêutica (mecânica ou térmica);

- **Guidelines ESGE - HDA varicosa**

Varizes esofágicas – Aplicação elásticos

Varizes gástricas – Injeção de Bucrilato intra-variz



- Se hemorragia incontrolável após falha de medidas anteriores - **Sonda de Sengstaken-Blakemore** (medida temporária – 24horas)

(Karstensen et al., 2020)

Abordagem à PSC por HDA – Estado Neurológico (D)

- Nível estado de consciência (agitação/confusão/desorientação/ausência de resposta) - hipoperfusão, hipoxia cerebral – Valor Escala de Glasgow!;
- Pupilas;
- Glicémia;
- Comparar avaliações no decorrer do internamento;

Abordagem à PSC por HDA – Exposição (E)

- Manutenção da temperatura/prevenção Hipotermia;
- Avaliação corporal mais detalhada (Região anterior/posterior) – outros fatores contributivos para Instabilidade do doente – Icterícia, ascite, adesivos medicação transdérmica, etc;

18

Avaliação Secundária

SAMPLE/Diagnóstico diferencial: Utente/Família/Equipa PH

S – sinais e sintomas;

A – alergias medicamentosas;

M – medicação habitual (ex:AINEs);

P – antecedentes pessoais (ex: Helicobacter Pylori - AB);

L – última refeição;

E – evento atual;

(AHA, 2020)

19



Considerações Finais

- A vigilância e monitorização de enfermagem são cruciais na abordagem à PSC – Prevenir/Antecipar;
- Estabelecer prioridades em caso de deterioração clínica do cliente, seguindo a sequência ABCDE;
- A PSC por HDA deve ser observada como um todo e não apenas pelo evento hemorrágico, e consequente tratamento local;
- O trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental;

20



Bibliografia

- AHA, A. H. A. (2020). High-Performance Teams. In *ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT*.
- Cader, M. Z., & Di Pietro, M. (2020). Acute Upper GI Bleeding: Good Night, Sleep Tight, Endoscopy Can Wait until Morning Light. *Gastroenterology*, 159(5), 1990–1991. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.09.006>
- Cai, J. X., & Saltzman, J. R. (2018). Initial Assessment, Risk Stratification, and Early Management of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 28(3), 261–275. <https://doi.org/10.1016/j.giec.2018.02.001>
- Chen, Y. C., Chuang, C. J., Hsiao, K. Y., Lin, L. C., Hung, M. S., Chen, H. W., & Lee, S. C. (2019). Massive transfusion in upper gastrointestinal bleeding: a new scoring system. *Annals of Medicine*, 51(3–4), 224–231. <https://doi.org/10.1080/07853890.2019.1615122>
- Gibson, W., Scaturro, N., & Allen, C. (2018). Acute Management of Upper Gastrointestinal Bleeding. *AACN Advanced Critical Care*, 29, 369–376. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2018644>
- Gralnek, I. M., Stanley, A. J., Morris, A. J., Camus, M., Lau, J., Lanas, A., Laursen, S. B., Radaelli, F., Papanikolaou, I. S., Cúrdia Gonçalves, T., Dinis-Ribeiro, M., Awadie, H., Braun, G., De Groot, N., Udd, M., Sanchez-Yague, A., Neeman, Z., & Van Hooft, J. E. (2021). Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy*, 53(3), 300–332. <https://doi.org/10.1055/a-1369-5274>

21



Bibliografia

- Karstensen, J. G., Ebigbo, A., Bhat, P., Dinis-ribeiro, M., Gralnek, I., Guy, C., Le, O., Vilmann, P., Antonelli, G., Ijoma, U., Anigbo, G., Afihen, M., Duduyemi, B., Desalegn, H., Franchis, R. De, Ponchon, T., Hassan, C., & Aabakken, L. (2020). Endoscopic treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. *ESGE*, 990–997.
- Lee, P., Yang, K., Tsai, H., Hou, S., Kang, Y., & Chang, C. (2021). American Journal of Emergency Medicine Tranexamic acid for gastrointestinal bleeding: A systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. *American Journal of Emergency Medicine*, 45, 269–279. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.08.062>
- Lino, M. M., & Calil, A. M. (2008). O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 42, 777–783.
- Martins, A., Silva, A., Andrade, F., Garcia, H., Brito, A., & Manesch, R. (2019). Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. *Pará Research Medical Journal*, 3(2), 1–7. <https://doi.org/10.4322/prmj.2019.007>
- Ministério da Saúde. (2011). Regulamento N.º 124/11 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da Republica N.º 35/11, II Série*, 8656–8657.

22



Bibliografia

- Mitra, V., Marrow, B., & Nayar, M. (2012). Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointestinal Nursing*, 10(7).
- Pioppo, L., Bhurwal, A., Reja, D., Tawadros, A., Mutneja, H., & Goel, A. (2021). Incidence of Non - variceal Upper Gastrointestinal Bleeding Worsens Outcomes with Acute Coronary Syndrome: Result of a National Cohort. *Digestive Diseases and Sciences*, 66(4), 999–1008. <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06266-7>
- Pezzotti, W. (2020). Understanding acute upper gastrointestinal bleeding in adults. *Nursing*, 50(5), 24–29. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000659292.53003.39>
- Taslıdere, B., E., S., Özcan, A., Mehmetaj, L., Keskin, E., & Gulen, B. (2021). American Journal of Emergency Medicine Comparison of the quick SOFA score with Glasgow-Blatchford and Rockall scores in predicting severity in patients with upper gastrointestinal bleeding. 45, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.02.016>

23



**OBRIGADO PELA
ATENÇÃO 😊**

24



APÊNDICE VII – Questionário/Avaliação da Sessão de Formação:
Serviço de Urgência

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

TEMA: Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica por Hemorragia Digestiva Alta

Classificar de acordo com o seu grau de satisfação colocando um X, tendo em conta que:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom 5 – Excelente

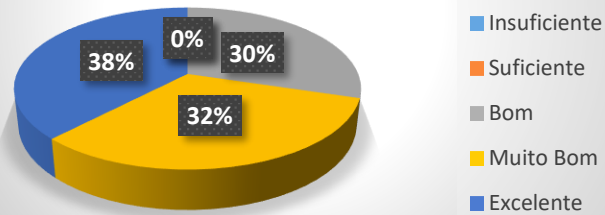
Aquisição de conhecimentos	1	2	3	4	5
Nível de conhecimentos em relação ao tema abordado, prévio à sessão formativa					
Conhecimentos na área temática após a sessão de formação					
Contribuição da formação para o desenvolvimento pessoal e profissional					
Expectativas	1	2	3	4	5
A apresentação correspondeu às expectativas?					
Grau de satisfação relativamente aos conteúdos apresentados					
Análise do Formador	1	2	3	4	5
Clareza na informação transmitida					
Domínio dos conteúdos					
Resposta às perguntas colocadas					
Interação com os formandos					
Gestão do tempo de formação					

Sugestões/comentários: _____

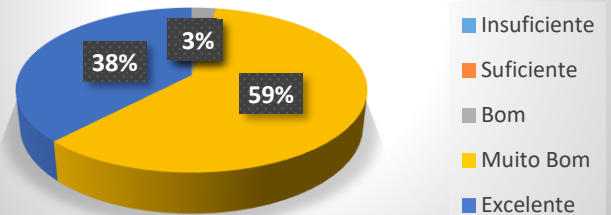
Muito Obrigado

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO – 36 QUESTIONÁRIOS (2 SESSÕES)

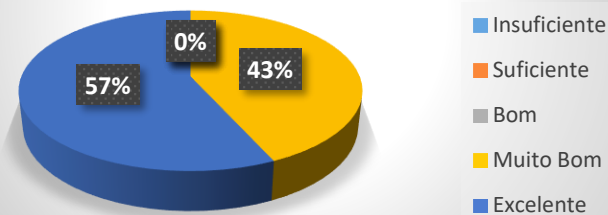
Nível de conhecimentos dos formandos em relação ao tema, prévio à sessão...



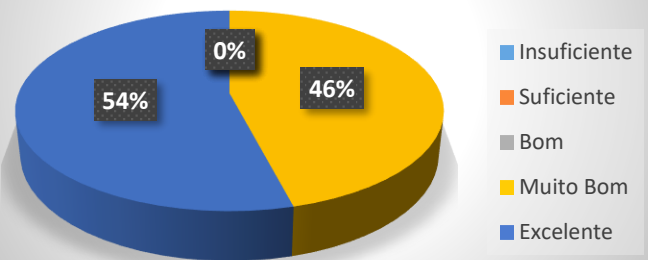
Conhecimentos na área temática após a sessão de formação



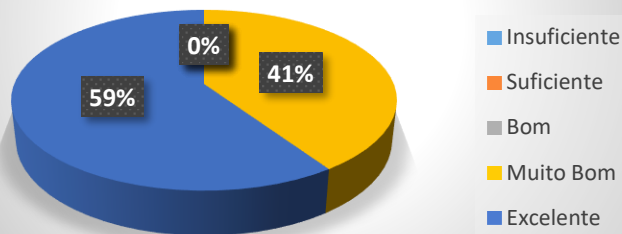
Contribuição da formação para o desenvolvimento pessoal e profissional



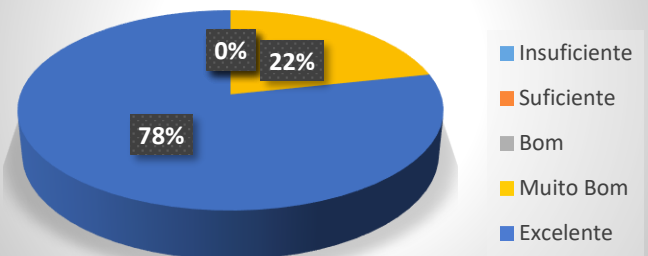
Expectativas dos formandos



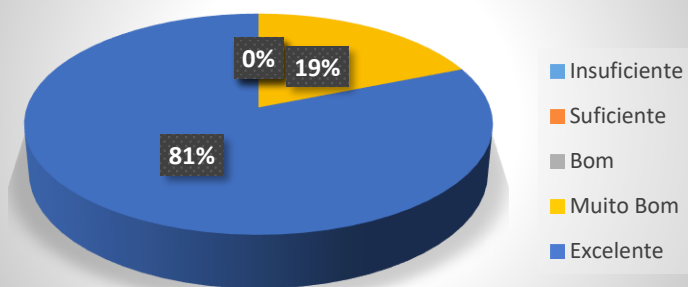
Grau de satisfação em relação aos conteúdos apresentados



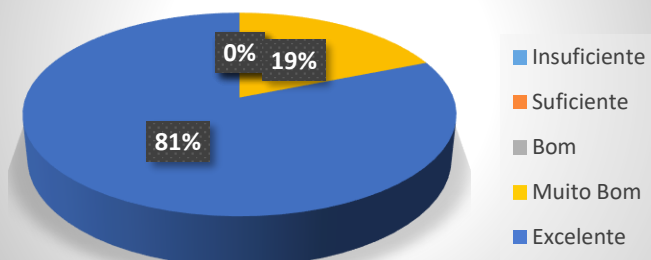
Clareza na informação transmitida



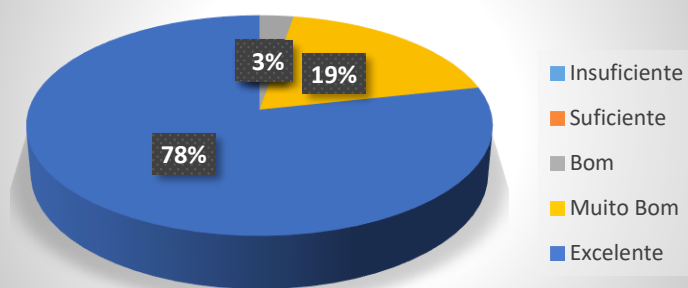
Domínio dos conteúdos



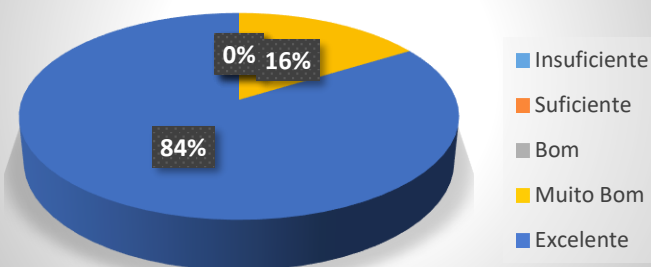
Resposta às perguntas colocadas



Interação com os formandos



Gestão do tempo de formação



APÊNDICE VIII – Plano de Sessão de Formação: Unidade de Cuidados Intensivos

Plano de Sessão de Formação – Serviço Urgência

1 – IDENTIFICAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Intervenção Especializada de Enfermagem no Controlo da Hemorragia Digestiva Alta na Pessoa em Situação Crítica

Formador: Mário Santos

População-Alvo: Enfermeiros e estudantes de enfermagem presentes na UCI

Local: Sala de formação da UCI

Duração: 30 minutos

Data e hora: 02/03/2022

2 – OBJETIVOS DA SESSÃO

- Definir a Hemorragia Digestiva Alta (HDA), etiologia e o seu impacto na Pessoa em Situação Crítica (PSC);
- Aprofundar conhecimentos relativos à intervenção especializada de enfermagem no controlo da HDA;
- Reconhecer a importância da vigilância para a otimização da intervenção de enfermagem à PSC com HDA;
- Promover a partilha e a discussão de conhecimentos nesta temática;

3 – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- Objetivos
- Hemorragia Digestiva Alta
- Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA
- Considerações Finais

4 – METODOLOGIA

Método expositivo, interrogativo, ativo e demonstrativo.

5 – RECURSOS DIDÁTICOS

- Computador
- Projetor
- Tela de projeção
- Laser
- Power Point
- Sonda de Sengstaken-Blakemore
- Seringas de 50 ml e 100ml

6 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

No final da sessão será entregue um questionário de avaliação, em que o formando irá referir qual o seu nível de conhecimento acerca do tema previamente e posteriormente à apresentação. Será incentivada ainda uma discussão final acerca dos conteúdos apresentados, e acerca da importância dos mesmos para a prática dos cuidados de enfermagem.

Plano de Sessão

Conteúdos programáticos	Atividades a Realizar	Metodologia pedagógica	Tempo (minutos)
Apresentação do tema/Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema, que vem no âmbito do mestrado e o porquê da sua escolha; - Importância destes conhecimentos numa UCI; 	Expositivo	2
Hemorragia Digestiva Alta	<p>Apresentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que é? - Etiologia? - Manifestações clínicas? 	Expositivo Interrogativo	4
Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA	<p>Elucidar acerca da panóplia de intervenções de enfermagem no controlo da HDA na PSC, nas três vertentes principais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administração Terapêutica/Hemoderivados; - Apoio diferenciado ao Exame Endoscópico; - Colocação, manutenção e remoção da Sonda de Sengstaken-Blakemore; 	Expositivo Demonstrativo	18
Considerações Finais	Destacar os pontos-chave da sessão;	Expositivo	1
Discussão/Avaliação	<p>Discussão e reflexão acerca do tema abordado, e consequente esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Entrega questionário de avaliação da sessão.</p>	Interrogativo Ativo	5

APÊNDICE IX – Sessão de formação: Unidade de Cuidados Intensivos

11º CURSO DE Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



ESTUDANTE: MÁRIO SANTOS
DOCENTE ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA EUNICE
HENRIQUES
ORIENTADOR ESTÁGIO: [REDACTED]

LISBOA, MARÇO 2022

Sumário

- Objetivos
- Hemorragia Digestiva Alta
- Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA
- Considerações Finais

2



Objetivos

- Definir a Hemorragia Digestiva Alta (HDA), etiologia e o seu impacto na Pessoa em Situação Crítica (PSC);
- Intervenção especializada de enfermagem no controlo da HDA;
- Reconhecer a importância da vigilância para a otimização da intervenção de enfermagem à PSC com HDA;
- Promover a partilha e a discussão de conhecimentos nesta temática;

3



Hemorragia Digestiva Alta

- **Hemorragia Digestiva Alta (HDA):** Hemorragia no sistema gastrointestinal superior (esôfago, estômago e/ou duodeno) (Martins et al., 2019);
- **Etiologia:** (Gralnek et al., 2021; Martins et al., 2019);
 - **Não varicosa** (80-90%): úlceras gastroduodenais (Hábitos tabágicos, alcoólicos, AINES-5x5, Helicobacter Pylori), síndrome Mallory-Weiss (laceração esôfago-gástrica por emese intensa), doença erosiva, neoplásica, lesão de Dieulafoy (vaso submucosa que invade estômago com hemorragia intermitente), laceração esofágica e/ou gástrica, angiodisplasias (malformações vasculares);
 - **Varicosa** (maior letalidade): varizes esofágicas e/ou gástrica (DHC - HTPortal);
- **Manifestação Típica:** Hemateméses e/ou Melenas (Martins et al., 2019; Mitra et al., 2012);
- **Principal causa de internamento** hospitalar em Gastrenterologia (Cader & Di Pietro, 2020; Mitra et al., 2012; Pioppo et al., 2021);

Hemorragia Digestiva Alta

- **Mortalidade:** 5%-10% a nível mundial, apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos (Cader & Di Pietro, 2020; Pioppo et al., 2021);
- **80% das mortes associadas à Idade** (declínio resposta fisiológica/comorbilidades) (Cader & Di Pietro, 2020);
- **Choque Hipovolémico/Hemorrágico** – principal causa de descompensação (Gralnek et al., 2021);
- **Necessidade de reanimação volêmica e terapêutica emergente – Reperusão de órgãos/Estabilidade Hemodinâmica;** (Gibson et al., 2018; Mitra et al., 2012; Pezzotti, 2020)
- **Controlo mais eficaz da fonte de hemorragia – EDA – após adequada ressuscitação hemodinâmica;** (Gibson et al., 2018; Gralnek et al., 2021; Martins et al., 2019)

Hemorragia Digestiva Alta

- A **vigilância e deteção precoce** da HDA contribui para a redução da morbidade e mortalidade; (Gibson et al., 2018; Mitra et al., 2012)
- A utilização de **escalas de predição** de ocorrência da HDA, de necessidade transfusional e probabilidade de mortalidade – **Rockall score (RS)** e **Glasgow-Blatchford score (GBS)** – importantes na deteção/antecipação de problemas e intervenção precoce a estes tipo de clientes, devendo ser aplicadas sempre que possível; (Taslidere et al., 2021)

PSC por HDA

O doente crítico é caracterizado por “aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011)

A pessoa em situação crítica apresenta-se em situação grave, com risco elevado e iminente de morte, dada a sua instabilidade fisiológica, remetendo deste modo, para a necessidade de cuidados de enfermagem especializados e de vigilância permanentes (Lino & Calil, 2008)

7

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

Sinais e sintomas de HDA maciça:

- Pele pálida, fria e sudorética;
- Tempo de preenchimento capilar aumentado;
- Alteração do estado de consciência;
- Hipotensão;
- Taquicárdia;
- Polipneia/Hipóxia;
- Hematemeses/melenas;
- Diminuição do débito urinário;

(Pezzoti, 2020)

8

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

Intervenção para o controlo da Hemorragia: Abordagem terapêutica imediata

- Estabelecer pelo menos 2 cvp da largo calibre (ex:18G) ou CVC/Colheita de sangue para análises/Tipagem;
- Reanimação fluidica com soros cristaloides (fisiológico ou lactato ringer)/administração de UCE (protocolo de transfusão maciça precoce $\geq 10U/24h$) – H.Cascais protocolo inicial (4 UCEs + 4 Plasma fresco + 1 pool plaquetas + 1g fibrinogénio);
- Correção individualizada (coagulopatia):
 - Plaquetas - Trombocitopenia grave ($<50000/mm^3$)/com toma recente de terapêutica anti-plaquetária;
 - Plasma fresco (INR >2);
 - Fibrinogénio (Factor I – coagulação): reposição de emergência;
 - Complexo protrombínico (Fatores coagulação 25xs superior ao plasma) – emergências hemorrágicas/reversão de emergência da anticoagulação por antagonistas da vitamina K (Varfarina) – \downarrow hemorragia e \downarrow necessidade UCEs;
 - Vitamina K (em conjunto com CCP);

(AHA, 2020; Cai & Saltzman, 2018; Chen et al., 2019; Gibson et al., 2018 Pezzoti, 2020)

9

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

- Administração de **IBP** (ex: pantoprazol, esomeprazol) essencialmente na hemorragia de origem não varicosa – Parar assim que houver evidência de hemóstase (absorção/bactérias) – 80mg bólus, seguido de infusão contínua (80mg/50ml sf – a 5cc/h); (Gibson et al., 2018)
- Administração de **fármacos vasoativos** com efeito de vasoconstricção esplâncnica arterial (ex: somatostatinas, **octreótid**(B: 50mcg – 600mcg/50 a 4,1ml/h), vasopressina e terlipressina), na HDA de origem varicosa; (Gibson et al., 2018)
- **Ácido Tranexâmico**: Eficaz na pessoa com HDA aguda, reduzindo a hemorragia contínua e a mortalidade, sendo aconselhável a sua administração o mais precocemente possível; (Lee et al., 2021)
- **1g em bólus** (em 100cc de NaCl 0,9%) a infundir em 10 minutos;
- Perfusão contínua de mais 1g (1g/10ml + 10 ml de NaCl 0,9% – total 20 cc) a 2,5cc/h (8 horas);

10

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

• Colocação de SNG? Qual o objetivo?

- **Prevenção de aspiração de conteúdo gástrico;**
- Vigilância hemorragia – características do conteúdo drenado/gravidade;
- Preparação endoscópica – lavagem gástrica;
- A não presença/visualização de conteúdo hemático à aspiração não exclui a existência de hemorragia digestiva alta;
- A lavagem gástrica como forma de tratamento da HDA está desaconselhada – Não altera a morbi/mortalidade nem a reincidência hemorrágica;
- A presença ou suspeita de VE não representa contraindicação para a colocação de SNG em clientes com HDA;

(Gralnek et al., 2021; Martino et al., 2019)

11

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

Realização de EDA – 6-24H do início da HDA – Após adequada ressuscitação hemodinâmica

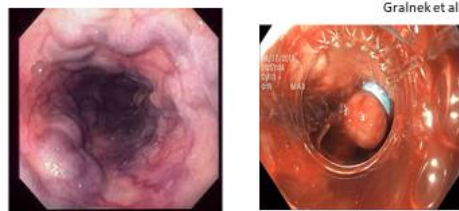
• **Guidelines ESGE – HDA não varicosa**



Úlceras pépticas – injeção de adrenalina adicionando uma segunda modalidade terapêutica (mecânica ou térmica);

(Gralnek et al., 2021)

• **Guidelines ESGE - HDA varicosa**



(Karstensen et al., 2020)

Varizes esofágicas – Aplicação elásticos;

Varizes gástricas – Injeção de esclerosante intra-variz;

12

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

• Exceções – Exame nas primeiras 6-12 horas:

- Clientes com instabilidade hemodinâmica apesar da ressuscitação adequada;
- Hematemeses de sangue vivo persistentes;
- Drenagem contínua de sangue vivo na SNG após várias lavagens;
- Contraindicação para suspender fármacos anticoagulantes (decisão individualizada);

(Grainek et al., 2021; Karstensen et al., 2020; Lau et al., 2020)

13

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

Sonda de Sengstaken-Blakemore



Utilização em declínio (↑complicações) devido a novos tratamentos farmacológicos/endoscópicos (↑segurança);

Procedimento médico, no entanto, coadjuvado com a intervenção de enfermagem nas diferentes etapas – preparação, colocação, manutenção e remoção;

(Bridwell et al., 2022; Hingston & Brown, 2020; Nadler et al., 2017)

14

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

Indicações:

- Se hemorragia incontrolável após falha das medidas anteriores (pelo menos 24 horas);
- Tamponamento esofágico ou gástrico em lesões hemorrágicas com risco de vida para o cliente;
- Indicado nomeadamente na HDA aguda por rotura de VE;
- Medida life-saving/ponte para o tratamento definitivo (ex: TIPS);
- Transferência do cliente para outro serviço aquando de HDA de difícil controlo;

Contra-Indicações:

- Cliente hemodinamicamente estável;
- Cliente que não esteja sob EOT;
- Cirurgia esofágica ou gástrica recente (CI relativa – Risco/Benefício);

(Bridwell et al., 2022; Hingston & Brown, 2020; Nadler et al., 2017)

15

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

• Sonda de Sengstaken-Blakemore – Material e equipamento:

- Equipamento de proteção individual;
- SSB;
- Seringa 50cc/100cc;
- Estetoscópio e material para possível EOT;
- Spigot e Saco de drenagem;
- Gel lidocaína;
- Resguardo;
- Ligadura ou Nastro e soro de 500ml/1l para tração;
- Suporte de Soro;
- Manómetro de pressão;
- Clamps (depende do tipo de sonda);
- Taça e água - testar balões;
- Medicação para sedação e/ou analgesia (segundo prescrição);
- Garantir sistema de aspiração funcional;

(Bridwell et al., 2022; Christensen, 2004; Christensen & Christensen, 2007; Hingston & Brown, 2020)

16



Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

• Sonda de Sengstaken-Blakemore – Pré-Colocação:

- Explicar o procedimento se consciente;
- Garantir acesso venoso de largo calibre;
- Monitorização contínua;
- Considerar sedação se cliente não sedado (desconforto associado à técnica);
- Ponderar EOT;
- Disponibilizar SSB (manter em congelador – Maior rigidez);
- Testar os balões da SSB;
- Confirmar que a SSB está bem desinsuflada antes de avançar para o procedimento;

(Bridwell et al., 2022; Christensen, 2004; Christensen & Christensen, 2007; Hingston & Brown, 2020)

17



Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

• Sonda de Sengstaken-Blakemore – Colocação:

- Medição correta da porção da sonda a introduzir;
- Posicionar cliente: Semi-fowler ou DLE (cabeça flectida);
- Lubrificar adequadamente SSB – Lidocaína gel;
- Auxiliar na introdução da sonda (via nasal/oral) – Laringoscópio/pinça magill (SOS);
- Confirmar correta localização da sonda (auscultação) ou visualização endoscópica;
- Insuflar balões na ordem correta (1º balão gástrico 2º balão esofágico): Balão gástrico Vol. 250-300ml ar/P. 100-150mmHg; balão esofágico vol. 50-120 ml ar/P. 25-40mmHg (controlo preferencial pela pressão);



(Bridwell et al., 2022; Christensen, 2004; Christensen & Christensen, 2007; Hingston & Brown, 2020)

18





• 1mmHg = 1,36 cmH2O

Balão esofágico: 34-54,4 cmH2O

Balão gástrico: 136-204 cmH2O

19

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

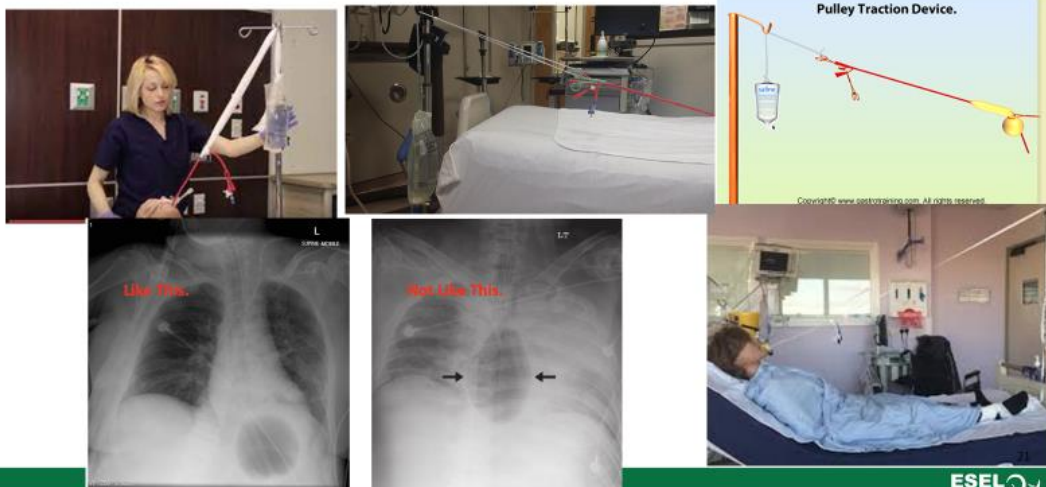
• Sonda de Sengstaken-Blakemore – Colocação (continuação):

- Aplicar tração (ex: balão de Soro fisiológico de 500ml-1l) – Atar o nastro (5-6 metros) na zona da fita branca (base de junção dos lúmens);
- Utilizar clamps para evitar desinsuflação dos balões (depende do tipo de sonda);
- Aspiração conteúdo gástrico/Conexão da SSB ao saco de drenagem;
- Registos enfermagem (data e hora da colocação da SSB, nível da sonda, volumes/pressão da cada balão, intercorrências);
- Auxiliar na mobilização adequada do cliente na realização do RX de controlo – despiste complicações (ex: balão gástrico no esófago);

(Bridwell et al., 2022; Christensen, 2004; Christensen & Christensen, 2007; Hingston & Brown, 2020)

20

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA



Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

• Sonda de Sengstaken-Blakemore – Manutenção:

- Manter cabeceira da cama elevada (30-45°);
- Monitorização/Vigilância da pressão dos balões com manómetro;
- Explicar a necessidade de manutenção da sonda se consciente;
- Vigiar quadros de confusão/agitação (remoção acidental);
- Vigiar se tração adequada (fluido intravenoso 500ml), nomeadamente após alternância de decúbitos do cliente;
- Vigiar localização da sonda com regularidade (ex: na alternância de decúbitos);
- Vigiar integridade cutânea nasal/cavidade oral (ex: lábios) – intervenções para a prevenção UP;
- Monitorização contínua dos parâmetros vitais e estado geral do doente (Ex: características da pele, TPC);

(Bridwell et al., 2022; Christensen, 2004; Christensen & Christensen, 2007; Hingston & Brown, 2020)

22

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

• Sonda de Sengstaken-Blakemore – Manutenção (continuação):

- Realizar lavagem/aspiração conteúdo gástrico - monitorizar conteúdo – e manter drenagem passiva;
- Monitorizar com regularidade a pressão dos balões (hemóstase deficitária vs isquémia/rutura esofágica);
- Desinsuflar balões apenas após indicação médica (1º balão esofágico) – Devem permanecer insuflados 12 a 24H – desinsuflar balão esofágico por 30 minutos a cada 6-8horas (+/- 15mmHg);
- Manter tesoura próxima em caso de necessidade de descompressão rápida (cortar portos) por migração da sonda e obstrução respiratória alta;
- Sistema de aspiração funcionante;
- Registos enfermagem;

(Bridwell et al., 2022; Christensen, 2004; Christensen & Christensen, 2007; Hingston & Brown, 2020)

23

Intervenção de Enfermagem no controlo da HDA

• Sonda de Sengstaken-Blakemore – Remoção:

- Remover tração;
- Desinsuflar balões apenas após indicação médica (1º balão esofágico e só depois o balão gástrico), e manter sonda em drenagem – vigilância de recidiva;
- Manter monitorização contínua;
- Se recidiva hemorrágica à remoção, insuflar os balões por mais 24h e ponderar outra estratégia terapêutica (ex: TIPS);
- Manter sistema de aspiração funcionante (sonda aspiração flexível/rígida);
- Registos de enfermagem (Data e hora de desinsuflação de cada balão e posteriormente de remoção da sonda, Características do conteúdo gástrico, Intercorrências/complicações, Reação do cliente);

(Bridwell et al., 2022; Christensen, 2004; Christensen & Christensen, 2007; Hingston & Brown, 2020)

24

Considerações Finais

- A vigilância e monitorização de enfermagem são cruciais na abordagem à PSC – Prevenir/Antecipar complicações;
- O enfermeiro intervém de forma especializada no controlo da HDA em todas as modalidades terapêuticas direcionadas para a hemostase;
- A PSC por HDA deve ser observada como um todo e não apenas pelo evento hemorrágico, e consequente tratamento local (falência multiorgânica);
- A uniformização nos cuidados à PSC com HDA é de enorme importância para o sucesso do tratamento → formação contínua → ↑ segurança e qualidade nas intervenções;
- O trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental;

25



Bibliografia

- AHA, A. H. A. (2020). High-Performance Teams. In *ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT*.
- Bridwell, R. E., Long, B., Ramzy, M., & Gottlieb, M. (2022). Balloon Tamponade for the Management of Gastrointestinal Bleeding. *Journal of Emergency Medicine*, June 2021, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.11.004>
- Cader, M. Z., & Di Pietro, M. (2020). Acute Upper GI Bleeding: Good Night, Sleep Tight, Endoscopy Can Wait until Morning Light. *Gastroenterology*, 159(5), 1990–1991. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.09.006>
- Cai, J. X., & Saltzman, J. R. (2018). Initial Assessment, Risk Stratification, and Early Management of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 28(3), 261–275. <https://doi.org/10.1016/j.giec.2018.02.001>
- Chen, Y. C., Chuang, C. J., Hsiao, K. Y., Lin, L. C., Hung, M. S., Chen, H. W., & Lee, S. C. (2019). Massive transfusion in upper gastrointestinal bleeding: a new scoring system. *Annals of Medicine*, 51(3–4), 224–231. <https://doi.org/10.1080/07853890.2019.1615122>
- Christensen, T. (2004). The treatment of oesophageal varices using a sengstaken–blakemore tube: Considerations for nursing practice. *Nursing in Critical Care*, 9(2), 58–63. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2004.00050.x>
- Christensen, T., & Christensen, M. (2007). The implementation of a guideline of care for patients with a Sengstaken-Blakemore tube in situ in a general intensive care unit using transitional change theory. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 234–242. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.05.004>
- Gibson, W., Scaturro, N., & Allen, C. (2018). Acute Management of Upper Gastrointestinal Bleeding. *AACN Advanced Critical Care*, 29, 369–376. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2018644>

26



Bibliografia

- Gralnek, I. M., Stanley, A. J., Morris, A. J., Camus, M., Lau, J., Lanas, A., Laursen, S. B., Radaelli, F., Papanikolaou, I. S., Cúrdia Gonçalves, T., Dinis-Ribeiro, M., Awadie, H., Braun, G., De Groot, N., Udd, M., Sanchez-Yague, A., Neeman, Z., & Van Hooft, J. E. (2021). Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy*, 53(3), 300–332. <https://doi.org/10.1055/a-1369-5274>
- Hingston, M., & Brown, S. (2020). The Sengstaken-Blakemore Tube for Balloon Tamponade. *Gastroenterological Nurses College of Australia*, 30, 3–8.
- Karstensen, J. G., Ebigbo, A., Bhat, P., Dinis-ribeiro, M., Gralnek, I., Guy, C., Le, O., Vilmann, P., Antonelli, G., Ijoma, U., Anigbo, G., Afihen, M., Duduyemi, B., Desalegn, H., Franchis, R. De, Ponchon, T., Hassan, C., & Aabakken, L. (2020). Endoscopic treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. *ESGE*, 990–997.
- Lau, J. Y. W., Yu, Y., Tang, R. S. Y., Chan, H. C. H., Yip, H., Ch.B., S. M. C., Luk, S. W. Y., Wong, S. H., Lau, L. H. S., Lui, R. N., Chan, T. T., Mak, J. W. Y., Chan, F. K. L., & Sung, J. J. Y. (2020). Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *The New England Journal of Medicine*, 382(14), 1299–1308. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1912484>
- Lee, P., Yang, K., Tsai, H., Hou, S., Kang, Y., & Chang, C. (2021). American Journal of Emergency Medicine Tranexamic acid for gastrointestinal bleeding: A systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. *American Journal of Emergency Medicine*, 45, 269–279. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.08.062>
- Lino, M. M., & Calil, A. M. (2008). O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 42, 777–783.

27



Bibliografia

- Martins, A., Silva, A., Andrade, F., Garcia, H., Brito, A., & Maneschy, R. (2019). Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento : uma revisão de literatura. *Pará Research Medical Journal*, 3(2), 1–7. <https://doi.org/10.4322/prmj.2019.007>
- Ministério da Saúde. (2011). Regulamento N.º 124/11 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da Republica N.º 35/11, II Série*, 8656–8657.
- Mitra, V., Marrow, B., & Nayar, M. (2012). Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointestinal Nursing*, 10(7).
- Nadler, J., Stankovic, N., Uber, A., Holmberg, M. J., Sanchez, L. D., Wolfe, R. E., Chase, M., Donnino, M. W., & Cocchi, M. N. (2017). Outcomes in variceal hemorrhage following the use of a balloon tamponade device. *American Journal of Emergency Medicine*, 35(10), 1500–1502. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.04.035>
- Pioppo, L., Bhurwal, A., Reja, D., Tawadros, A., Mutneja, H., & Goel, A. (2021). Incidence of Non - variceal Upper Gastrointestinal Bleeding Worsens Outcomes with Acute Coronary Syndrome : Result of a National Cohort. *Digestive Diseases and Sciences*, 66(4), 999–1008. <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06266-7>
- Pezzotti, W. (2020). Understanding acute upper gastrointestinal bleeding in adults. *Nursing*, 50(5), 24–29. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000659292.53003.39>
- Taslidere, B., E., S., Özcan, A., Mehmetaj, L., Keskin, E., & Gulen, B. (2021). American Journal of Emergency Medicine Comparison of the quick SOFA score with Glasgow-Blatchford and Rockall scores in predicting severity in patients with upper gastrointestinal bleeding. 45, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.02.016>

28



**OBRIGADO PELA
ATENÇÃO 😊**

29



**APÊNDICE X – Questionário/Avaliação da Sessão de Formação:
Unidade de Cuidados Intensivos**

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

TEMA: Intervenção Especializada de Enfermagem no Controlo da Hemorragia Digestiva Alta na Pessoa em Situação Crítica

Classificar de acordo com o seu grau de satisfação colocando um X, tendo em conta que:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom 5 – Excelente

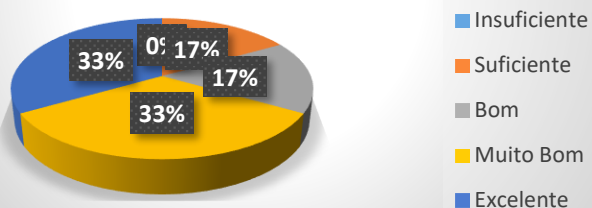
Aquisição de conhecimentos	1	2	3	4	5
Nível de conhecimentos em relação ao tema abordado, prévio à sessão formativa					
Conhecimentos na área temática após a sessão de formação					
Contribuição da formação para o desenvolvimento pessoal e profissional					
Expectativas	1	2	3	4	5
A apresentação correspondeu às expectativas?					
Grau de satisfação relativamente aos conteúdos apresentados					
Análise do Formador	1	2	3	4	5
Clareza na informação transmitida					
Domínio dos conteúdos					
Resposta às perguntas colocadas					
Interação com os formandos					
Gestão do tempo de formação					

Sugestões/comentários: _____

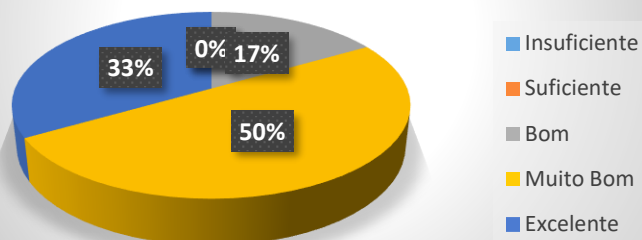
Muito Obrigado

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO – 6 QUESTIONÁRIOS (1 SESSÃO)

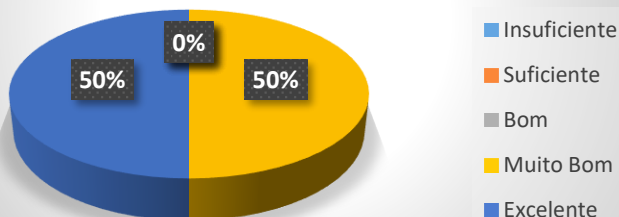
Nível de conhecimentos dos formandos em relação ao tema, prévio à sessão formativa



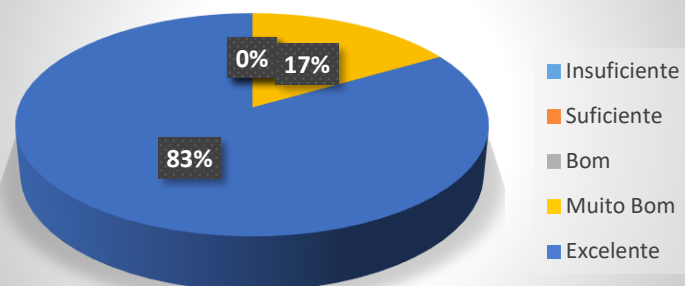
Conhecimentos na área temática após a sessão de formação



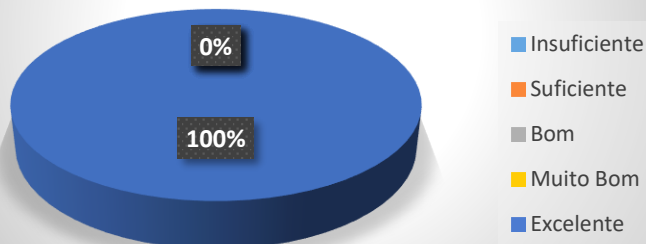
Contribuição da formação para o desenvolvimento pessoal e profissional



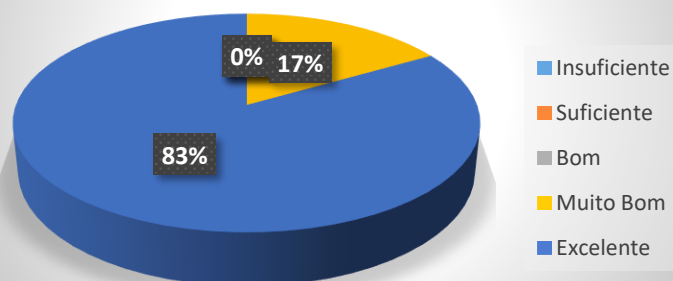
Expectativas dos formandos



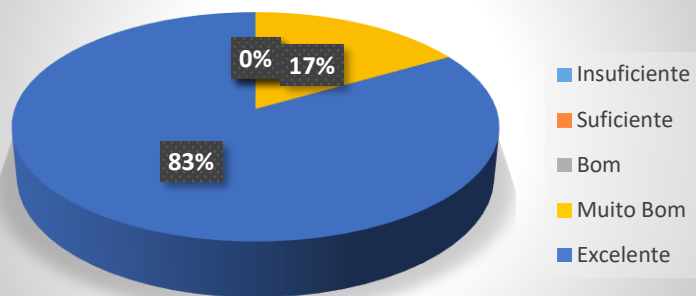
Grau de satisfação em relação aos conteúdos apresentados



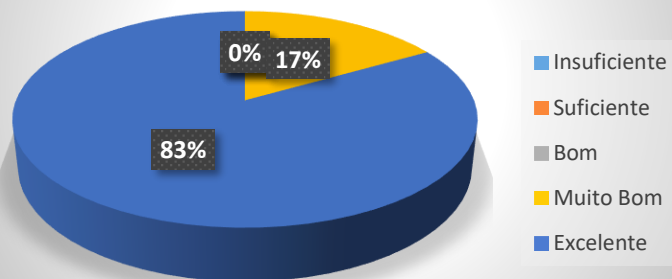
Clareza na informação transmitida



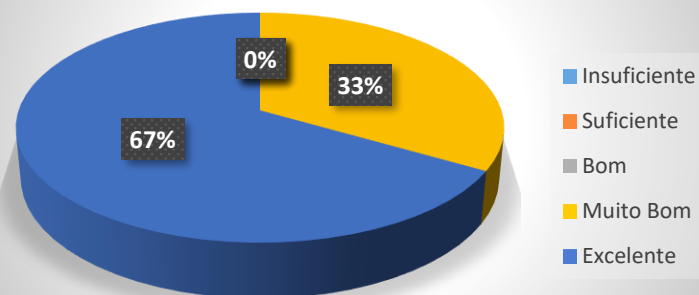
Domínio dos conteúdos



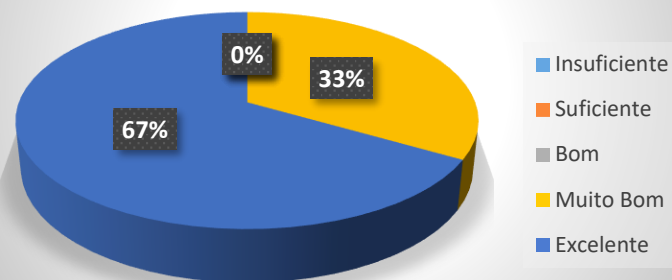
Resposta às perguntas colocadas



Interação com os formandos



Gestão do tempo de formação



APÊNDICE XI – Apresentação em 8º Curso Anual de
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros –
CAGEDE 2021



8º CURSO ANUAL DE
Gastroenterologia
e Endoscopia Digestiva
para Enfermeiros



Organização



Endoscopia Digestiva Alta em Contexto de Urgência e Emergência – Que Desafios?

Enfº Mário Santos

11 Novembro 2021

8º CURSO ANUAL DE
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
para Enfermeiros

SUMÁRIO

- EDA em Contexto de Urgência/Emergência;
- Situações mais frequentes que requerem EDA Urgente/Emergente;
- Principais desafios na EDA em Contexto Urgente/Emergente: Doente Crítico com HDA;

2

8º CURSO ANUAL DE
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
para Enfermeiros

Endoscopia digestiva alta em contexto de urgência/emergência

- A **Endoscopia Digestiva Alta (EDA)** é o exame de eleição na **Hemorragia Digestiva Alta (HDA)**, devendo ser realizado assim que possível, com o doente hemodinamicamente estável, de forma a detetar e tratar a lesão hemorrágica, com aplicação de tratamentos hemostáticos específicos (Martins et al., 2019).
- A terapia endoscópica torna-se fulcral, como meio para identificar e tratar a respetiva lesão hemorrágica, envolvendo toda uma equipa multidisciplinar, onde se inclui o enfermeiro (Mitra et al., 2012; Pezzotti, 2020).
- A EDA apresenta-se como um procedimento minimamente invasivo, com baixo risco relativamente ao surgimento de complicações, e que possibilita uma panóplia de intervenções nomeadamente as terapêuticas hemostáticas, evitando por muitas vezes uma intervenção cirúrgica (Hucl et al., 2016).

3

Endoscopia digestiva alta em contexto de urgência/emergência

- A EDA urgente/emergente é indicada quando os doentes apresentam hematemeses e/ou melenas, e que se traduzem em alterações do estado hemodinâmico, nomeadamente a hipotensão e taquicardia (Cai & Saltzman, 2018);
- A endoscopia urgente/emergente realizada nas primeiras 12 horas de apresentação da HDA não demonstrou melhorar significativamente as taxas de mortalidade, recidiva hemorrágica e a necessidade de cirurgia quando comparada com a sua realização em até 24 horas (Cai & Saltzman, 2018);

4

Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

- **EDA urgente** – primeiras 6 horas após admissão do doente com HDA.
- **EDA precoce** – Entre as 6-24H após admissão do doente com HDA.
- **Participantes:** doentes com HDA com GBS (Glasgow-Blatchford score) igual ou superior a 12 (0-23) e sem separação de HDA varicosa/não varicosa;
- **Resultados:** Exame urgente (maior hemorragia/coagulopatia) VS Exame precoce (doente já hemodinamicamente estabilizado, com adequada reposição volémica/correção da coagulopatia e com maior tempo sob terapêutica com IBP). A EDA realizada dentro das primeiras 6 horas de apresentação, não levou a uma menor mortalidade ou taxa de recidiva hemorrágica comparada com a realização do exame dentro das 24 horas;
- **Taxa de mortalidade/recidiva hemorrágica – Grupo EDA urgente** – 8,9% / 10,9%
- **Taxa de mortalidade/recidiva hemorrágica – Grupo EDA precoce** – 6,6% / 7,8%

5

(Lau et al., 2020)

O que dizem as Guidelines Europeias (ESGE):

EDA na HDA de origem não varicosa:

- EDA deve ser realizada em até 24 horas, após adequada ressuscitação hemodinâmica;
- Não recomenda a realização de EDA urgente (primeiras 12 horas), não melhora o outcome do doente;
- EDA emergente (primeiras 6 horas), piores outcomes para o doente;

(Gralnek et al., 2021)

EDA na HDA de origem varicosa:

- Realização de EDA em até 12 horas, no doente com HDA com quadro sugestivo de cirrose, após adequada ressuscitação hemodinâmica;

(Karstensen et al., 2020)

6

Exceções:

A realização de EDA antes das 12 horas está apenas aconselhada em caso de:

- Doentes com instabilidade hemodinâmica apesar de uma ressuscitação adequada;
- Hematemeses de sangue vivo de forma persistente;
- Drenagem contínua de sangue vivo na SNG após várias lavagens;
- Na existência de contraindicação para suspender fármacos anticoagulantes;

(Gralnek et al., 2021; Karstensen et al., 2020)

7

Hemorragia Digestiva Alta - HDA

- **Hemorragia Digestiva Alta (HDA):** Hemorragia no sistema gastrointestinal superior (esófago, estômago e/ou duodeno) (Martins et al., 2019);
- **Principal causa de internamento hospitalar** em Gastrenterologia (Cader & Di Pietro, 2020; Mitra et al., 2012; Pioppo et al., 2021);
- **Manifestação Típica:** Hematemeses e/ou Melenas (Martins et al., 2019; Mitra et al., 2012);
- **Mortalidade:** 5%-10% a nível mundial, apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos (Cader & Di Pietro, 2020; Pioppo et al., 2021);
- **80% das mortes associadas à Idade** (declínio resposta fisiológica/comorbilidades) e não à exsanguinação (Cader & Di Pietro, 2020);
- **Hipovolémia/Choque** – principal causa de descompensação (Gralnek et al., 2021);
- **Necessidade de reposição volémica e terapêutica emergente – Reperusão de órgãos;** (Mitra et al., 2012; Pezzotti, 2020)

8

Situações mais frequentes de HDA que requerem endoscopia digestiva urgente/emergente

- Úlcera péptica

Hemorragia digestiva alta
Classificação de Forrest

SANGRAMENTO	TIPO	DESCRIÇÃO
I - Ativo	Forrest IA	Em jato "Babando"
	Forrest IB	
II - Recente	Forrest IIA	Coto vascular visível Coágulo recente Fundo hemático
	Forrest IIB	
	Forrest IIC	
III - Sem sangramento	Forrest III	Sem sinal de sangramento

- Rotura de Varizes Esofágicas/Gástricas

9

Doente Crítico por HDA

O doente crítico é caracterizado por “aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011);

A pessoa em situação crítica apresenta-se em situação grave, com risco elevado e iminente de morte, dada a sua instabilidade fisiológica, remetendo deste modo, para a necessidade de cuidados de enfermagem especializados e vigilância permanentes (Lino & Calli, 2008);

10

Principais desafios na EDA em contexto Urgente/emergente: Doente Crítico com HDA

Abordagem ABCDE

- A – Via Aérea
- B – Respiração
- C – Circulação/controlo da Hemorragia (Técnica Endoscópica)
- D – Estado Neurológico
- E – Exposição/Evento

11

A – Via Aérea

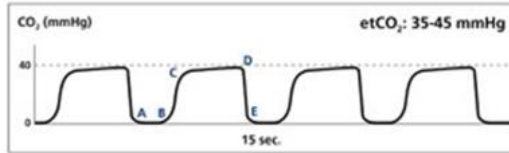
- A VA mantém-se patente/permeável? Como permeabilizar? Manobras básicas?
- Há a necessidade da aspiração de sangue/coágulos/secções? (Yankauer)
- É necessário garantir uma VA Avançada? (Anestesiade urgência?)
- Capnografia é importante? Se tiver essa possibilidade na sala de exame devo utilizar? Como?



12

A – Via Aérea

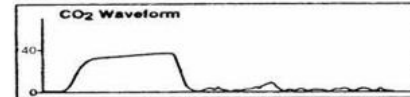
Capnografia na VA avançada como nos pode ajudar a perceber o estado hemodinâmico do doente?



Exemplo:



Sudden loss of ETCO₂ to zero or near zero:



Paragem Respiratória? PCR? O que fazer?

13

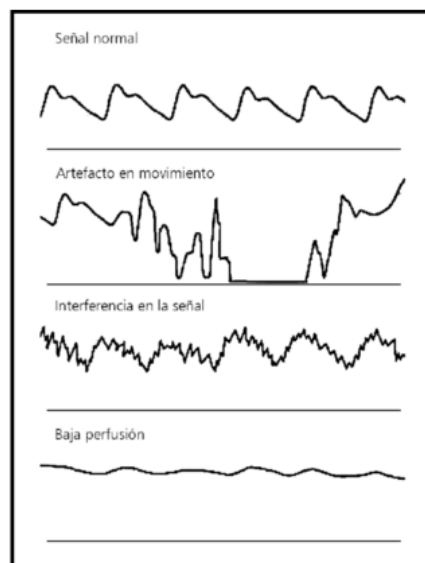
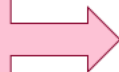


14

B - RESPIRAÇÃO

- Avaliação Oximetria!

Onda
Pletismográfica



15

B - Respiração

- Necessidade de aporte suplementar de O2?
- Manter **SatO2 em 95-98%; Titular O2;**
- Monitorizar com regularidade: Movimentos do tórax; Oximetria/Capnografia
- É necessário auxiliar a ventilação?

Se houver necessidade de ventilação por pressão positiva - evitar hiperventilação

(AHA, 2020)

16

C – CIRCULAÇÃO/CONTROLO DA HEMORRAGIA

- Vigilância da coloração da pele/tempo de preenchimento capilar;
- Monitorização e vigilância do ritmo cardíaco! Arritmias? (Taquidisritmia?)
- Em caso de dúvida em doente com AEC (sedação/hipoperfusão cerebral), palpação de pulso carotídeo! Ritmo Taquicárdica Sinusal vs AESP??
- Estabelecer pelo menos 2 cvp da largo calibre/colheita de sangue para análises;
- Reanimação fluidica com soros cristaloides (fisiológico ou lactato ringer) e ainda administração de UCE, plaquetas, plasma fresco, complexo protrombínico, fibrinogénio – correção individualizada

(AHA, 2020; Cai & Saltzman, 2018; Pezzoti, 2020)

17

C – Circulação/Controlo da Hemorragia

- Terapêutica EV de emergência? Necessidade de **vasopressor** (noradrenalina)?
- Administração de **IBP** (ex: pantoprazol) e **fármacos vasoativos** com efeito de vasoconstrição esplâncnica arterial (ex: octreótido);
- **Ácido Tranexâmico:** Eficaz na pessoa com HDA aguda, reduzindo a hemorragia contínua e a mortalidade, sendo aconselhável a sua administração o mais precocemente possível (Lee et al., 2021).
 - 1g em bólus (em 100cc de NaCl 0,9%) a infundir em 10 minutos;
 - Se necessário após bólus iniciar perfusão contínua de mais 1g (1g/10ml + 10 ml de NaCl 0,9% – total 20 cc) a 2,5cc/h (8 horas);

18

C – Circulação/Controlo da Hemorragia

Técnicas hemostáticas

- **Guidelines ESGE – HDA não varicosa**

Fla e Fib injeção de adrenalina adicionando uma segunda modalidade terapêutica (mecânica ou térmica);

Gralnek et al., 2021)

- **Guidelines ESGE - HDA varicosa**

Varizes esofágicas – Aplicação elásticos

Varizes gástricas – Injeção de Bucrilato intra variz

- Se hemorragia incontrolável após falha de medidas anteriores - Sonda de Sengstaken-Blakemore (medida temporária – 24horas)

19

(Karstensen et al., 2020)

D – Estado Neurológico:

- Nível estado de consciência (agitação/confusão/desorientação/ausência de resposta) - hipoperfusão, hipoxia cerebral;
- Pupilas;
- Glicémia;
- Comparar avaliações pré intra e pós exame!

E – Exposição:

- Manutenção da temperatura, prevenção da hipotermia;

20

(AHA, 2020)

Considerações Finais

- O enfermeiro numa Unidade de Técnicas de Gastroenterologia, enquanto elemento diferenciado e integrado numa equipa multidisciplinar, deve diferenciar a EDA Urgente da EDA Precoce (Benefícios vs Malefícios);
- O doente crítico com HDA deve ser observado como um todo e não apenas pelo evento hemorrágico, e consequente tratamento local;
- A vigilância e monitorização de enfermagem são cruciais na abordagem ao doente crítico sob EDA – Prevenção/Antecipação;
- Estabelecer prioridades em caso de deterioração clínica do doente sob EDA, seguindo a sequência ABCDE!!
- O trabalho em equipa é fulcral!!

21

Bibliografia

- AHA, A. H. A. (2020). High-Performance Teams. In *ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT*.
- Cader, M. Z., & Di Pietro, M. (2020). Acute Upper GI Bleeding: Good Night, Sleep Tight, Endoscopy Can Wait until Morning Light. *Gastroenterology*, 159(5), 1990–1991. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.09.006>
- Cai, J. X., & Saltzman, J. R. (2018). Initial Assessment, Risk Stratification, and Early Management of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 28(3), 261–275. <https://doi.org/10.1016/j.giec.2018.02.001>
- Gralnek, I. M., Stanley, A. J., Morris, A. J., Camus, M., Lau, J., Lanas, A., Laursen, S. B., Radaelli, F., Papanikolaou, I. S., Cúrdia Gonçalves, T., Dinis-Ribeiro, M., Awadie, H., Braun, G., De Groot, N., Udd, M., Sanchez-Yague, A., Neeman, Z., & Van Hooft, J. E. (2021). Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy*, 53(3), 300–332. <https://doi.org/10.1055/a-1369-5274>
- Karstensen, J. G., Ebigbo, A., Bhat, P., Dinis-ribeiro, M., Gralnek, I., Guy, C., Le, O., Vilmann, P., Antonelli, G., Ijoma, U., Anigbo, G., Afihen, M., Duduyemi, B., Desalegn, H., Franchis, R. De, Ponchon, T., Hassan, C., & Aabakken, L. (2020). Endoscopic treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. *ESGE*, 990–997.
- Lau, J. Y. W., Yu, Y., Tang, R. S. Y., Chan, H. C. H., Yip, H., Ch.B., S. M. C., Luk, S. W. Y., Wong, S. H., Lau, L. H. S., Lui, R. N., Chan, T. T., Mak, J. W. Y., Chan, F. K. L., & Sung, J. J. Y. (2020). Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *The New England Journal of Medicine*, 382(14), 1299–1308. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1912484>
- Lee, P., Yang, K., Tsai, H., Hou, S., Kang, Y., & Chang, C. (2021). American Journal of Emergency Medicine Tranexamic acid for gastrointestinal bleeding: A systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. *American Journal of Emergency Medicine*, 45, 269–279. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.08.062>

22

Bibliografia

- Lino, M. M., & Calil, A. M. (2008). O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 42, 777–783.
- Martins, A., Silva, A., Andrade, F., Garcia, H., Brito, A., & Maneschy, R. (2019). Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. *Pará Research Medical Journal*, 3(2), 1–7. <https://doi.org/10.4322/prmj.2019.007>
- Ministério da Saúde. (2011). Regulamento N.º 124/11 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da Republica N.º 35/11, II Série*, 8656–8657.
- Mitra, V., Marrow, B., & Nayar, M. (2012). Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointestinal Nursing*, 10(7).
- Ploppo, L., Bhurwal, A., Reja, D., Tawadros, A., Mutneja, H., & Goel, A. (2021). Incidence of Non - variceal Upper Gastrointestinal Bleeding Worsens Outcomes with Acute Coronary Syndrome: Result of a National Cohort. *Digestive Diseases and Sciences*, 66(4), 999–1008. <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06266-7>
- Pezzotti, W. (2020). Understanding acute upper gastrointestinal bleeding in adults. *Nursing*, 50(5), 24–29. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000659292.53003.39>
- Tarar, Z. I., Zafar, M. U., Farooq, U., Ghous, G., Shoukat, H. M. H., & Kuwajima, V. (2021). Does Performing Endoscopy Sooner Have an Impact on Outcomes in Patients With Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage? A Systematic Review. *Cureus*, 13(7), 1–8. <https://doi.org/10.7759/cureus.16092>

23

ANEXOS

ANEXO I – Certificado Curso de Suporte Avançado de Vida em trauma: ATLS/ATCN



Continuing Education Certificate
Society of Trauma Nurses

**Advanced Trauma Care
for Nurses[®]**
Student Course

LISBOA

22 e 23 de julho de 2021

MÁRIO JORGE CALAÇA DOS SANTOS

Cândida Durão
Course Director

STN is a licensed continuing education provider in the State of California Board of Registered Nursing.
Provider Number CEP 11062 This course has been approved for 25 hours of credit.

ANEXO II – Certificado Renovação do Curso de Aluno em Suporte
Avançado de Vida

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

**ACLS
Provider**



American
Heart
Association.

Mário Calaça dos Santos

**has successfully completed the cognitive and skills evaluations
in accordance with the curriculum of the American Heart Association
Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Program.**

Issue Date

21/12/2020

Training Center Name

Blue Ocean Medical, Lda. TC

Training Center ID

ZL50578

Training Center City, Country

Lisboa, Portugal

Training Site Name

Blue Ocean Medical, Lda. TS

Renew By

31/12/2022

eCard Code

1iykhxwlm6t7qmxjbgkvvggz

QR Code



To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to
<https://certificates.laerdal.com/eu/certificates>

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2862 4/20

ANEXO III – Certificado Renovação do Curso de Instrutor em Suporte Avançado de Vida

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

ACLS Instructor



American
Heart
Association.

Mário Calaça dos Santos

has successfully completed the cognitive and skills evaluations in accordance with the curriculum of the American Heart Association Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Instructor Program.

Issue Date

21/12/2020

Renew By

31/12/2022

Training Center Name

Blue Ocean Medical, Lda. TC

eCard Code

trqsea6mhfzsaxakypkrskcc

Training Center ID

ZL50578

QR Code



Training Center City, Country

Lisboa, Portugal

Training Site Name

Blue Ocean Medical, Lda. TS

To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to <https://certificates.laerdal.com/eu/certificates>

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2863 4/20

ANEXO IV – Certificado Renovação do Curso de Aluno em Suporte Básico de Vida

BASIC LIFE SUPPORT

**BLS
Provider**



American
Heart
Association.

Mário Calaça dos Santos

**has successfully completed the cognitive and skills evaluations
in accordance with the curriculum of the American Heart Association
Basic Life Support (CPR and AED) Program.**

Issue Date

18/12/2020

Training Center Name

Blue Ocean Medical, Lda. TC

Training Center ID

ZL50578

Training Center City, Country

Lisboa, Portugal

Training Site Name

Blue Ocean Medical, Lda. TS

Renew By

31/12/2022

eCard Code

1h7opm480kdwiegahwjmkypp

QR Code



To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to
<https://certificates.laerdal.com/eu/certificates>

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2860 4/20

ANEXO V – Certificado Renovação de Curso de Instrutor em Suporte Básico de Vida

BASIC LIFE SUPPORT

BLS Instructor



American
Heart
Association.

Mário Calaça dos Santos

**has successfully completed the cognitive and
skills evaluations in accordance with the curriculum
of the American Heart Association
Basic Life Support (BLS) Instructor Program.**

Issue Date

18/12/2020

Training Center Name

Blue Ocean Medical, Lda. TC

Training Center ID

ZL50578

Training Center City, Country

Lisboa, Portugal

Training Site Name

Blue Ocean Medical, Lda. TS

Renew By

31/12/2022

eCard Code

qhtd71kpcpk1pmzrkbydypqz

QR Code



To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to
<https://certificates.laerdal.com/eu/certificates>

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2861 4/20

ANEXO VI – Certificado de Participação em conferência online:
“Person-centredness: To Be or Not to Be”



CERTIFICATE

PROUDLY PRESENTED TO

Mario Santos

Person-centredness: To Be or Not to Be

Jun 24, 2021

Date of Completion

Wiley Team

Organizer

WILEY



ANEXO VII – Certificado de Participação no Webinar da ESEL:
“Formação, Investigação e Exercício Clínico”

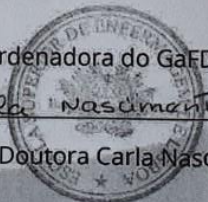
Certificado

Certifica-se que Námo Jorge Calado dos Santos participou no Webinar do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso "**Formação, Investigação e Exercício Clínico**", realizado online no dia 10 de novembro de 2021, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



ANEXO VIII – Certificado Participação no 8º Curso Anual de
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros –
CAGEDE 2021



8º CURSO ANUAL DE
**Gastroenterologia
e Endoscopia Digestiva
para Enfermeiros**



CERTIFICADO

Certificamos que,

MARIO SANTOS

esteve presente no **8º Curso Anual de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros**, que decorreu no dia 11 de novembro de 2021, em formato on-line.

11 de novembro de 2021

Dra. Luísa Glória
Presidente do NGHD

Enfa. Lídia Jerónimo
Comissão Organizadora

ANEXO IX – Certificado de Palestrante no 8º Curso Anual de
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros –
CAGEDE 2021



8º CURSO ANUAL DE
**Gastroenterologia
e Endoscopia Digestiva**
para Enfermeiros



CERTIFICADO

Certificamos que, **Mário Santos** integrou o programa científico como palestrante da Mesa ENDOSCOPIA com o tema “**Endoscopia digestiva alta em contexto de urgência e emergência – Que desafios?**” no **8º Curso Anual de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros (CAGEDE)** que decorreu no dia 11 de novembro de 2021, em formato virtual.

11 de novembro de 2021

Dra. Luísa Glória
Presidente do NGHD

Enfa. Lídia Jerónimo
Comissão Organizadora

ANEXO X – Certificado de elemento integrante da Comissão Científica no 8º Curso Anual de Gastreenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros – CAGEDE 2021



8º CURSO ANUAL DE
**Gastroenterologia
e Endoscopia Digestiva
para Enfermeiros**



CERTIFICADO

Certificamos que,

Mário Santos

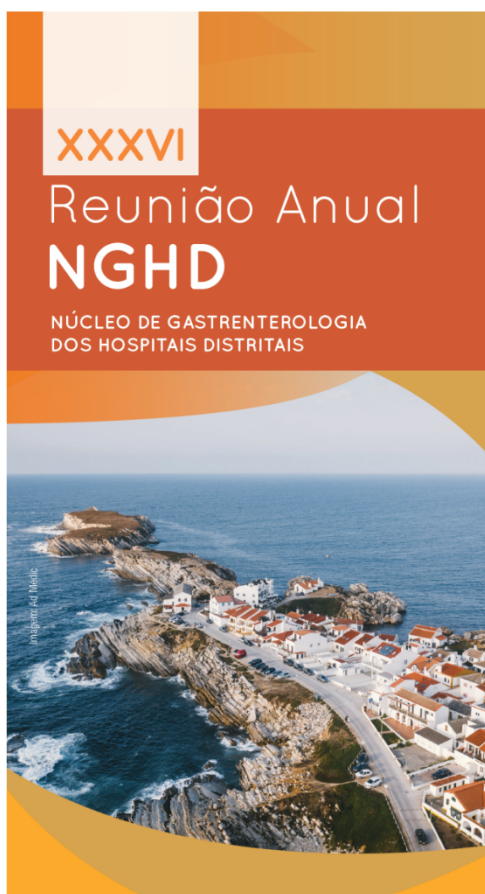
integrou a Comissão Científica no **8º Curso Anual de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros (CAGEDE)** que decorreu no dia 11 de novembro de 2021, em formato virtual.

11 de novembro de 2021

Dra. Luísa Glória
Presidente do NGHD

Enfa. Lídia Jerónimo
Comissão Organizadora

ANEXO XI – Certificado Participação na XXXVI Reunião Anual do
Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais



XXXVI

Reunião Anual NGHD

NÚCLEO DE GASTRETEROLOGIA
DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

CERTIFICADO

Certificamos que,

MÁRIO SANTOS

esteve presente na **XXXVI Reunião Anual do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais**, que decorreram nos dias 12 e 13 de novembro de 2021, no Hotel MH Atlântico.

Peniche, 13 de novembro de 2021

Dra. Luísa Glória
Presidente do NGHD

Organização



Apoio Científico



ANEXO XII – Cursos Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida ministrados durante o período de Mestrado



DECLARAÇÃO

A Blue Ocean Medical, Lda. declara, para os devidos efeitos, que **Mário Jorge Calaça dos Santos**, portador do Cartão de Cidadão nº [REDACTED] colaborou como nosso Formador, tendo ministrado um total de 70 horas de formação, desde 1 de novembro de 2020 até 28 de março de 2022, nos seguintes cursos da **American Heart Association**:

Nome do Curso	Número de Formações Realizadas	Horas de Formação
Suporte Básico de Vida	1	6
Suporte Avançado de Vida	4	64

Lisboa, 28 de março de 2022

Departamento de Formação

[Blue Ocean Medical, Lda.](#)

Taguspark, Edifício Qualidade C1, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal
(+351) 214 140 700 | info@ocean-medical.com | www.ocean-medical.com

