

**“Gestão Física e o Conhecimento da Equipa
Multidisciplinar no Bloco Operatório na
Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico no
Cliente submetido a Hernioplastia Inguinal”**

"Physical Management and Knowledge of the Multidisciplinary Team in the
Operating Room in the Prevention of Surgical Site Infection in the Clients
submitted to Inguinal Hernioplasty"

Autor

Cátia Filipa Caramalho Moura Viana

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Perioperatória**

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Paulo Alexandre Puga Machado
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Ana Leonor Alves Ribeiro
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Cátia Filipa Caramalho Moura Viana

Porto, 2023

RESUMO

O presente relatório final enquadra-se na conclusão do Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Com este relatório pretendo descrever e analisar criticamente o processo de desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, através da exposição fundamentada da aplicação das competências gerais para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e específicas na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

O estágio decorreu no bloco operatório de um hospital central da região norte do país.

Ao longo do contexto de estágio, o contributo para a aquisição de competências, traduziu-se na procura e concretização de experiências, envolvendo as dimensões da prestação, da formação, da gestão e da investigação, no sentido da aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Nesse sentido, emergiu a problemática da incidência da Infecção do Local Cirúrgico (ILC) em clientes intervencionados a hernioplastia inguinal em regime de ambulatório no bloco operatório em questão.

A investigação na área da prevenção da ILC, conduziu-me à necessidade de extrair dados concretos do serviço relativos ao conhecimento das normas preventivas da ILC e da aplicação da mais recente norma preventiva para esta problemática no país: Norma da DGS nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico.

Esta análise levou à reflexão sobre o assunto e induziu na equipa o espírito de mudança e empreendedorismo com vista na segurança do cliente cirúrgico e na maximização da qualidade dos cuidados prestados. Assim, foram aplicadas ações formativas às equipas de enfermagem e assistentes operacionais em simultâneo com o desenvolvimento de uma proposta de alteração estrutural numa área específica do bloco operatório e de um instrumento de monitorização da higienização do mesmo espaço .

Com este trabalho, pretendi reforçar a formação e o enriquecimento dos conhecimentos passíveis de implementar na atividade profissional diárias das equipas do bloco operatório e deixar em aberto uma possibilidade de resposta para um espaço físico que se encontra desajustado aos requisitos para a prevenção da contaminação no bloco operatório e na

prevenção da ILC. Neste seguimento acredito que contribui para o aumento da qualidade dos cuidados no bloco operatório e para a Enfermagem Perioperatória através da sistematização do processo de tomada de decisão dos profissionais na abordagem ao cliente cirúrgico, mais precisamente na gestão do risco de desenvolvimento de ILC com ponto de partida no ambiente perioperatório.

A aplicação da proposta de estruturação sala h e do instrumento de monitorização higiénica permitirá aos profissionais contribuir para a realização de intervenções autónomas favoráveis à prevenção da ILC.

Da experiência de estágio de natureza profissional, salienta-se o papel essencial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória no bloco operatório na promoção da aquisição de conhecimentos técnicos e científicos na equipa multidisciplinar e na gestão diferenciada de cuidados de enfermagem, em prol da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no contexto do perioperatório.

A nível pessoal, elevo a oportunidade de experiências e aprendizagens profissionais diferenciadas, e a excelente integração em toda a equipa do bloco o que me permitiu viver momentos únicos de aprendizagem e enriquecimento pessoal, formativo e profissional.

Esta vivência afirmou a minha consciencialização quanto à importância da prática fundamentada no pensamento crítico, patenteada pela evidência científica, numa continuidade pela busca do “savoir-être e savoir-faire” ao longo da vida a nível pessoal e profissional.

ABSTRACT

This final report means to be part of the conclusion of the Professional Internship with report - Module II, within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Perioperative Nursing. Its aim is to describe and critically analyze the process of developing and acquiring specialized skills in Nursing for People in Perioperative Situations, through a reasoned presentation of the application of the general skills for the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing and specific skills in the area of Nursing for People in Perioperative Situations.

The internship took place in the operating room of a central hospital in the north of Portugal.

Throughout the internship, the acquisition of skills was made through the search for and undertaking of tasks involving the dimensions of provision, training, management and research, in order to acquire, develop and improve the skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing.

Thus, the problem of the incidence of Surgical Site Infection in clients undergoing outpatient inguinal hernioplasty in the operating room in question emerged.

Research in the area of Surgical Site Infection prevention revealed the need to extract concrete data from the service regarding knowledge of the preventive standards for Surgical Site Infection and the application of the most recent preventive standard for this problem in the country: Portugal's Directorate of General Health Standard No. 020/2015 of 15/12/2015 updated on 17/11/2022. "Bundle of Interventions" for the Prevention of Surgical Site Infection.

This analysis prompted reflection on the subject and ignited a spirit of change and entrepreneurship in the team, aiming to the safety of the surgical client and maximizing the quality of care provided. As a result, training sessions were given to the nursing teams and operational assistants, as well as the development of a proposal for structural change in a specific area of the operating room, and a tool for monitoring hygiene in the same setting.

With this work, I aimed to enhance the training and the knowledge that can be given in the daily professional activity of the operating room teams, and open up the possibility of a response to a physical space that is out of tune with the requirements for the prevention of contamination in the operating room and the prevention of Surgical Site Infection. In this respect, I believe it contributes to increasing the quality of care in the operating room and for Perioperative Nursing by systematizing the decision-making process of professionals in their approach to surgical clients, more precisely in managing the risk of developing Surgical Site Infections, with the perioperative environment as its starting point.

The application of the proposal for structuring room h and the hygiene monitoring tool will enable professionals to contribute to carrying out autonomous interventions favorable to the prevention of Surgical Site Infections.

From the internship experience of a professional nature, the essential role of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing and in the Area of Perioperative Nursing in the operating room in promoting the acquisition of technical and scientific knowledge in the multidisciplinary team and in the differentiated management of nursing care, in favor of the continuous improvement of the quality of care provided in the perioperative context, stands out.

On a personal level, I would like to highlight the opportunity for differentiated professional experiences and learning, and the excellent integration with the whole team in the bloc, which has allowed me to experience unique learning, as well as of personal, educational and professional enrichment moments.

This experience promoted my awareness of the importance of practice based on critical thinking, as evidenced by scientific evidence, in a continuing search for "savoir-être and savoir-faire" throughout my personal and professional life.

ABREVIATURAS

CMEMCPSPE- Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

ILC- Infecção do local cirúrgico

BO- Bloco Operatório

BA- Bloco Ambulatório

AO- Assistentes Operacionais

EE- Equipa de Enfermagem

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

OE-Ordem dos Enfermeiros

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

UCPA- Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos

ENP- Estágio de natureza profissional

AEPSPO- Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

CA- Cirurgia de Ambulatório

AESOP- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses

DGS- Direção Geral de Saúde

MEMCPSPO- Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

AORN- Association Perioperative Registered Nurses

APCA- Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

STC- Síndrome do Túnel Cárpico

FSD- Flexores Superficiais dos dedos

FLP- Flexor Longo Polegar

AL- Anestesia Local

ASA- American Society Anesthesiologists

DM- Diabetes Mellitus

RD- Retinopatia Diabética

SNC- Sistema Nervoso Central

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CORREÇÃO CIRÚRGICA A SÍNDROME DO TÚNEL CÁRPICO	19
3.1. Enquadramento teórico	19
3.2. Clientes	29
3.3. Medicação	29
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	29
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	38
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	41
3.5. Domínios	42
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	42
3.6. Dados	49
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	57
3.7. Diagnósticos	63
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	67
4. INJEÇÃO INTRAVITREA	69
4.1. Enquadramento teórico	69
4.2. Clientes	83
4.3. Medicação	84
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	84
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	86
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	86
4.5. Domínios	87
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	87
4.6. Dados	89
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	91
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	93
4.7. Diagnósticos	93
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	94
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	97
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	117
7. BIBLIOGRAFIA	119
ANEXOS	127

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1- Anatomia do Olho.....	65
Figura 2- Esquema representativo do processo de visão.....	66
Figura 3- Função recetora e neural da retina.....	69
Figura 4- Fisiologia da visão.....	71
Figura5- Esquema de comparação entre o olho saudável e o olho com RB.....	72
Figura 6- Olho com RD.....	73
Figura 7- Cliente posicionado no BO para injeção intravítrea.....	78

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A saúde, à semelhança de outras ciências, atravessa uma fase exponencial de novidades tecnológicas e progressos técnicos e científicos numa evolução temporal como nunca antes a humanidade experienciou.

Acompanhar esta evolução exige de todos os profissionais de saúde, nas mais distintas áreas uma atualização do conhecimento constante e a procura da melhoria através da investigação científica, da colheita e tratamento de dados e conhecimento.

A Enfermagem enquanto ciência e arte de cuidar não pode assumir-se somente como prática clínica sem a componente de investigação científica como alicerce de todo o desenvolvimento da competência profissional.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) realça a importância da componente formativa na área da saúde dizendo que “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento nº 140/2019).

Assim a evolução do conhecimento científico e a sua aplicação prática estão no alvo dos enfermeiros. O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (CMEMCPSPE) constitui um percurso não só académico como também contributivo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no perioperatório e para a afirmação científica da profissão através da prática baseada na evidência, da investigação, da liderança e gestão, garantindo os princípios éticos e o cumprimento da deontologia profissional no contexto cliente e família a necessitar de cuidados perioperatórios.

No âmbito do curso mencionado, a fim de cumprir os objetivos determinados, surge o Estágio de Natureza Profissional (ENP) Módulos I e II que decorreu no Serviço de Cirurgia de Ambulatório (CA) num hospital do norte de Portugal. A seleção do local de estágio foi escolha pessoal por forma a ir ao encontro das ambições pessoais e profissionais e de modo a propiciar o atingimento dos objetivos do ENP e o desenvolvimento de competências na área do curso, trabalhando na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados e da vida da pessoa em situação perioperatória.

Os módulos I e II decorreram no mesmo serviço, contudo estes momentos definiram-se de forma distinta de acordo com os requisitos para o ENP inserido no curso de MEMCPSPO. Assim

enquanto no módulo I, o ENP centrou-se no enriquecimento e aprofundamento das competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEEMC) em todas as especialidades cirúrgicas a operar no serviço no qual decorreu o estágio; o módulo II deu continuidade ao trabalho iniciado no módulo I, inclusive o projeto de estágio, mas com a afirmação mais centrada em especialidades cirúrgicas estritas como a ortopedia, cirurgia abdominal e oftalmologia.

Findo o ENP, o relatório final, é obviamente uma obrigatoriedade necessária para dar visibilidade ao trabalho desenvolvido no contexto do curso e ao conhecimento científico e profissional no âmbito da aquisição de competências profissionais gerais e específicas que contribuirão para o desempenho da enfermagem na sua excelência.

O exercício da enfermagem especialista em médico-cirúrgica exige a aquisição e aplicação de várias competências alargadas sendo que para o estágio de natureza profissional módulo I e II o foco centrou-se na prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos na pessoa em processo de doença ou cirurgia. Também na área específica da enfermagem à pessoa em situação perioperatória aprofunda-se o “cuidar da pessoa em situação perioperatória bem como a maximização da sua segurança em sintonia com a consciência cirúrgica” (OE,2018), aplicado diretamente à prevenção da ILC. Estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo uso de normas baseadas em evidência e de feixes de intervenções (DGS,2022). E neste sentido o foco de intervenção na componente de estágio esteve no estudo e intervenção da prevenção da ILC em diversas dimensões da atividade no BO.

Cada vez mais aliada à inovação científica e tecnológica, está a maximização da segurança do cliente, neste caso, do cliente em processo cirúrgico. A prevenção e controlo de infeção, é, apesar de toda a melhoria que se tem conseguido, ainda um ponto que merece destaque pela enorme co morbilidade que acarreta para o cliente assim como custos para o próprio e para o SNS. A DGS (2022) afirma que cada ILC é responsável por 7 a 11 dias adicionais de internamento e por um aumento de risco de morte em 2 a 11 vezes.

Posto isto, a prevenção da ILC deve ser tratada com caráter urgente pelo que a aplicação da norma clínica “feixe de intervenções” para a prevenção da infeção do local cirúrgico atualizada em 2022 é absolutamente necessária. A sua aplicação na prática ainda está longe de ser cumprida integralmente, no entanto a sua eficácia depende da implementação na íntegra de todos os itens constituintes do feixe de intervenções.

No bloco ambulatorio mencionado neste trabalho, a norma (ainda a anterior à atualização) não está totalmente aplicada e a sua valorização não é evidente. Deste modo tornou-se essencial elucidar a equipa multidisciplinar para a importância da aplicação do feixe de intervenções para a prevenção da ILC através da aplicação de questionários “diagnóstico” do conhecimento da norma e numa fase posterior a formação para o conhecimento em serviço, justificada pela postura dos elementos e dificuldades inerentes à aplicação da norma. Em simultâneo foi

estudado um projeto arquitetónico e técnico para a organização da sala H do dito bloco para uma possível aplicação no âmbito da contribuição para a prevenção da ILC através da redução do risco de contaminação de materiais.

Em suma, o caminho a percorrer na área da prevenção da ILC é ainda longo e requer um investimento individual para a procura do conhecimento e predisposição para o colocar em prática, mas sobretudo requer da gestão e chefia os meios e recursos disponíveis para que a equipa multidisciplinar encontre o foco e motivação. Os enfermeiros procuram e investem no conhecimento, mas a sua aplicação prática deve ser promovida pelos órgãos superiores através do exemplo e da criação de procedimentos e discussão em serviço.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

A Unidade Curricular ENP com Relatório Módulo I e II encontra-se integrada no plano de estudos do Curso de MEMCPSPO deve ser realizado em serviços de cuidados ao cliente em situação perioperatória de acordo com as linhas orientadoras da OE. Neste sentido, os contextos clínicos são o Bloco Operatório Central e/ou Unidades de Cirurgia de Ambulatório, Unidade de Cuidados Pós-anestésicos ou Bloco Operatório de Especialidades. Relativamente à frequência em estágio, segundo o decreto de publicação do curso, o estágio desenvolveu-se em dois módulos, sendo o módulo I com uma carga horária presencial de 180 horas e 25 horas de seminário e o módulo II com uma carga presencial de 340 horas e 50 horas de orientação tutorial.

Tal como já foi referido anteriormente, a seleção do campo de estágio foi escolha pessoal, respeitando os critérios da OE exigidos para a unidade curricular e os objetivos pessoais. Assim, os módulos I e II da Unidade Curricular ENP com Relatório desenvolveram-se numa Unidade de CA de um hospital na região norte do país em contextos específicos para cada módulo respeitando as exigências da OE. Neste sentido, a aplicação das competências do EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (AEPSPE) foram experienciadas nomeadamente na admissão do cliente no bloco operatório (BO), consultas de enfermagem (pré-operatória, pré-operatória 24 horas e pós-operatória 24 horas e 30 dias), bem como preparação do cliente, pré-operatório, intraoperatório, pós-operatório e unidade de cuidados pós- anestésicos.

O serviço de CA mencionado enquadra-se e respeita os critérios nacionais para a CA. É composto por um parque de estacionamento privado para receção e alta dos clientes, sala de espera, serviço de admissão e secretariado, dois consultórios para consultas médicas e de enfermagem. Internamente, este serviço dispõe de 3 salas cirúrgicas, um recobro com 9 box de recobro fase I e 3 box de recobro fase II, 2 salas de stock interno de material, uma sala externa de stock de material e dispositivos, uma sala para realização de consultas telefónicas, um gabinete médico, um gabinete para a chefia de enfermagem e uma sala de estar e refeitório.

Nesta Unidade de CA prestam serviços de enfermagem 19 enfermeiros, dos quais um especialistas em EMC na AEPSPE, um na EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e uma especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, além do Enfermeiro Chefe que detém especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Integram ainda a equipa deste serviço 9 assistentes operacionais.

O enfermeiro especialista, além da prestação de cuidados como elemento da equipa que integra, é incumbido da função de gestão e substituição da chefia na sua ausência.

O Serviço de CA disponibiliza serviço no âmbito das especialidades cirúrgicas: oftalmologia, ortopedia, cirurgia geral/abdominal, otorrinolaringologia, ginecologia, vascular e urologia.

3. CORREÇÃO CIRÚRGICA A SÍNDROME DO TÚNEL CÁRPICO

9548_2_e4nusing_1

3.1. Enquadramento teórico

3.1.1. Enfermagem Peri-operatória

A Association Perioperative Registered Nurses (AORN), define enfermagem perioperatória como o conjunto de atividades de enfermagem desempenhada por enfermeiros durante três fases distintas: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Segundo Carvalho e Bianchi (2016), cada uma dessas fases ocorre sequencialmente, com eventos que constituem a experiência cirúrgica e cada uma delas abarca um amplo conjunto de intervenções para a enfermagem.

Os cuidados de enfermagem no perioperatório incidem no cliente e família/pessoa significativa que requerem procedimentos cirúrgicos e anestésicos e visam a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença. Este processo inicia-se com a consulta de enfermagem pré-operatória, promovendo a interação do cliente e enfermeiro e o planeamento individualizado dos cuidados de enfermagem.

A enfermagem utiliza não só conhecimentos específicos ou relacionados à área da saúde, mas também integra e aplica conhecimentos derivados de outras áreas, como as ciências sociais, comportamentais, naturais e humanas. Assim, os enfermeiros que atuam no período perioperatório devem fundamentar suas ações na aplicação criativa desses conhecimentos e ter habilidades e competências para planejar um cuidado individualizado ao cliente cirúrgico (Carvalho e Bianchi, 2016).

Tal como afirma Guido et al. (2014) a assistência sistematizada é um processo que pretende a promoção, manutenção e recuperação da saúde do cliente, com base em conhecimentos técnicos e científicos inerentes à enfermagem e desta forma preconiza o atendimento individualizado e humanizado, bem como ações interdisciplinares que visam a assistência ao cliente. O mesmo autor defende que ao elaborar o plano de cuidados, fornecer as informações necessárias sobre o procedimento anestésico-cirúrgico e orientar a equipa de enfermagem, podem minimizar riscos, prevenir complicações e possibilitar avaliações corretas, além de estabelecer intervenções adequadas nos diferentes períodos da experiência cirúrgica. Assim podemos dizer que a fase pré-operatória tem início na tomada de decisão de cirurgia pelo

cliente e médico, e termina quando o cliente passa para a mesa operatória. Esta fase consiste num período de preparação física e psicológica do cliente, e requer da parte do enfermeiro competências específicas no âmbito do ensino e preparação para o procedimento cirúrgico e anestésico.

A fase seguinte, intraoperatória, inicia-se quando o cliente passa para a mesa operatória e termina no momento da transferência para a UCPA (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos). Nesta fase o enfermeiro perioperatório intervém ao nível da promoção da segurança do cliente e satisfação das suas necessidades fisiológicas face ao procedimento anestésico e cirúrgico.

Torna-se crucial que a prática assistencial da enfermagem nesta fase seja exercida com conhecimento técnico-científico, para o alcance da qualidade da assistência, e deve visar a segurança do cliente, além do cuidado individualizado e humanizado (Carvalho e Bianchi, 2016). Pretende-se a minimização dos riscos e a prevenção de complicações decorrentes do procedimento anestésico-cirúrgico.

Por fim, a fase pós-operatória, inicia-se na admissão do cliente na UCPA e termina aquando da sua recuperação do processo cirúrgico. No pós-operatório imediato, são alvo de intervenção do enfermeiro perioperatório a manutenção dos parâmetros fisiológicos do cliente. Na fase posterior, o ensino ao cliente e família/pessoa significativa para a preparação para a alta apresenta-se como a principal foco de intervenção.

O enfermeiro do perioperatório possui conhecimentos científicos e competências específicas que lhe permitem intervir nas diferentes fases do perioperatório, os quais se distinguem em diferentes áreas como: prevenção, segurança e ensino. Este recolhe dados concretos do cliente e analisa-os, o que lhe permite identificar focos de atenção e planejar as intervenções de enfermagem.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEEMC) na Área da Pessoa em Situação Perioperatória (APSPPO) reúne como competências, entre muitas outras, o cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e a maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

3.1.2. Cirurgia de Ambulatório

A Cirurgia de Ambulatório (CA) define-se como toda “a intervenção cirúrgica programada que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e condições de segurança de acordo com a atual prática clínica, incluindo a cirurgia de ambulatório no mesmo dia ou a cirurgia de ambulatório com pernoita” (Diário da república, 1ª série - Nº 153 - 7 de agosto de 2015, p.5518).

Segundo Jacob (2019, p. 20) "a cirurgia de ambulatório apresenta-se como um importante instrumento para o aumento da qualidade dos cuidados e da eficácia na organização hospitalar, com múltiplas vantagens reconhecidas internacionalmente". A CA possibilita, ainda, uma organização da estrutura hospitalar, podendo os serviços de internamentos ficarem disponíveis para as situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares (Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 8 de fevereiro de 2018).

Ao longo dos últimos anos constatou-se que a CA tem um impacto positivo para o cliente na medida em que num espaço temporal de 24 horas é operado e tem alta clínica podendo recuperar da intervenção cirúrgica no seu ambiente familiar.

A CA tem apresentado uma menor taxa de complicações pós-operatórias muito graças à exímia organização que a constitui.

A admissão dos clientes para a CA respeita obrigatoriamente critérios sociais, clínicos e cirúrgicos específicos definidos pelo Ministério da Saúde/ Direção Geral da Saúde (DGS) com o intuito de viabilizar uma CA segura e eficiente.

A Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) refere como critérios para CA, aceitação do cliente para cirurgia em regime de ambulatório, disponibilidade de veículo automóvel e companhia de um adulto responsável durante as primeiras 24 horas após a cirurgia, residir ou pernoitar a menos de uma hora de distância do hospital, possuir adequadas condições de habitabilidade e acesso permanente a telefone no domicílio (APCA, 2012).

3.1.3. Síndrome do Túnel Cárpico (STC)

A STC é a mais frequente das síndromes compressivas e é definida pela compressão e/ou tração do nervo mediano ao nível do punho (Chammas et al, 2014).

Segundo o mesmo autor, a primeira descrição desta patologia é atribuída a Paget, Marie e Foix em 1913 que publicaram a primeira descrição anatómica e histopatológica de uma lesão em ampulheta do nervo mediano com neuroma proximal ao retináculo dos flexores. A primeira secção do ligamento anular anterior do carpo é atribuída por Amadio, ortopedista canadense, a Herbert Peter H. Galloway em 1924 que fez uma incisão de 2,5 cm distal e 5 cm proximal da dobra de flexão do punho num cliente com atrofia tenariana e anestesia do indicador e polegar após uma compressão do punho. Após os anos 50, os trabalhos de Phalen estabeleceram os princípios da STC.

Trata-se de uma neuropatia compressiva que acarreta uma importante morbilidade e incapacidade. O impacto na qualidade de vida dos clientes e os custos que estão associados (absentismo laboral, procura de recursos em saúde) faz da STC um problema que não deve ser desvalorizado.

Segundo Barreto Filho et al. (2022), a prevalência estimada fica em torno de 4%, sobretudo, em clientes na faixa etária entre 40 e 60 anos de idade, prevalecendo, na população feminina, numa proporção média de 3:1 e a causa mais frequente é idiopática.

Clinicamente, o cliente sente dor e parestesias na região palmar, desde o polegar até à face radial do 4º dedo. Oliveira (2021) refere que os sintomas podem envolver a mão no seu todo, bem como o punho e embora menos frequentes, pode haver irradiação das queixas para o antebraço e, de forma mais rara, pode haver irradiação acima do nível do cotovelo, até ao ombro. Habitualmente os sintomas tendem a piorar à noite e podem mesmo provocar despertares noturnos.

O diagnóstico é feito por meio da anamnese e suportado por exames complementares como a eletromiografia que permite definir a localização da compressão e quantificar a gravidade da lesão através da medição da velocidade de condução e do estudo miográfico.

3.1.4. Anatomia

Chammas et al (2014) descrevem que o nervo mediano é acompanhado pelos quatro tendões dos flexores superficiais dos dedos (FSD), pelos quatro tendões dos flexores profundos dos dedos e pelo tendão flexor longo do polegar (FLP).

O nervo mediano forma-se a partir do plexo braquial, através de fibras provenientes das raízes nervosas de C6, C7, C8 e T1, podendo também existir contribuição da raiz de C5. Este nervo atravessa o punho no túnel cárpico (espaço anatómico limitado superiormente pelo ligamento transversal do carpo, inferiormente pela fileira proximal do carpo, lateralmente pelo tubérculo do escafoide e trapézio e medialmente pelo gancho do unciforme e pisiforme), juntamente com os tendões dos músculos flexores superficial e profundo dos dedos e do músculo flexor longo do polegar. Após a passagem no túnel do carpo, o nervo mediano participa na inervação motora e sensitiva da mão. Os músculos da mão que são inervados pelo nervo mediano são o abductor curto do polegar, o flexor curto do polegar (cabeça superficial), o oponente do polegar e o primeiro e segundo lumbricais. Após a passagem pelo túnel cárpico, este nervo é responsável pela sensibilidade da região palmar desde o polegar até à face radial do 4º dedo embora existam variantes do normal, raras, que podem tornar desafiante o diagnóstico de STC (Oliveira, 2021). O mesmo autor defende que na maioria dos casos a STC é idiopática.

Variações anatómicas podem estar na origem da sintomatologia e no aparecimento de lesões iatrogénicas. As variações anatómicas podem surgir ao nível dos nervos, do ramo motor do nervo mediano, do ramo cutâneo palmar do nervo mediano, da posição intratúnel do nervo ulnar, dos territórios de inervação do nervo mediano na mão, da anastomose sensitiva palmar de Berritini, da anastomose motora de Richie e Cannieu, da anastomose mediana ulnar no antebraço de Martin-Gruber e Marinacci e da anastomose de Leibovic e Hastings.

As variações vasculares também podem estar na origem desta patologia pelo que podem ocorrer ao nível da persistência da artéria do nervo mediano através de uma trombose

responsável pela STC aguda.

As variações musculares e tendinosas também são causa da STC ao nível do músculo palmar longo, do flexor superficial dos dedos e dos músculos lumbricais.

3.1.5. Fisiopatologia e etiologia

A fisiopatologia subjacente à compressão do nervo mediano é multifatorial: pode haver processos inflamatórios ou espessamento de qualquer um dos tendões que passam no canal; pode haver fibrose do tecido conjuntivo que rodeia os tendões dos flexores; o espaço anatómico do túnel cárpico pode ser mais pequeno, seja por alterações congénitas, lesões com efeito de massa (como cistos ou neoplasias), edema ou por condições inflamatórias resultantes de doenças sistémicas. Além disto, a postura do membro superior também influencia a pressão existente no túnel cárpico: a pressão é menor quando o punho está numa posição neutra ou em flexão ligeira, aumentando proporcionalmente com o desvio face a esta posição. O aumento da pressão no canal cárpico pode lesar o nervo diretamente, prejudicar o transporte axonal ou comprimir os vasos do perineuro e causar isquemia do nervo mediano.

A compressão e a tração nervosa podem conduzir a problemas de microcirculação sanguínea intraneural, lesões no nível da bainha de mielina e no nível axonal e alterações no tecido conjuntivo de suporte. Lundborg, mencionado por Chammas et al (2014) no seu trabalho, propôs uma classificação anatomoclínica em estágio precoce, intermediário e avançado. O estágio precoce refere-se ao surgimento de sintomatologia intermitente unicamente noturna por compressão do punho e tende a melhorar se o cliente reposiciona o punho diminuindo a pressão. O estágio intermediário caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas noturnos e diurnos. As anomalias da microcirculação são permanentes, com edema intersticial epineural e intrafascicular que causa o aumento da pressão dos fluidos endoneurais e por isso compressão. Após o alívio da compressão verifica-se uma melhoria rápida dos sintomas. Por fim, no estágio avançado há sintomas permanentes e sinais de défice sensitivo ou motor traduzidos pela interrupção de um número de axónios.

Existem patologias que podem estar relacionadas com o surgimento dos sintomas e desenvolvimento da STC como por exemplo a polineuropatia e a síndrome de compressão nervosa: síndrome de dupla constrição.

Relativamente à etiologia da doença, na maioria dos casos, como já foi referido, a origem é idiopática, relacionada com patologias laborais assim como a artrite e doenças do tecido conjuntivo, gravidez, obesidade, DM, hipotireoidismo, fraturas do punho, doença renal crónica, história familiar da doença, exposição repetitiva a esforços, vibrações e movimentos do punho (associados a profissões particulares).

3.1.6. Diagnóstico

Segundo Adeniyi A. Borire et al. (2016), ainda não existe um padrão-ouro para o diagnóstico de

STC e portanto o diagnóstico clínico geralmente é feito com base em sinais e sintomas característicos da doença, confirmados por estudos de condução nervosa.

As manifestações iniciais da doença são geralmente a dor e parestesias como já foi anteriormente mencionado, contudo em casos mais evoluídos da doença podem ser afetadas as fibras motoras e consequentemente pode causar fraqueza na abdução e oposição do polegar, bem como atrofia da eminência tenar. É comum os clientes descreverem dificuldade em segurar objetos, abrir frascos ou abotoar uma camisa. A atrofia ou fraqueza da eminência tenar e a diminuição ou mesmo desaparecimento da dor correspondem a manifestações tardias da perda sensitiva e do déficit motor permanente.

Posto isto, na análise clínica deve ser discutido o diagnóstico por meio da anamnese, de testes provocativos, da análise de eventuais patologias associadas e diagnóstico diferencial. Deve-se ainda, determinar a etiologia, avaliar a gravidade da compressão por análise da sensibilidade discriminativa no teste de Weber e da força dos músculos tenarianos enervados pelo nervo mediano, negociar exames complementares como a electroneuromiografia e por fim propor um tratamento adaptado ao estado de gravidade, à etiologia ao local e ao contexto de atividade do cliente.

Nos últimos anos, tal como refere Adeniyi A. Borire et al (2016), a ultrassonografia tem se mostrado uma ferramenta diagnóstica útil para os diagnósticos de STC. Este meio complementar de diagnóstico é indolor, não invasivo e fornece uma visão da anatomia do nervo, bem como das estruturas circundantes.

O diagnóstico diferencial é conseguido por meio da classificação anatomoclínica de Lundborg, do exame eletroneuromiográfico, com recurso a imagem (radiografias do punho e incidência do Túnel Cárpico), ecografia e ressonância magnética.

3.1.7. Tratamento

Segundo Barros et al. (2015), o tratamento proposto ao cliente deve ser o mais efetivo em termos de resultado funcional e estético, bem como ter o menor gasto possível.

Perante doença leve/moderada, numa fase inicial aconselha-se o tratamento conservador: ortótese de imobilização noturna do punho, glicocorticoides por via oral, injeção local de glicocorticoides, fisioterapia e modificação das medidas mecânicas e ergonómicas. Contudo em casos mais graves o tratamento cirúrgico é a opção mais viável.

3.1.8. Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico é essencial em casos moderados a graves da doença, com apresentação de lesão neurológica confirmada nos estudos eletrodiagnósticos e quando o tratamento conservador já não oferece solução nem qualidade para o cliente.

Segundo Oliveira (2021) a cirurgia é a intervenção com melhores resultados a médio e longo

prazo. A descompressão cirúrgica consegue resultados satisfatórios e duradouros em 70% a 90% dos casos.

A cirurgia baseia-se na libertação do conteúdo do túnel cárpico através da secção do ligamento transversal do carpo.

As possibilidades cirúrgicas são a técnica clássica aberta (incisão longitudinal longa no punho, com visualização direta do ligamento), abordagem minimamente invasiva (curta incisão no punho) e mais recentemente a técnica endoscópica. As técnicas endoscópica e aberta são amplamente utilizadas. O aumento do volume do túnel carpo é observado independentemente da técnica de secção do retináculo dos flexores.

A segurança, a eficácia, a morbilidade, o custo e o tempo para retomar as atividades pré-operatórias foram comparadas em todas as técnicas.

Em conclusão, a escolha da técnica cirúrgica depende dos hábitos do cirurgião, da informação do cliente, da patologia, da sua etiologia bem como do equipamento disponível para a realização do procedimento cirúrgico.

Para o estudo particular deste caso, interessa a técnica clássica aberta pois foi a utilizada no Bloco Ambulatório (BA). Esta técnica, é a mais antiga. Caracteriza-se por uma incisão de 3 a 4cm que se estende da prega de flexão do punho, no prolongamento da borda radial do quarto dedo à linha cardinal de Kaplan.

Na maioria dos casos a recuperação cirúrgica é rápida e os clientes referem melhoria significativa da sintomatologia ao fim de duas semanas, podendo retomar a sua atividade de vida diária e profissional.

Em casos graves, esta recuperação segundo Oliveira (2021) pode demorar um ano.

A complicação pós-operatória mais frequente é a dor no local da ferida cirúrgica e na zona adjacente ao local da secção do ligamento transversal. A persistência dos sintomas pode ocorrer sendo a causa geralmente devido a fibrose circunferencial ou uma libertação incompleta do ligamento transversal do carpo e podem obrigar a reintervenção cirúrgica.

No caso específico deste estudo de caso, a cliente, embora jovem, apresentava uma lesão grave. Inicialmente fez a abordagem conservadora com recurso a fisioterapia e ortótese de imobilização do punho, mas sem melhoria significativa. A doença estava nesta fase a prejudicar a qualidade de vida na medida em que lhe proporcionava limitações na sua vida diária e profissional (costureira em empresa têxtil).

A cliente refere ser ansiosa, mas nega tomar medicação.

Habitualmente este tipo de cirurgias, a nível anestésico são abordadas com sedação e bloqueio

motor e sensitivo periférico. Contudo no caso particular no BA, ainda não está totalmente implementado o uso frequente do bloqueio dos nervos periféricos e portanto a cirurgia foi realizada com sedação e anestesia local.

3.1.9. Garrote pneumático

Segundo Pereira et al. (2015), o garrote foi inventado por Jean-Louis Petit no século XVIII com o objetivo de facilitar as amputações. O garrote pneumático que usamos nos dias de hoje não mudou substancialmente desde a sua invenção por Cushing em 1908.

O garrote pneumático é um dispositivo que consiste num manguito insuflável que sendo colocado em torno do membro a operar (braço ou perna) tem o intuito de interromper o fluxo sanguíneo para a extremidade, o que permite melhorar a visualização do campo cirúrgico uma vez que reduz a quantidade de sangue na região e por conseguinte diminuir o tempo cirúrgico.

No caso da cirurgia da mão, pode ser colocado no braço ou no antebraço. Vários estudos demonstraram que o garrote é mais bem tolerado quando colocado no antebraço (Pereira, 2015).

Morehouse et al. (2021) afirma que os avanços modernos no uso do garrote incluem facilidade de uso, vários recursos de segurança e a função de pressão de oclusão do membro. As pressões do garrote podem variar entre 200 e 350 mm Hg, dependendo da localização. A pressão de oclusão do membro é definida, segundo Morehouse et al. (2021), como a pressão do garrote na qual o fluxo sanguíneo arterial é obstruído.

As pressões elevadas estão associadas ao aumento da dor pós-operatória e ao aumento do risco de complicações como por exemplo complicações neuropáticas, atrofia muscular e atrasos na reabilitação tal como afirma Castropil (2008).

Os efeitos colaterais deletérios indicam a necessidade de pressões de garrote individualizadas tal como afirma Morehouse et al. (2021). O tempo de utilização do garrote, o nível de pressão, a sua largura e o fato da necessidade de reinsuflação no ato cirúrgico podem contribuir para o aparecimento de complicações. O uso prolongado do garrote pode causar danos nos tecidos e mesmo a morte tecidular. Tais lesões podem ser causadas por isquemia ou pressão direta sobre o nervo.

O mesmo autor defende que os efeitos neuromusculares da compressão parecem ser maiores nas primeiras semanas após a cirurgia, diminuindo significativamente após seis meses e há poucos relatos de paralisias persistentes na literatura. A pressão utilizada também parece ser responsável por algumas lesões e deve ser avaliada de acordo com a circunferência do local do membro onde será aplicada (Castropil, 2008).

A utilização do garrote também está associada a dor ou desconforto bem como aumento da tensão arterial e frequência cardíaca.

Morehouse et al. (2021) mencionam a intenção em minimizar as pressões do garrote na cirurgia

da extremidade superior por meio de vários métodos, incluindo , medições da pressão arterial sistólica e ultrassom doppler. Estes métodos têm o intuito de diminuir o risco de complicações, incluindo escoriações, hematomas e danos nos nervos, que podem ser a pressão de oclusão do membro bastante significativos. Embora os riscos de complicações sejam baixos, qualquer complicação após um procedimento eletivo da extremidade superior, como a libertação do túnel do carpo, pode atrasar o retorno do cliente à sua autonomia e vida diária.

3.1.10. Dor pós-operatória

Segundo Lúcia Quadros e Rita Borges do Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, no Manual de Cuidados Pós -Anestésicos (Capítulo 13 - Dor pós-operatória), definem a dor aguda pós-operatória (DAPO), como a dor presente num cliente cirúrgico após ser submetido a um procedimento. Resulta diretamente da agressão cirúrgica ou de complicações associadas ao procedimento.

O manuseamento da DAPO refere-se às atitudes terapêuticas colocadas em prática antes, durante e após um procedimento cirúrgico com o objetivo de reduzir ou eliminar a dor pós-operatória antes da alta.

A DAPO deve ser alvo de preocupação desde a fase pré-operatória pelo que a avaliação pré-anestésica é importante para se proceder a ajustes da medicação, tratamento da ansiedade e dor previamente existentes, prescrição de medicação pré-anestésica como parte do plano analgésico multimodal dirigido à DAPO e educação do cliente e família no que respeita a técnicas comportamentais de controlo da dor, informação sobre possibilidades terapêuticas e estabelecimento de objetivos.

Os esclarecimentos de mitos relativos à anestesia e controlo da DAPO devem ser esclarecidos em consulta pelo anestesista.

Pelas razões descritas é importante elaborar um plano analgésico que pode recorrer a protocolos por ser uma forma organizada de transmissão de indicações mais relevantes da intervenção analgésica no pós-operatório e por permitir a uniformização de procedimentos e garantir a segurança do cliente de todos os profissionais envolvidos. Os protocolos devem contemplar opções dentro de dois tipos gerais de analgesia: convencional e não-convencional. Denomina-se analgesia convencional toda a analgesia passível de ser aplicada apenas pela prescrição do clínico, sem necessidade da sua intervenção direta; e analgesia não-convencional toda a modalidade que requer a intervenção direta do anestesista (ex. analgesia por via epidural).

O inadequado controlo da dor pode afetar de forma negativa a qualidade de vida do cliente, atrasa a sua reabilitação funcional e pode mesmo prolongar a hospitalização e, por conseguinte, o risco de complicações pós-cirúrgicas e a possibilidade de estabelecimento de dor crónica.

Na escolha da técnica anestésica, o anestesista deve ter em conta os riscos e benefícios individuais para o cliente assim como a sua capacidade anestésica e adotar uma estratégia analgésica multimodal, isto é, deve adotar atitudes analgésicas em diferentes momentos do período perioperatório com recurso a vários fármacos com mecanismos de ação distintos com capacidade de interferir seletivamente nos diferentes processos de nociceção. Quadros e Borges (2016) referem que as ciências básicas e os dados clínicos têm evidenciado que as alterações no sistema nervoso central persistem para além da duração do estímulo cirúrgico e que este provoca um estado de sensibilização central ou hiperexcitabilidade que amplifica os impulsos subsequentes e agrava a DAPO. Portanto se existir uma interrupção na transmissão dos estímulos através de uma abordagem preventiva, é possível conseguir a redução da intensidade da dor, do recurso a analgesia e menor tendência de evolução para dor crónica.

Por esta razão se confirma a importância do controlo da dor no planeamento dos cuidados no perioperatório, isto é, na escolha e planeamento da técnica analgésica associada e/ou complementar no período pré e intraoperatório com vista à promoção do controlo da dor no pós-operatório.

O período pós-operatório imediato e tardio decorre na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA) e, portanto, esta passagem do cliente neste serviço requer atenção particular dos profissionais que lá operam.

Clientes com score de dor ≤ 4 após alta da UCPA terão dor controlada de forma adequada (Quadros e Borges, 2016).

A avaliação da dor no período pós-operatório deve ser rigorosa.

Estão descritos cinco tipos de dor: nociceptiva, neuropática, psicogénica, mista e idiopática.

A DAPO é resultado da lesão estrutural exercida nos tecidos durante o procedimento cirúrgico assim como das alterações nas vias cerebrais e nervosas, o que resulta muitas vezes numa dor mista e complexa. Quadros e Borges (2016) fazem referência às Guidelines on the Management of Postoperative Pain (2016) da American Pain Society que sugerem um modelo para a avaliação da DAPO que se caracteriza pela resposta a uma série de interrogações como: início do padrão da dor, localização, qualidade da dor, intensidade, fatores de alívio e agravamento, tratamentos realizados no passado que se mostraram eficazes no alívio da dor, interferência da dor nas dimensões física, funcional, emocional e sono e por fim obstáculos à avaliação da dor.

De forma conclusiva, no que se refere ao controlo da DAP, é importante não esquecer os efeitos secundários de cada opção terapêutica e respetivo tratamento. Assim é importante estar atento à possibilidade de surgirem náuseas e vômitos, prurido, depressão respiratória, retenção urinária e toxicidade sistémica provocada por anestésico local.

A abordagem rigorosa e organizada no controlo da DAP e a elaboração de um plano individualizado deve ser uma prioridade do anestesista com o intuito de minimizar ou eliminar o

desconforto do cliente, facilitar a recuperação pós-operatória e eliminar ou controlar de maneira eficaz os efeitos secundários associados ao tratamento.

A avaliação das características do cliente e a aplicação de plano anestésico multimodal no período perioperatório resultará num maior grau de satisfação do cliente e facilitará o seu regresso à vida ativa.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 41 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-08 09:00:00	Paracetamol 1g EV	
2023-02-08 09:00:00	Midazolam 3mg EV	
2023-02-08 09:00:00	Propofol 150mg EV	
2023-02-08 09:00:00	Lidocaína 2% SC	
2023-02-08 09:00:00	Tramadol 100mg EV	
2023-02-08 09:00:00	Metoclopramida 10mg EV	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A administração de terapêutica ao cliente constitui uma intervenção interdependente na medida em que a prescrição farmacológica é feita pelo médico e a sua preparação e administração é

feita pelo enfermeiro que é o responsável final pelo produto que administra devendo, neste sentido conhecer as propriedades farmacológicas dos medicamentos e os seus efeitos no organismo e saber interpretá-los na situação concreta do cliente.

Quanto aos fármacos endovenosos podemos enumerar as benzodiazepinas (geralmente usadas como fármacos pré-anestésicos para controle da ansiedade e para induzir a anestesia de modo a auxiliar a depressão do Sistema Nervoso Central), os opióides (analgésicos para controle da dor), anestésicos (indutores da hipnose), os relaxantes musculares (bloqueiam a transmissão neuromuscular, inibindo a condução nervosa e a contração), entre outros. A tromboprofilaxia é administrada de acordo com o risco do cliente. Clientes saudáveis, jovens (< 40 anos de idade) e sem fatores de risco não requerem tromboprofilaxia farmacológica.

A maioria dos fármacos descritos não foram utilizados neste caso específico.

Assim sendo, a nível da sedação e controlo da ansiedade foram administrados midazolam e propofol.

A infiltração do anestésico local foi com lidocaína a 2%.

A analgesia foi garantida com administração de paracetamol 1g (no intraoperatório) e tramadol no recobro imediato (com adição de metoclopramida para controlo dos efeitos adversos do tramadol e como agente profilático náuseas e vômitos).

Assim, no presente trabalho, abordamos diferentes fármacos administrados em momentos distintos do percurso do cliente no bloco operatório.

A descrição dos fármacos abordados neste trabalho foi baseada nas indicações do INFARMED sobre os medicamentos e no Guia Farmacológico para Enfermeiros.

Paracetamol 1g EV

O paracetamol é um analgésico não opióide, usado para controlo da dor leve a moderada. Como reações adversas/efeitos laterais estão descritas a hipotensão, erupção cutânea e urticária muito raramente. Em indivíduos com doença hepática, a sua administração deve ser ponderada. Importa transmitir a informação da hora da sua administração para se evitar sobredosagens.

Tramadol 100mg EV

O tramadol é um analgésico opióide minor de ação central, com duplo mecanismo de ação para tratamento da dor moderada a intensa. Como reações adversas/efeitos colaterais estão descritas tonturas, vertigens, sonolência, convulsões, obstipação, náuseas, prurido e sudorese.

Propofol 200mg EV

O propofol pertence à classe farmacológica dos anestésicos. É utilizado para a indução anestésica. É um hipnótico de curta duração, provocando a amnésia. As reações adversas/efeitos colaterais mais frequentes são: apneia, bradicardia, hipotensão, hipertensão, cólicas, náuseas, vômitos, rubor tegumentar, mioclonias, febre, e dor, sensação de queimadura e ardor no local de administração por via endovenosa. Tem início de ação 40 segundos após a sua administração e uma duração de três a quatro minutos.

Em adultos com menos de 55 anos, na indução a dose indicada é de 1,5 a 2,5mg/kg. Na manutenção anestésica, a velocidade adequada de administração varia consideravelmente dependendo do indivíduo. A dose máxima considerada na literatura em adultos é 6-12mg/kg/hora. Em caso de comorbilidades do cliente como insuficiência hepática, renal deve ser ponderado o uso. É comercializado como uma emulsão contendo óleo de soja, lecitina de ovos e glicerol. Inicialmente, não houve contraindicações na bula do produto, mas nos últimos anos surgiram em muitos países contraindicações contra o seu uso em indivíduos alérgicos a lecitina de soja, amendoim e ovo.

As reações alérgicas ao propofol são raras, com uma incidência previamente estimada de 1: 60,000. Após a sua administração o enfermeiro avalia o estado de consciência do cliente, os parâmetros respiratórios e a tensão arterial.

Midazolam 15mg EV

O Midazolam 15mg endovenoso é um indutor do sono de ação curta que está indicado para sedação antes e durante procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos, com ou sem anestesia local, assim como é utilizado na indução da anestesia como componente sedativo na anestesia combinada.

Quando o midazolam é utilizado antes ou em associação com outros fármacos indutores de anestesia, administrados por via intravenosa, a dose inicial de cada fármaco deverá ser reduzida significativamente. O grau de anestesia desejado é atingido por titulação seriada. A dose de midazolam administrada por via intravenosa para indução da anestesia deve ser administrada lentamente em pequenas doses parciais. Cada uma dessas doses (não superior a 5 mg) deve ser injetada durante cerca de 20 - 30 segundos, aguardando-se 2 minutos entre as sucessivas doses.

Em adultos, com idade inferior a 60 anos, é normalmente suficiente uma dose de 0,15- 0,2 mg/kg administrada por via intravenosa.

Está contraindicado em casos de hipersensibilidade à(s) substância(s) ativa(s) ou a qualquer um dos excipientes, em clientes com conhecida hipersensibilidade às benzodiazepinas, em clientes com insuficiência respiratória grave ou depressão respiratória aguda. Não deverá ser administrado a recém-nascidos.

Como reações adversas/efeitos colaterais estão descritas muito raramente afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos, sonolência e sedação prolongada, redução da vigília, confusão, euforia, alucinações, fadiga, cefaleias, tonturas, ataxia, sedação pós-operatória e amnésia. Também estão descritas náuseas, vômitos, soluços, obstipação e secção de boca bem como depressão respiratória, apneia, paragem respiratória e/ou cardíaca, hipotensão, alterações do ritmo cardíaco, efeitos vasodilatadores, dispneia, laringospasmo para além de reações de hipersensibilidade.

Lidocaína 2%

A lidocaína injetável a 2% é um medicamento amplamente utilizado na anestesia local e regional, bloqueio nervoso maior e menor. É um antiarrítmico e anestésico local à base de aminoamida que está no mercado desde 1948 (Bahar, E.; Yoon, H., 2021).

A lidocaína pode ser utilizada de diferentes formas: injetável, inalatório e tópico.

A dosagem deverá ser ajustada de acordo com a resposta do doente e o local de administração. Deve ser administrada a concentração mais baixa e a dose menor que produzam o efeito requerido. A dose máxima para adultos saudáveis não deve exceder 200mg. O volume da solução usado determina o tamanho da área de distribuição da anestesia.

Está contraindicado nos casos de hipersensibilidade conhecida aos anestésicos do tipo amida, bloqueio cardíaco completo e hipovolémia.

Em clientes tratados com antiarrítmicos da classe III (ex: amiodarona) devem estar sob vigilância apertada e deve ponderar-se a monitorização do ECG, uma vez que os efeitos cardíacos podem ser aditivos.

A lidocaína intramuscular pode aumentar as concentrações de creatinina fosfoquinase que pode interferir no diagnóstico do enfarte agudo do miocárdio. O efeito da lidocaína pode ser reduzido se for injetada em áreas inflamadas ou infetadas.

Em comum com outros anestésicos locais, as reações adversas da lidocaína são raras e são normalmente o resultado de um aumento das concentrações plasmáticas devido a injeção intravascular acidental, dose excessiva ou absorção rápida em áreas altamente vascularizadas ou pode resultar de hipersensibilidade, idiosincrasia ou tolerância diminuída do cliente. A toxicidade sistêmica envolve principalmente o sistema nervoso central e/ou o sistema cardiovascular.

Metoclopramida

A metoclopramida é uma benzamida substituída da classe dos neurolépticos, principalmente usada pelas suas propriedades antieméticas.

Está indicado nos adultos para a prevenção e tratamento de náuseas e vômitos.

A dose diária máxima recomendada é 30 mg ou 0,5 mg/kg de peso corporal.

A sua administração está contraindicada em caso de hipersensibilidade ao medicamento, hemorragia gastrointestinal, obstrução mecânica ou perfuração gastrointestinal para as quais a estimulação da motilidade gastrointestinal constitui um risco, feocromocitoma confirmado ou suspeito, devido ao risco de episódios de hipertensão grave, história de neurolépticos ou discinesia tardia induzida por metoclopramida, epilepsia, doença de Parkinson.

Como efeitos indesejáveis estão descritas perturbações extrapiramidais: distonia aguda e discinesia, síndrome parkinsoniana, acatisia, mesmo após a administração de uma dose única do medicamento, particularmente em crianças e adultos jovens, sonolência, diminuição do nível de consciência, confusão, alucinações.

Método anestésico: anestesia local (AL) com sedação e controlo da dor pós-operatória

Segundo Gonçalves, Cerejo e Martins (2017), a cirurgia é um evento que causa uma série de constrangimentos no cotidiano do cliente, sendo considerada uma transição no processo saúde-doença.

A anestesiologia tem fornecido as contribuições mais significativas para o desenvolvimento científico e aprimoramento da cirurgia moderna pois permite assegurar o conforto do cliente durante a cirurgia.

A segurança do cliente, a sua satisfação e o rápido regresso à vida socioeconómica bem o custo da intervenção são critérios importantes na escolha do tipo de anestesia.

O procedimento anestésico caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que são realizados pelo anestesista e que tem início na avaliação pré-anestésica, no ato concreto anestésico durante perioperatório bem como o período pós-operatório com a recuperação anestésica e controlo da dor pós-operatória.

A avaliação pré-anestésica pode acontecer, em cirurgia de ambulatório com recurso a consulta de anestesia pré-operatória (nos casos em que existem já anteriores complicações ou antecedentes médicos e cirúrgicos que exijam uma avaliação mais criteriosa anterior à cirurgia) ou na avaliação pré-operatória imediatamente antes da cirurgia (nos casos em que não existem antecedentes relevantes). A consulta pré-anestésica pretende garantir a qualidade da assistência ao cliente submetido a qualquer ato anestésico, a segurança e a redução do risco peri-anestésico, a homogeneidade de procedimentos profissionais e institucionais, avaliar e educar sobre a cirurgia, anestesia, cuidados intraoperatórios e tratamentos da dor pós-operatória.

Deste modo, o anestesista promove uma recuperação mais facilitadora, com as expectativas adequadas e menor nível de ansiedade. No momento pré-anestésico devem ser inquiridos e avaliados os seguintes fatores: identidade, diagnóstico, cirurgia, lateralidade, medicação do domicílio, alergias, jejum pré-operatório e todos os critérios sociais; assim como verifica a afirmação do consentimento livre e esclarecido; o enfermeiro procede à identificação do cliente (pulseira) e encaminha-o para a respetiva área do vestiário. O consentimento livre e esclarecido é disponibilizado ao cliente pela equipa médica que deve nesse momento fornecer todas as informações relativas ao ato anestésico e cirúrgico bem como esclarecer eventuais dúvidas do cliente e família/pessoa significativa. No entanto, a verificação da confirmação do cliente é uma ação interdependente que embora não seja diretamente da responsabilidade do enfermeiro, está incluída nas intervenções validadas pelo enfermeiro antes da indução anestésica o quanto antes.

A classificação ASA (American Society Anesthesiologists) foi desenvolvida com o objetivo de tabelar as comorbilidades pré-operatórias do cliente proposto para anestesia.

A cliente em causa foi classificada com ASA II.

A escolha do ato anestésico é baseada no tipo de cirurgia, na duração e posicionamento da mesma e ainda nos fatores intrínsecos e extrínsecos do cliente, como avaliação física, estado clínico e estado psicológico.

Relativamente aos tipos de anestesia podemos considerar: anestesia geral (inalatória, venosa e balanceada); anestesia regional (anestesia de neuroeixo peridural, subaracnóidea e bloqueio dos plexos nervosos); anestesia combinada (geral e regional) e anestesia local (SOBECC, 2021).

Para a elaboração do presente trabalho interessa-nos apenas abordar a sedação e a anestesia local.

A organização da equipa cirúrgica é fundamental para a minimização dos riscos de morbimortalidade durante o procedimento anestésico-cirúrgico. É importante manter a monitorização cardíaca, a vigilância respiratória e neuromuscular. Pretende-se que o processo decorra calmamente e sem dor para o cliente.

À exceção da alergia ao anestésico local não existe, segundo Pérez, Camejo e Lara (2022), uma contraindicação absoluta para o seu uso.

Existem diferentes anestésicos locais que podem ser administrados neste tipo de cirurgias de forma a garantir os objetivos pré-definidos para a anestesia. Neste caso clínico em particular a anestesia local foi concebida com recurso à administração local de lidocaína a 2%.

A lidocaína é provavelmente, segundo Pérez, Camejo e Lara (2022), o anestésico local mais utilizado mundialmente, cujo efeito é quase imediato uma vez realizada a infiltração. Este fármaco possui baixo nível de toxicidade sistêmica e raramente causa reações anafiláticas, a duração é adequada para o tempo cirúrgico pretendido para a cirurgia em causa.

A dor aquando da infiltração do anestésico local constitui uma dificuldade que se apresenta e portanto, a consulta pré operatória mostra-se totalmente eficaz para esclarecimento dos procedimentos, vantagens e dificuldades que se manifestam no antes, durante e após a cirurgia.

“A dose a ser utilizada deve ser individualizada para cada cliente, com a menor concentração possível, porém eficaz, e a injeção da medicação local é fracionada, cerca de 3 a 5 ml com aspiração entre eles para demonstração da injeção intravascular, com intervalos de 30 a 45 segundos entre as doses, para destacar possíveis sintomas (Pérez, Camejo e Lara (2022)).

O recurso a anestesia local é frequente nas cirurgias em ortopedia pois garante a manutenção da respiração espontânea, reflexos como a deglutição e a tosse, prolonga o efeito analgésico no pós-operatório. É um procedimento barato, exige um menor tempo despendido para vigilância no recobro e, portanto, é o método ideal para a cirurgia de ambulatório (Ekin et al, 2013).

No entanto a permanência da consciência pode criar ou potenciar o medo, a ansiedade e o

nervosismo.

Durante a cirurgia ao STC, o recurso a sedação é facultativo dependendo de vários fatores.

A sedação deve reduzir a ansiedade e o medo do cliente e aumentar a qualidade da anestesia regional (Ekin et al, 2013).

No caso específico deste estudo de caso, tendo em conta os antecedentes de ansiedade da cliente, torna-se evidente e absolutamente necessário o recuso a sedação sobretudo para conforto da cliente e segurança cirúrgica. No entanto, segundo os autores anteriormente mencionados, o uso de sedativos antes ou durante a cirurgia aumenta o risco de complicações respiratórias e cardiovasculares como a depressão respiratória e a hipotensão arterial. Assim, a monitorização contínua cardiovascular e respiratória são indispensáveis.

Toxicidade sistémica por anestésico local

O principal objetivo da administração dos anestésicos locais prende-se à promoção da anestesia e/ou analgesia para o cliente. O médico que administra o medicamento deve estar elucidado quanto aos mecanismos subjacentes e do espectro clínico da toxicidade sistémica por anestésico local não ignorando esta complicação iatrogénica com risco de morte.

A toxicidade por anestésicos locais pode ocorrer após administração de qualquer um dos fármacos desta classe e parece ser multifatorial, uma vez que os anestésicos locais têm diferentes efeitos celulares no sistema nervoso central (SNC) e sistema cardiovascular.

Uma vez que a toxicidade por anestésicos locais é uma complicação grave e potencialmente fatal, todos os profissionais de saúde devem reconhecer precocemente sinais e sintomas e iniciar o seu tratamento.

Para serem empregues com segurança e para que não ocorram intoxicações, as doses máximas dos anestésicos locais devem ser respeitadas e não devem ser ignorados ou subestimados os sinais e sintomas de toxicidade sistémica a fim de evitar danos maiores para o cliente.

Os incidentes relativos à administração de fármacos anestésicos locais podem ocorrer em qualquer momento do perioperatório mesmo com recurso à administração ecoguiada dos mesmos e, portanto, as principais causas são a injeção intravascular, administração inadvertida por via intratecal, sobredosagem e absorção sistémica excessiva.

As manifestações clínicas parecem estar relacionadas com a concentração plasmática do fármaco e da inibição diferencial de circuitos inibitórios ou excitatórios. Os sinais e sintomas típicos de toxicidade ocorrem principalmente ao nível do Sistema Nervoso Central e do sistema cardiovascular. A rápida elevação da concentração plasmática é um dos principais fatores envolvidos.

Diante da hipótese e diagnóstico de toxicidade, devem ser tomadas medidas para diminuir a morbidade e a mortalidade.

A concentração plasmática do anestésico local está diretamente ligada à dose administrada, além de relações com absorção sistêmica, local da injeção, distribuição tecidual, eliminação da droga e adição ou não de agentes vasoativos.

Pesquisas em animais suportam a emulsão lipídica como antídoto eficiente para a toxicidade cardiovascular e neurológica dos anestésicos locais.

A vascularização do tecido anestesiado influencia a absorção do anestésico local e é maior em ordem decrescente nos bloqueios de nervo intercostal, bloqueios caudal e peridural, bloqueio de plexo braquial, femoral e ciático. Níveis elevados podem produzir efeitos indesejados em sistemas elétricos sensíveis, dos quais os mais importantes são o sistema nervoso central e o cardiovascular. Alguns fatores ligados à droga interferem diretamente na intoxicação por anestésico local, como lipossolubilidade, potência e ligação proteica. Agentes mais potentes e mais lipossolúveis (bupivacaína, levobupivacaína, ropivacaína) têm aumentada toxicidade cardiovascular, assim como neurológica, sendo a bupivacaína o mais cardiotoxico, cuja dose tóxica leva ao repentino colapso cardiovascular com arritmias cardíacas e resistência à ressuscitação.

A compreensão dos fatores que aumentam o risco é vital, pois a identificação de clientes com suscetibilidade elevada à toxicidade sistêmica por anestésico local permite que os médicos modifiquem o tratamento e reduzam o risco. A hipoxia e a acidose foram reconhecidas décadas atrás como fatores de predisposição. As comorbidades identificadas mais recentemente incluem doenças cardíacas preexistentes (especialmente isquemias, arritmias, anormalidades de condução e baixa fração de ejeção), faixas etárias extremas, fragilidade e condições que causam disfunção mitocondrial (por exemplo, deficiência de carnitina). Doença hepática ou renal também pode aumentar o risco de toxicidade tardia devido à depreciação do metabolismo do anestésico local ou da disposição.

É importante ajustar a dose de anestésico local em todos esses clientes “em risco” ou, possivelmente, evitar totalmente o bloqueio de nervos periféricos ou a infusão de anestésico local se o risco for considerado muito significativo.

Segundo Weinberg et al. (2020), a toxicidade sistêmica por anestésico local provoca uma variedade de sinais e sintomas no SNC e Cardiovascular. Esses sinais e sintomas podem ser leves ou graves e podem ocorrer separadamente ou em conjunto. Sintomas isolados do SNC ocorrem em aproximadamente metade dos casos relatados, sintomas combinados do SNC e do Cardiovascular ocorrem em cerca de um terço dos casos, e sintomas Cardiovasculares isolados ocorrem no restante dos casos. Muitos casos da última categoria citada ocorreram sob anestesia geral ou sedação intensa, quando é difícil determinar a toxicidade do SNC. No geral, a convulsão foi o sinal inicial mais comum, ocorrendo em aproximadamente 50% dos casos. Primeiros indícios, ou “pródromos”, do SNC, como zumbido, gosto metálico, alucinações, fala arrastada,

contração de membros, parestesia das extremidades, tremor de intenção, anormalidades sensório-motoras faciais e em movimentos oculares foram observadas.

As características de apresentação mais comuns da toxicidade Cardiovascular foram arritmias (incluindo bradicardia, taquicardia, taquicardia ventricular/fibrilação ventricular), distúrbios de condução (bloqueio de ramo, bloqueio de condução atrioventricular, QRS alargado), hipotensão e paragem cardíaca (incluindo ritmos não chocáveis, atividade elétrica sem pulso e assistolia). A toxicidade progressiva (especialmente hipotensão e bradicardia) com rápida deterioração ao longo de minutos é o tipo de toxicidade mais grave. É impossível prever quais clientes terão evolução. No entanto, o tratamento precoce pode atrasar ou impedir a evolução. Portanto, é importante estar preparado para intervir precocemente em qualquer cliente que receba anestesia local que tenha sinais ou sintomas consistentes com o possível desenvolvimento de toxicidade.

A ressuscitação inicial após episódio de paragem cardiorrespiratória por toxicidade sistêmica ao anestésico local difere da ressuscitação cardiopulmonar padrão, concentrando-se na reversão da toxicidade subjacente, em vez de ou além de sustentar a perfusão coronariana. Portanto, a ênfase inicial está na supressão da convulsão e no estabelecimento da saturação arterial de oxigênio normal, uma vez que tanto a acidose quanto a hipóxia agravam este estado.

Apesar de a ropivacaína e a lidocaína serem responsáveis por uma proporção significativa dos casos de toxicidade, a bupivacaína é o anestésico local com menor margem de segurança. A dose total e o local de administração são importantes fatores preditores dos níveis plasmáticos de anestésico local.

A emulsão lipídica intravenosa tem-se mostrado eficaz no tratamento de toxicidade sistêmica por anestésicos locais, através do relato de múltiplos casos clínicos. Apesar de não estar completamente definido qual o seu mecanismo de ação, acredita-se que atue através da ligação às moléculas de anestésico local, promovendo a sua remoção dos tecidos de maior concentração para outros tecidos nomeadamente locais de metabolismo dos anestésicos locais como por exemplo fígado e músculo. Perante estas manifestações e elevado grau de suspeita de toxicidade sistêmica por anestésicos locais deve ser suspensa a administração do fármaco, solicitada ajuda, assegurada permeabilidade da via aérea e ventilação com oxigênio a 100%. A administração de emulsão lipídica deve ser iniciada de imediato e mantida até reversão completa dos sintomas.

Em suma, para evitar toxicidade sistêmica por anestésicos locais é essencial ter alguns cuidados nomeadamente respeitar o limite da dose tóxica, aspirar antes de injetar o anestésico local para evitar a administração endovenosa, utilizar a ecografia para guiar a realização de bloqueio de nervos periféricos.

A intervenção imediata ao sinal mais precoce de toxicidade aumenta a probabilidade de sucesso do tratamento.

O bloco operatório deve dispor de um protocolo (elaborado conjuntamente com os serviços farmacêuticos e de anestesia) para eventual toxicidade sistêmica por anestésico local.

Cuidados pós-anestésicos

Terminada a intervenção cirúrgica a cliente foi transferida para o recbro ou Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) onde permaneceu em vigilância contínua (monitorização eletrocardiográfica). Ao admitir a cliente no recbro, deve ser executada uma avaliação no que respeita aos parâmetros vitais, exame físico: sistema neurológico, respiratório, cardiovascular, renal e tegumentar (Revista SOBECC,2021). Esta avaliação deve ser feita periodicamente. Avaliar a dor quanto à intensidade, localização e características é obrigatória e recomenda-se a utilização de escalas para a sua avaliação, geralmente é utilizada a escala de avaliação numérica (EN) da dor ou a escala visual analógica (EVA) já anteriormente mencionada.

Igualmente mantém-se a vigilância de perdas hemáticas (através da visualização do penso, neste caso específico, da ligadura da mão), da perfusão dos tecidos (pela prévia utilização do garrote pneumático no intraoperatório bem como pela presença da ligadura) através da temperatura, coloração e sensibilidade das extremidades.

Todas as vigilâncias no período pós-anestésico não se limitam ao período da cliente no recbro, mas sim, alarga-se às vinte e quatro horas que sucedem o ato anestésico e cirúrgico. Por este motivo, a cirurgia de ambulatorio requer uma série de características exclusivas no sentido da garantia da segurança do cliente cirúrgico.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Procedimento invasivo

16-01-2023 10:00

Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Correção cirúrgica de síndrome do túnel cárpico.

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Frequência do pulso: 63 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 121 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 67 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.20 °C.

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 08-03-2023 13:15

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 08-03-2023 13:15

08-02-2023 09:00

Tipo de procedimento invasivo: Correção cirúrgica a síndrome do túnel cárpico.

Perda sanguínea

Mão Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro inferior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 122 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 62 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.20 °C.

08-02-2023 09:45

Tipo de procedimento invasivo: Correção cirúrgica a síndrome do túnel cárpico.

Perda sanguínea

Mão Direita(o): Perda sanguínea externa, em pequena quantidade [PIOROU].

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Frequência do pulso: 83 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro inferior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 112 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 58 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.00 °C.

08-02-2023 11:00

Tipo de procedimento invasivo: Correção cirúrgica a síndrome do túnel cárpico.

Perda sanguínea

Mão Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Frequência do pulso: 83 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 101 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 58 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 35.90 °C.

08-02-2023 12:15

Tipo de procedimento invasivo: Correção cirúrgica a síndrome do túnel cárpico.

Perda sanguínea

Mão Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

08-02-2023 13:15

Tipo de procedimento invasivo: Correção cirúrgica de síndrome do túnel cárpico.

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 120 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 63 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.60 °C.

08-03-2023 13:15

Tipo de procedimento invasivo: Correção cirúrgica de STC direita.

Sondas, Drenos e Cateteres

08-02-2023 09:00

Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 09-02-2023 15:00

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: 20G.

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [FIM] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 09:00 - Otimizar cateter venoso periférico [FIM] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 11:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [FIM] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 11:00 - Trocar cateter venoso periférico [FIM] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 13:15 - Retirar cateter venoso periférico [FIM] 09-02-2023 15:00

Garrote pneumático [RESOLVIDO] 08-02-2023 09:45

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Assistir o cirurgião na colocação do garrote pneumático [FIM]

08-02-2023 09:45

08-02-2023 09:00 - Monitorizar a pressão do garrote pneumático [FIM] 08-02-2023 09:45

08-02-2023 09:00 - Monitorizar o tempo de utilização do garrote pneumático [FIM]

08-02-2023 09:45

08-02-2023 09:45

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: 20G.

08-02-2023 11:00

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: 20G.

08-02-2023 12:15

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: 20G.

08-02-2023 13:15

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: 20G.

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Procedimento Invasivo

O procedimento invasivo, inserido nos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica visa documentar a cirurgia específica à qual o cliente se submeteu e da qual advêm as particularidades que estão descritas no plano de cuidados.

Assim, o procedimento invasivo em questão é a cirurgia ao Síndrome do Túnel Cárpico (STC). Esta cirurgia da especialidade da ortopedia é uma das cirurgia mais frequentes da especialidade na cirurgia de ambulatório.

A definição e os detalhes cirúrgicos, médicos e de enfermagem estão descritos no complemento teórico.

Sondas, drenos e cateteres

O ato cirúrgico exige a utilização de dispositivos médicos quer para manutenção da segurança do cliente como para criar condições necessárias à sua realização. Neste caso a colocação de cateter venoso periférico é essencial à administração e manutenção da sedação e analgesia.

Cateter venoso periférico

A utilização de cateter venoso periférico (CVP) é uma prática invasiva comum em contexto de saúde, permitindo mais rapidamente o tratamento e a recuperação do cliente e promovendo o seu conforto face à necessidade de administração frequente de medicação intravenosa. Os procedimentos cirúrgicos têm implicações fisiológicas e hemodinâmicas no cliente, pelo que exigem a presença de dispositivos que possibilitem a administração rápida de fármacos numa

eventual necessidade urgente. Assim, a inserção do cateter venoso periférico perante uma cirurgia é mandatária. No entanto, a presença deste dispositivo é propenso a complicações que, por vezes, podem atrasar a alta hospitalar, sendo a mais comum a infeção do local de inserção do cateter venoso periférico. Desta forma, o enfermeiro perioperatório deve assumir uma postura de vigilância e adotando medidas adequadas de manipulação do mesmo (Catarino et al, 2022).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
16-01-2023 10:00	Procedimento invasivo	
16-01-2023 10:00	Conhecimento	08-03-2023 13:15
08-02-2023 09:00	Consciência	08-02-2023 11:00
08-02-2023 09:00	Sistema respiratório	08-02-2023 13:15
08-02-2023 09:00	Sistema cardiovascular	08-02-2023 13:15
08-02-2023 09:00	Pele	
08-02-2023 09:00	Metabolismo	08-02-2023 13:15
08-02-2023 09:00	Termorregulação	08-02-2023 13:15
08-02-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	09-02-2023 15:00
08-02-2023 09:45	Dor	08-03-2023 13:15
08-02-2023 11:00	Digestão	09-02-2023 15:00
08-02-2023 12:15	Transferir-se	08-02-2023 13:15
08-02-2023 12:15	Alimentar-se	08-02-2023 13:15
08-02-2023 12:15	Autogestão do regime medicamentoso	08-03-2023 13:15

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

"O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)" (OE, 2012, p.10).

No período perioperatório são vários os focos de atenção e áreas de intervenção de enfermagem. Os focos correspondem a áreas de atenção de enfermagem essenciais para a segurança do cliente na medida em que se definem intervenções de vigilância e que podem conduzir à formulação de diagnósticos com base nos dados recolhidos no cliente.

"Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital,

prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores - frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente" (OE,2012, p.11).

Conhecimento

Através da informação e educação dirigida ao cliente e família/pessoa significativa, o enfermeiro do perioperatório faculta ferramentas que visam facilitar todo o processo cirúrgico, desde o pré-operatório até aos cuidados pós-operatórios no domicílio.

Na cirurgia de ambulatório, o enfermeiro perioperatório educa para a saúde e informa o cliente/família/ pessoa significativa relativa a toda a preparação e passagem pela cirurgia de ambulatório bem como todos os cuidados e alertas que estarão a cargo do cliente/ família/ pessoa significativa após a alta clínica. O enfermeiro deve avaliar o cliente e fornecer a educação necessária de forma simples e elucidativa adequada às capacidades cognitivas e intelectuais do cliente/ família/ pessoa significativa .

A educação para a saúde, nomeadamente em regime de cirurgia de ambulatório, tem como principais vantagens: diminuição da ansiedade e aumento da autoestima do cliente, diminuição do tempo de recuperação e redução dos custos hospitalares.

Segundo Gonçalves, Cerejo e Martins (2017), o impacto positivo da informação no período pré-operatório, interfere na redução dos níveis de ansiedade, no tempo de recuperação cirúrgica e no recurso a analgesia bem como contribui para o aumento da satisfação e adesão ao tratamento.

Segundo a literatura, ao melhorar o ensino para a alta no pós-operatório, estima-se que 50% das readmissões hospitalares podem ser evitadas.

O domínio do conhecimento requer uma avaliação periódica durante o percurso do cliente na cirurgia de ambulatório sobretudo à medida que vão sendo introduzidas novas informações e efetuados ensinamentos.

Consciência

A prestação de cuidados de enfermagem de forma integral e individualizada tem como foco a prevenção, deteção e tratamento das complicações inerentes à intervenção cirúrgica e técnica anestésica adotada. Neste sentido a avaliação do nível de consciência, do estado hemodinâmico e do padrão respiratório são obrigatórios a partir da admissão do cliente.

Existindo vários tipos de anestesia, Lemos, Poveda e Peniche (2017) no estudo "Construção e validação de um protocolo assistencial de enfermagem em anestesia" abordam e definem os tipos de anestesia, as suas características e o fim para a sua utilização. A seleção da anestesia tem em atenção o tipo, duração e posicionamento para o procedimento cirúrgico, associada às

condições clínicas, mentais e psicológicas do paciente.

A cliente submetida a cirurgia de STC, transmite ao enfermeiro a sua preocupação relativamente ao procedimento anestésico (AL) e a sua ansiedade pelo que o anestesista decide ajustar a anestesia com sedação.

Relativamente à consciência, este domínio, neste caso particular prende-se à técnica anestésica efetuada.

A sedação, embora com recurso a reduzida quantidade de fármacos administrados, conduz a uma ligeira alteração do estado de consciência pelo que a sua avaliação periódica é obrigatória. Para tal, recorrem-se a escalas de avaliação contínua do estado do cliente como é exemplo a escala de Aldrete. Esta escala inclui cinco parâmetros: consciência, atividade motora, respiração, circulação e saturação de O₂. A pontuação de cada item varia de 0 a 2, sendo 0 a pior resposta e 2 a melhor resposta. Esta escala é utilizada como um dos critérios para a alta do cliente da UCPA.

A nível da consciência, pretende-se que o cliente esteja consciente, com reflexos íntegros e resposta a estímulos verbais. A Escala de Coma de Glasgow é uma ferramenta de apoio na avaliação da evolução da consciência (Oliveira Serra et al, 2015).

Sistema Respiratório

Entre diversos procedimentos no campo da assistência ao cliente cirúrgico, a monitorização durante a anestesia é fundamental para fornecer parâmetros que direcionem a conduta adequada do enfermeiro anestesista (Lemos e Peniche, 2016).

O enfermeiro anestesista necessita ter domínio do conhecimento científico para antecipar acontecimentos que vão surgindo no decorrer da cirurgia. Na opinião de Lemos e Peniche (2016) o suporte oferecido pela equipa de enfermagem não pode depender apenas da interação entre enfermeiro e anestesista como um auxiliar, mas uma atuação com conhecimento científico e diretrizes para um cuidado com eficácia e qualidade, favorecendo a segurança do cliente.

A monitorização do cliente permite a obtenção de vários parâmetros: frequência cardíaca, ritmo cardíaco, tensão arterial (TA), saturação de oxigénio periférico, capnografia, temperatura e profundidade anestésica. Para este caso clínico particular reservamo-nos apenas à monitorização eletrocardiográfica, TA, saturação de oxigénio periférico e temperatura. Assim, torna-se necessário avaliar os diferentes parâmetros e definir os limites de alarme, personalizando os mesmos, para cada cliente. A monitorização dos sinais vitais permite uma maior capacidade para determinar mudanças importantes na condição do cliente.

Sistema Cardiovascular

Na fase de manutenção anestésica, um dos objetivos major segundo Hurst (2017) é que os sinais vitais do cliente estejam estáveis e os efeitos colaterais e/ou complicações sejam minimizados ou até, idealmente, anulados. O papel do enfermeiro nesta manutenção depara-se em vigiar estes parâmetros e atempadamente atuar em possíveis alterações dos parâmetros vitais.

A avaliação pré-operatória do cliente no que respeita à TA é importante para estabelecer uma linha de base. A TA é um composto de fatores e tem um valor limitado como um sinal precoce de distúrbios hemodinâmicos. Mecanismos compensatórios, como vasoconstrição e taquicardia, influenciam o sistema cardiovascular para manter a TA normal, fazendo com que a correlação entre a TA e o fluxo sanguíneo se altere, conforme o volume circulante diminui. A hipovolemia ocorre frequentemente em clientes durante a cirurgia e se não for tratada, a hipóxia circulatória pode desenvolver-se devido à diminuição do fluxo sanguíneo e hipoperfusão. Se não for reconhecido e tratado prontamente, o volume circulante diminuído (particularmente no nível microvascular) leva à entrega de oxigénio diminuída, esgotamento das reservas intracelulares de energia, acidose, glicólise anaeróbica e acumulação de lactato (Ahrens e Johnson, 2015). A hipertensão perioperatória é um fator de risco para o aumento da instabilidade hemodinâmica durante a cirurgia. No decorrer da cirurgia, verifica-se um declínio da TA aquando da indução. Aumentos prolongados nos níveis de TA de pelo menos 20 mm Hg ou um aumento de 20% do nível pré-operatório do cliente são considerados emergências hipertensivas e estão fortemente associadas ao desenvolvimento de complicações, incluindo hemorragia, acidente vascular cerebral e enfarte do miocárdio.

A avaliação e monitorização do ritmo cardíaco é um dos parâmetros a avaliar num cliente cirúrgico. A deteção atempada de arritmias cardíacas é uma das funções dos enfermeiros de anestesia que, por exemplo, poderá visualizar bradicardia devido a hipoxemia ou estimulação vagal, ou visualizar taquicardia devido à dor, ansiedade ou hipovolemia em clientes na sala de operações .

Pele

A pele está inserida no sistema tegumentar e é a interface primária entre os ambientes interno e externo, que atua como barreira para proteger o corpo de uma série de agressores ambientais e manter a homeostase, para evitar a perda de água e eletrólitos não regulamentada.

São vários os fatores que voluntária ou involuntariamente podem prejudicar a integridade da pele. A natureza do procedimento cirúrgico interfere com a barreira cutânea protetora natural expondo o cliente a diversos microrganismos que, de várias formas, acedem ao local cirúrgico.

No domínio da pele está inserida a ferida cirúrgica decorrente do procedimento cirúrgico. Este diagnóstico exige atenção do enfermeiro do perioperatório na avaliação e localização da ferida

bem como na sutura da ferida e na aplicação do penso apropriado. A vigilância do penso no pós-operatório insere-se nas intervenções de enfermagem obrigatórias.

Segundo Markstrom et al. (2020) a preparação adequada e segura da pele requer tempo para avaliar o cliente e executar a limpeza e desinfecção da pele e avaliar o resultado.

No pós-operatório, a ferida cirúrgica deve permanecer protegida por penso estéril nas primeiras 48 horas. O tratamento à ferida cirúrgica deve ser feito sempre com técnica assética, depois de uma correta higienização das mãos.

A divulgação das normas de boas práticas e a implementação de forma integrada de medidas eficazes e comprovadas desde a admissão do doente até à alta permitem a prevenção da infeção do local cirúrgico assim como a redução ao limite necessário de internamento, vigilância epidemiológica e a monitorização sistemática da infeção do local cirúrgico (DGS, 2015).

Metabolismo

Segundo Rebelo (2013), para a segurança do cliente no bloco operatório, é necessário contemplar indicadores como o controlo glicémico em doentes diabéticos e não diabéticos.

A avaliação da glicose perioperatória e a administração de insulina em clientes com hiperglicemia são alvos de qualidade importantes. No entanto, clientes com hiperglicemia a que seja administrada insulina não têm maior risco do que aqueles com valores de glicose normal.

Segundo Pinheiro (2018), durante um procedimento cirúrgico, devido ao stress que por sua vez lança hormonas e inibe a produção de insulina, os níveis de glicose aumentam. Também há a inibição da função das células pancreáticas que diminui o nível de insulina plasmática no sangue. Esta situação de hipoinsulinemia, com resistência à insulina e ação catabólica excessiva, faz com que o cliente, mesmo não diabético, apresente elevado risco de hiperglicemia. É por isso, que é recomendado a qualquer cliente sujeito a uma intervenção cirúrgica, seja diabético ou não, o uso de protocolos para o controlo de glicose no sangue, no período peri operatório. A Sociedade Portuguesa de Diabetologia, em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, recomenda a avaliação da glicémia capilar a todos os clientes internados, em cuidados agudos (não críticos).

À hiperglicemia associa-se um risco aumentado de infeção do local cirúrgico, da morbilidade e mortalidade. Todas estas situações implicam mais e maiores cuidados de saúde, custos mais elevados nos diferentes tipos de cirurgias feitas quer a clientes diabéticos como não diabéticos.

Atendendo à Norma da Direção Geral de Saúde de dezembro de 2015, deve-se manter a glicemia nos valores ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes para prevenção da infeção do local cirúrgico,

Termorregulação

A temperatura corporal resulta de um equilíbrio entre a quantidade de calor produzido pelo metabolismo e a quantidade de calor perdido para o meio externo (Potter e Perry, 2006).

Deve ser foco de atenção dos enfermeiros a monitorização da temperatura antes, durante e após a cirurgia, assim como a avaliação do conforto térmico durante o perioperatório, de modo que haja uma implementação eficaz de medidas de prevenção/recuperação da hipotermia intraoperatória inadvertida (HIP), bem como a deteção precoce de possíveis complicações. No período perioperatório a monitorização da temperatura corporal é essencial, podendo ser monitorizada a nível central ou a nível periférico, avaliando sempre em locais cujos valores se aproximam do valor da temperatura central.

A sensação de desconforto por frio pode indicar o início da descida da temperatura corporal. Este sinal contribui para a deteção precoce da HIP e permite a instituição precoce de medidas de aquecimento. O conforto térmico também reduz o nível de ansiedade e incrementa o nível de satisfação da pessoa para com os cuidados prestados (AESOP, 2017).

É fundamental ter em atenção fatores de risco associados à hipotermia, tais como, a idade, o baixo índice de massa corporal, clientes vítimas de trauma, sépsis e queimaduras, pressão sistólica no período pré-operatório inferior a 140 milímetros de mercúrio, técnica anestésica, temperatura da sala operatória, duração do ato operatório, entre outros aspetos. De forma a evitar-se a HIP, devem-se aplicar métodos de aquecimento que proporcionem um aumento no conforto do cliente, uma diminuição nas alterações hemodinâmicas e uma diminuição no tempo de permanência na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos.

Em caso de HIP, o cliente pode sofrer consequências, tais como, a diminuição do fluxo sanguíneo, disritmias cardíacas, aumento das necessidades de oxigénio, diminuição do metabolismo, alterações na função plaquetária e maior suscetibilidade a infeção da ferida cirúrgica.

A AESOP (2017) e a AORN (2020) afirmam que a normotermia deve constituir um dos critérios de alta da UCPA.

Todos os cuidados prestados pelo enfermeiro devem ser documentados, assim como o registo das condições térmicas da pessoa intervencionada, o método de avaliação da temperatura e as intervenções de enfermagem instituídas. Estes registos promovem a continuidade dos cuidados e facilitam a sua consulta, bem como a sua compreensão inequívoca, em qualquer momento e por qualquer profissional, dando cumprimento às disposições legais da prática de cuidados.

Dor

A dor, é neste caso particular um domínio que surge como consequência direta da agressão emitida pelo ato cirúrgico ao organismo.

A perceção de dor pelo cliente durante a monitorização da anestesia pode ser observada

mediante o aumento da TA e/ou da frequência cardíaca, no pós-operatório podem ser utilizadas escalas de avaliação da dor de acordo com as capacidades cognitivas e de linguagem do cliente. Neste caso particular foi aplicada a escala numérica da dor. A administração de terapêutica SOS para analgesia está condicionada pela correta e frequente avaliação da dor.

Mais informação descritiva relativamente à dor, encontra-se noutro capítulo deste documento.

Digestão

O domínio da digestão surge no contexto da necessidade de avaliação da presença de náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO).

As náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO) são habitualmente apontadas como uma das complicações mais frequentes em Cirurgia Ambulatória (CA). A incidência de NVPO é cerca de três vezes superior no sexo feminino. A história prévia de NVPO ou de náuseas e vômitos associados ao movimento assim como a ausência de hábitos tabágicos, parecem ser fatores preditivos independentes de NVPO (APCA,2012).

As náuseas e vômitos têm uma etiologia multifatorial e na sua abordagem são consideradas medidas farmacológicas e não farmacológicas. Os fármacos usados na profilaxia e tratamento pertencem a diferentes grupos farmacológicos

Autocuidado (transferir-se, alimentar-se e autogestão do regime medicamentoso)

Em CA, o levantar da cama para o cadeirão é um momento importante e um passo positivo no sentido da alta clínica. A capacidade em transferir-se autonomamente para o cadeirão é um dado favorável à recuperação cirúrgica do cliente.

No pós-operatório a avaliação motora integra-se nas vigilâncias fundamentais ao cliente cirúrgico pelo que a capacidade de transferência cama-cadeira é importante para o estabelecimento de diagnósticos ou para a validação do foco e assim permitir a tomada de decisões.

A tolerância da dieta é um dos itens essenciais para a validação da alta, razão pela qual emergiu o foco alimentar-se na medida em que o cliente era autónomo no pré operatório para este autocuidado. A capacidade para se alimentar autonomamente e a tolerância da dieta instituída são focos de atenção seletivos para a alta clínica.

Relativamente à autogestão do regime medicamentoso, é importante considerar que o cliente/família/ pessoa significativa na cirurgia de ambulatório deve estar capacitado para o fazer autonomamente. O enfermeiro no pós-operatório deve avaliar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso, ensinar sobre regime medicamentoso uma vez que além da medicação habitual, será introduzida medicação específica (geralmente analgesia) do pós-operatório, deve também ensinar sobre efeitos secundários da medicação e fornecer suporte literário para sustentar todos os ensinamentos feitos verbalmente. Neste ponto, deve ser fornecido ao

cliente os folhetos explicativos dos cuidados a ter no pós-operatório, alertas de vigilância e contactos dos serviços disponíveis da CA em caso de necessidade.

A alta clínica está diretamente ligada à capacidade do cliente em resolver positivamente estes autocuidados. Sendo a cliente previamente autónoma em todos os autocuidados, é importante validar os autocuidados antes da alta.

ERRATA

No domínio da Emoção podemos levantar o diagnóstico de ansiedade que erradamente não foi selecionado na primeira secção.

"Uma grande parte dos clientes manifesta vários níveis de ansiedade quando de uma cirurgia. A transmissão de informação no pré-operatório parece reduzir estes níveis de ansiedade" (Gonçalves et al., 2017, p. 17).

3.6. Dados

Consciência

08-02-2023 09:00

Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: localiza a dor.

Índice Bispectral - 50

Consciência comprometida [RESOLVIDO] 08-02-2023 11:00

Reflexo pupilar

Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

Vómito em jato (Não).

Sedação [RESOLVIDO] 08-02-2023 11:00

08-02-2023 09:45

Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MELHOROU].

Reflexo pupilar

Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

Vómito em jato (Não) [MANTEVE].

Consciência pode estar comprometida

Dor

08-02-2023 09:45

Dor [RESOLVIDO] 08-03-2023 13:15

Expressão facial: Relaxada.

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores.

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.

Localização da dor

Mão Direita(o)

Intensidade da dor - sem dor.

08-02-2023 11:00

Localização da dor

Mão Direita(o)

Intensidade da dor - sem dor.

08-02-2023 12:15

Localização da dor

Mão Direita(o)

Intensidade da dor - sem dor.

08-02-2023 13:15

Localização da dor

Mão Direita(o)

Intensidade da dor - sem dor.

Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente adquirido [RESOLVIDO]

08-03-2023 13:15

09-02-2023 15:00

Localização da dor

Mão Direita(o)

Intensidade da dor - 1.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - aguda.

dor de tipo - moedeira.

Sistema respiratório

08-02-2023 09:00

Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório simétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações normais.

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigênio no sangue

Periférico(a): 99 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Reflexo da tosse: presente.

Expele as secreções das vias aéreas.

Sons respiratórios: normais.

Secreções em pequena quantidade.

Secreções normais.

Secreções esbranquiçadas.

Dispositivo de ventilação: cânula nasal a 2L

Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 08-02-2023 11:00

08-02-2023 09:45

Frequência respiratória: 12 ciclos/min.
Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
Saturação do oxigénio no sangue
 Periférico(a): 100 %.
Coloração da mucosa: rosada.
Não comunica falta de ar.
Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].
Sons respiratórios: normais.
Secreções em pequena quantidade.
Secreções normais [MANTEVE].
Secreções esbranquiçadas.
Cânula nasal com 1L de oxigénio
Ventilação pode estar comprometida

Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 08-02-2023 11:00

Limpeza da via aérea pode estar comprometida

08-02-2023 11:00

Frequência respiratória: 12 ciclos/min.
Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
Saturação do oxigénio no sangue
 Periférico(a): 100 %.
Coloração da mucosa: rosada.
Não comunica falta de ar [MANTEVE].
Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].
Sons respiratórios: normais.
Secreções em pequena quantidade.
Secreções normais [MANTEVE].
Secreções esbranquiçadas.

08-02-2023 12:15

Frequência respiratória: 12 ciclos/min.
Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
Saturação do oxigénio no sangue
 Periférico(a): 100 %.
Coloração da mucosa: rosada.

Não comunica falta de ar [MANTEVE].
Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].
Sons respiratórios: normais.
Secreções em pequena quantidade.
Secreções normais [MANTEVE].
Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

08-02-2023 09:00

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Pulso de amplitude mediana e regular.

Pulso rítmico.

Pulso simétrico.

Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro inferior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 122 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 62 mm Hg.

Temperatura das extremidades

Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades diminuída.

Coloração das extremidades

Membro superior Direita(o): Coloração pálida das extremidades.

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Perda sanguínea

Mão Direita(o): Sem perda sanguínea aparente.

Perfusão dos tecidos periféricos comprometida [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 09:45

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Pulso rítmico [MANTEVE].

Pulso simétrico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 83 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro inferior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 112 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 58 mm Hg.

Temperatura das extremidades

Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MELHOROU].

Coloração das extremidades

Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MELHOROU].

Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

Perda sanguínea

Mão Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

Localização da dor

Mão Direita(o)

Intensidade da dor - sem dor.

Processo neurovascular comprometido [RESOLVIDO] 08-02-2023 11:00

Presença de garrote pneumático no membro superior direito

08-02-2023 11:00

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Pulso rítmico [MANTEVE].

Pulso simétrico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 83 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 101 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 58 mm Hg.

Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

Localização da dor

Mão Direita(o)

Intensidade da dor - sem dor.

Sem alteração na perfusão dos tecidos

Sem perda sanguínea [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 12:15

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Pulso rítmico [MANTEVE].

Pulso simétrico [MANTEVE].

Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 105 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 68 mm Hg.

Temperatura das extremidades

Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MELHOROU].

Coloração das extremidades

Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MELHOROU].

Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

Perda sanguínea

Mão Direita(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

Localização da dor

Mão Direita(o)

Intensidade da dor - sem dor.

Digestão

08-02-2023 11:00

Sem sensação de enjoo.

Náusea [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

Náusea sem gravidade.

Náusea ausente

08-02-2023 12:15

Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

Náusea ausente

08-02-2023 13:15

Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

Pele

08-02-2023 09:00

Ferida cirúrgica

Localização da ferida cirúrgica

Mão Direita(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 5.00 cm.

Profundidade da lesão tegumentar: 3.00 cm.

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível, fio não absorvível.

Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 4.

Tecido / estrutura afetada: pele, tecido subcutâneo, músculo / fáscia.

08-02-2023 09:45

Localização da ferida cirúrgica

Mão Direita(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 5.00 cm [MANTEVE].

Largura da lesão tegumentar: 0.10 cm.

Profundidade da lesão tegumentar: 3.00 cm [MANTEVE].

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 4.

08-02-2023 11:00

Localização da ferida cirúrgica

Mão Direita(o)

Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua.

Material de sutura da lesão tegumentar: fio não absorvível.

Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 5.

08-02-2023 12:15

Localização da ferida cirúrgica

Mão Direita(o)

08-02-2023 13:15

Localização da ferida cirúrgica

Mão Direita(o)

08-03-2023 13:15

Localização da ferida cirúrgica

Mão Direita(o)

Metabolismo

08-02-2023 09:00

Glicemia capilar: 104 mg/dl.

08-02-2023 09:45

Glicemia capilar: 98 mg/dl.

Glicemia= 104mg/dl [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 11:00

Glicemia capilar: 91 mg/dl.

08-02-2023 12:15

Glicemia capilar: 101 mg/dl.

Termorregulação

08-02-2023 09:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.20 °C.

08-02-2023 09:45

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.00 °C.

Normotermia [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 11:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 35.90 °C.

08-02-2023 12:15

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.30 °C.

Transferir-se

08-02-2023 12:15

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Nenhum - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

Independente no transferir-se da cama para o cadeirão [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

Alimentar-se

08-02-2023 12:15

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Prepara os alimentos para a refeição.

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Organiza os alimentos para a refeição.

Independente no alimentar-se [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

Autogestão do regime medicamentoso

08-02-2023 12:15

Organiza a medicação conforme horário

Dispositivo: Nenhum - Organiza a medicação conforme horário.

Prepara a medicação conforme a dose

Dispositivo: Nenhum - Prepara a medicação conforme a dose.

Administra a medicação pela via adequada

Dispositivo: Nenhum - Administra a medicação pela via adequada.

Ajusta a medicação de acordo com autovigilância

Dispositivo: Nenhum - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

Armazena a medicação de acordo com as recomendações técnicas

Dispositivo: Nenhum - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso adquirido [RESOLVIDO]

08-03-2023 13:15

08-02-2023 13:15

Organiza a medicação conforme horário

Dispositivo: Nenhum - Organiza a medicação conforme horário.

Prepara a medicação conforme a dose

Dispositivo: Nenhum - Prepara a medicação conforme a dose.

Administra a medicação pela via adequada

Dispositivo: Nenhum - Administra a medicação pela via adequada.

Ajusta a medicação de acordo com autovigilância

Dispositivo: Nenhum - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

Armazena a medicação de acordo com as recomendações técnicas

Dispositivo: Nenhum - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

09-02-2023 15:00

Organiza a medicação conforme horário

Dispositivo: Nenhum - Organiza a medicação conforme horário.

Prepara a medicação conforme a dose

Dispositivo: Nenhum - Prepara a medicação conforme a dose.

Administra a medicação pela via adequada

Dispositivo: Nenhum - Administra a medicação pela via adequada.

Ajusta a medicação de acordo com autovigilância

Dispositivo: Nenhum - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

Armazena a medicação de acordo com as recomendações técnicas

Dispositivo: Nenhum - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Conhecimento

16-01-2023 10:00

Conhecimento sobre preparação pré cirúrgica da pele precisa ser melhorado;

Conhecimento sobre jejum pré-operatório precisa ser melhorado;

Conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório precisa ser melhorado;

Potencialidade para melhorar conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele; [RESOLVIDO] 08-02-2023 09:45

Potencialidade para melhorar conhecimento sobre jejum pré-operatório; [RESOLVIDO] 08-02-2023 09:45

Potencialidade para melhorar conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório; [RESOLVIDO] 08-02-2023 09:45

07-02-2023 09:30

O cliente verbaliza conhecimento sobre banho pré-cirúrgico

O cliente verbaliza conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele

O cliente verbaliza conhecimento sobre jejum pré-operatório

O cliente verbaliza conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório

Conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele adequado [RESOLVIDO]

08-02-2023 09:45

Conhecimento sobre jejum pré-operatório adequado [RESOLVIDO] 08-02-2023 09:45

Conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório adequado [RESOLVIDO] 08-02-2023 09:45

08-02-2023 09:00

O cliente verbaliza conhecimento sobre acompanhamento por adulto responsável no pós-operatório e 24h seguintes

08-02-2023 12:15

Conhecimento sobre cuidados no pós-operatório necessita ser melhorado

Conhecimento sobre cuidados no pós-operatório adquirido [RESOLVIDO] 08-03-2023 13:15

08-02-2023 13:15

Cliente verbaliza conhecimento sobre cuidados no pós-operatório

09-02-2023 15:00

Conhecimento sobre cuidados no pós-operatório adquirido

3.6.1. Objetivos e prioridades no planejamento dos cuidados

1ª Sessão: Consulta de enfermagem pré-operatória

DOMINIO: Conhecimento

- Potencial para melhor conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele

Objetivo: Promover conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele

- Potencial para melhor conhecimento sobre jejum pré-operatório

Objetivo: Promover conhecimento sobre jejum pré-operatório

- Potencial para melhorar conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório;

Objetivo: Promover conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório

2ª Sessão - Consulta de enfermagem telefónica pré-operatória -24horas

DOMINIO: Conhecimento - Resolvido

- Conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele adequado;
- Conhecimento sobre jejum pré-operatório adequado;
- Conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório adequado.

3ª Sessão - Admissão do cliente no Bloco Ambulatório

DOMINIO: Processo psicológico: emoção

- Ansiedade

Objetivo: Promover o treino do pensamento positivo e do autocontrolo da ansiedade

DOMINIO: Conhecimento - Resolvido

- Conhecimento sobre acompanhamento por adulto responsável no pós-operatório e 24h seguintes adequado.

4ª Sessão - Intra-operatório

DOMINIO: Sistema Respiratório

- Ventilação comprometida

Objetivo: Detetar precocemente alteração do padrão respiratório

- Limpeza da via aérea pode estar comprometida

Objetivo: Promover a limpeza da via aérea se necessário

DOMINIO : Sistema cardiovascular

- Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

Objetivo: Detetar precocemente sinais de comprometimento da perfusão dos tecidos periféricos

- Processo neurovascular comprometido

Objetivo: Detetar precocemente sinais de comprometimento vascular

- Perda Sanguínea

Objetivo: Detetar precocemente sinais de perda sanguínea

DOMINIO: Metabolismo

Objetivo: Prevenir hipoglicemia e hiperglicemia

DOMINIO: Termorregulação

-Normotermia

Objetivo: Prevenir hipotermia

DOMINIO: Processo neuromuscular: consciência

- Consciência comprometida

Objetivo: Detetar precocemente alterações do estado de consciência

- Sedação

Objetivo: Monitorizar sedação

DOMINIO: Sondas, drenos e cateteres

-Cateter Venoso Periférico

Objetivo: Detetar precocemente sinais de complicação relacionados com o CVP

DOMINIO: Pele - Ferida cirúrgica

- Ferida cirúrgica presente na mão direita

Objetivo: Executar cuidados à ferida cirúrgica

5ª Sessão - Pós-operatório imediato

DOMINIO: Sistema Respiratório

Objetivo: Detetar precocemente alteração do padrão respiratório

DOMINIO : Sistema cardiovascular

-Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

Objetivo: Detetar precocemente sinais de comprometimento da perfusão dos tecidos periféricos

- Processo neurovascular comprometido

Objetivo: Detetar precocemente sinais de comprometimento vascular

- Perda Sanguínea

Objetivo: Detetar precocemente sinais de perda sanguínea

DOMINIO: Metabolismo

Objetivo: Prevenir hipoglicemia e hiperglicemia

DOMINIO: Termorregulação

-Normotermia

Objetivo: Prevenir hipotermia

DOMINIO: Digestão

- Náusea ausente

Objetivo: Prevenir náusea

DOMINIO: Pele - Ferida cirúrgica

- Ferida cirúrgica presente na mão direita

Objetivo: Vigiar penso da ferida cirúrgica

DOMINIO: Dor

Objetivo: Detetar precocemente sinais e sintomas de dor

DOMINIO: Sondas, drenos e cateteres

-Cateter Venoso Periférico

Objetivo: Detetar precocemente sinais de complicação relacionados com o CVP

6ª Sessão - Pós-operatório tardio

DOMINIO: Sistema Respiratório

Objetivo: Detetar precocemente alteração do padrão respiratório

DOMINIO : Sistema cardiovascular

-Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

Objetivo: Detetar precocemente sinais de comprometimento da perfusão dos tecidos periféricos

- Processo neurovascular comprometido

Objetivo: Detetar precocemente sinais de comprometimento vascular

- Perda Sanguínea

Objetivo: Detetar precocemente sinais de perda sanguínea

DOMINIO: Metabolismo

Objetivo: Prevenir hipoglicemia e hiperglicemia

DOMINIO: Termorregulação

-Normotermia

Objetivo: Prevenir hipotermia

DOMINIO: Digestão

- Náusea ausente

Objetivo: Prevenir náusea

DOMINIO: Pele - Ferida cirúrgica

- Ferida cirúrgica presente na mão direita

Objetivo: Vigiar penso da ferida cirúrgica

DOMINIO: Dor

Objetivo: Detetar precocemente sinais e sintomas de dor

DOMINIO: Autogestão do regime medicamentoso

-Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

Objetivo: Promover conhecimento sobre regime medicamentoso

DOMINIO: Conhecimento

-Potencial para melhor conhecimento sobre cuidados no pós-operatório

Objetivo: Promover conhecimento sobre cuidados no pós-operatório

DOMINIO: Autocuidado (transferir-se e alimentar-se)

-Independente no transferir-se da cama para o cadeirão

-Independente no alimentar-se

Objetivo: Promover os autocuidados transferir-se e alimentar-se

DOMINIO: Sondas, drenos e cateteres

-Cateter Venoso Periférico

Objetivo: Detetar precocemente sinais de complicação relacionados com o CVP

7ª Sessão - Alta de enfermagem

DOMINIO: Pele - Ferida cirúrgica

-Ferida cirúrgica presente na mão direita

Objetivo: Promover o conhecimento sobre cuidados e complicações da ferida cirúrgica

DOMINIO: Dor

Objetivo: Promover a analgesia controlada pelo cliente

DOMINIO: Autogestão do regime medicamentoso

-Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso adquirido

Objetivo: Autogestão do regime medicamentoso executado com eficácia

DOMINIO: Conhecimento

-Conhecimento sobre cuidados no pós-operatório adquirido

Objetivo: Promover conhecimento sobre cuidados no pós-operatório

DOMINIO: Sondas, drenos e cateteres

-Cateter Venoso Periférico

Objetivo: Retirar CVP

8ª Sessão - Consulta de enfermagem telefónica pós-operatória -24horas

DOMINIO: Pele - Ferida cirúrgica

-Ferida cirúrgica presente na mão direita

Objetivo: Promover o conhecimento sobre cuidados e complicações da ferida cirúrgica

DOMINIO: Dor

Objetivo: Promover a analgesia controlada pelo cliente

DOMINIO: Autogestão do regime medicamentoso

-Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso adquirido

Objetivo: Autogestão do regime medicamentoso executado com eficácia

DOMINIO: Conhecimento

-Conhecimento sobre cuidados no pós-operatório adquirido

Objetivo: Promover conhecimento sobre cuidados no pós-operatório

9ª Sessão - Consulta de enfermagem telefónica pós-operatória -30 dias

DOMINIO: Pele - Ferida cirúrgica

-Ferida cirúrgica presente na mão direita

-Registrar sinais de complicação da ferida cirúrgica

Objetivo: Promover o conhecimento sobre cuidados e complicações da ferida cirúrgica

DOMINIO: Conhecimento

-Conhecimento sobre cuidados no pós-operatório adquirido

Objetivo: Promover conhecimento sobre cuidados no pós-operatório

ERRATA:

1º Sessão: Consulta de enfermagem pré-operatória

DOMINIO: Emoção-Ansiedade

Objetivo:

- Promover o nível de conhecimento sobre o circuito no perioperatório;
- Promover o nível de conhecimento sobre os cuidados no perioperatório;

3.7. Diagnósticos

Consciência

08-02-2023 09:00

Consciência comprometida [RESOLVIDO] 08-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciência [FIM] 08-02-2023 11:00

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [FIM] 08-02-2023 09:45

Sedação [RESOLVIDO] 08-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar a evolução da anestesia [FIM] 08-02-2023 11:00

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do posicionamento cirúrgico [FIM] 08-02-2023 11:00

08-02-2023 09:45 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos (15 em 15 minutos) [FIM]

08-02-2023 11:00

Dor

08-02-2023 09:45

Dor [RESOLVIDO] 08-03-2023 13:15

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:45 - Avaliar evolução da dor [FIM] 08-03-2023 13:15

08-02-2023 09:45 - Gerir analgesia [FIM] 08-03-2023 13:15

08-02-2023 11:00 - Aplicar frio [FIM] 08-03-2023 13:15

08-02-2023 13:15

Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente adquirido [RESOLVIDO]

08-03-2023 13:15

Sistema respiratório

08-02-2023 09:00

Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 08-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da ventilação [FIM] 08-02-2023 11:00

08-02-2023 09:00 - Iniciar oxigenoterapia [FIM] 08-02-2023 09:45

08-02-2023 09:45

Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 08-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [FIM] 08-02-2023 11:00

08-02-2023 12:15 - Avaliar evolução da ventilação

08-02-2023 12:15 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

Sistema cardiovascular

08-02-2023 09:00

Perfusão dos tecidos periféricos comprometida [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [FIM] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 12:15 - Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos [FIM]

08-02-2023 13:15

08-02-2023 09:00 - Manter temperatura corporal [FIM] 08-02-2023 09:45

08-02-2023 11:00 - Referenciar compromisso da perfusão dos tecidos periféricos ao médico [FIM] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 09:45

Processo neurovascular comprometido [RESOLVIDO] 08-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:45 - Avaliar evolução de sinais de compromisso neurovascular [FIM]

08-02-2023 11:00

08-02-2023 11:00

Sem perda sanguínea [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 11:00 - Avaliar perda sanguínea [FIM] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 12:15 - Avaliar evolução de sinais de compromisso neurovascular

Digestão

08-02-2023 11:00

Náusea [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 11:00 - Avaliar evolução da náusea [FIM] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 12:15 - Referenciar náusea ao médico [FIM] 08-02-2023 13:15

08-02-2023 11:00 - Planejar dieta [FIM] 08-02-2023 13:15

Pele

08-02-2023 09:00

Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [FIM] 08-02-2023 12:15

08-03-2023 13:15 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 08-03-2023 13:15

08-02-2023 09:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [FIM] 08-02-2023 11:00

08-02-2023 09:00 - Suturar ferida [FIM] 08-02-2023 11:00

08-02-2023 09:00 - Aplicar penso de ferida [FIM] 08-02-2023 11:00

08-03-2023 13:15 - Vigiar sinais de infecção da ferida cirúrgica

Metabolismo

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da glicemia

08-02-2023 09:45

Glicemia= 104mg/dl [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

Termorregulação

08-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

08-02-2023 09:45

Normotermia [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 11:00 - Avaliar a evolução da temperatura corporal periférica [FIM]

08-02-2023 13:15

Transferir-se

08-02-2023 12:15

Independente no transferir-se da cama para o cadeirão [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 12:15 - Supervisionar o transferir-se da cama para o cadeirão. [FIM]

08-02-2023 13:15

Alimentar-se

08-02-2023 12:15

Independente no alimentar-se [RESOLVIDO] 08-02-2023 13:15

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 12:15 - Supervisionar dieta [FIM] 08-02-2023 13:15

Autogestão do regime medicamentoso

08-02-2023 12:15

Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso adquirido [RESOLVIDO]

08-03-2023 13:15

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 12:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 09-02-2023 15:00

08-02-2023 12:15 - Ensinar sobre regime medicamentoso [FIM] 09-02-2023 15:00

08-02-2023 12:15 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [FIM] 09-02-2023 15:00

08-02-2023 12:15 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia [FIM] 09-02-2023 15:00

Conhecimento

16-01-2023 10:00

Potencialidade para melhorar conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele; [RESOLVIDO] 08-02-2023 09:45

Intervenções de Enfermagem

16-01-2023 10:00 - Ensinar sobre preparação pré-cirúrgica da pele (Norma DGS 020/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico; [FIM] 08-02-2023 09:45

Potencialidade para melhorar conhecimento sobre jejum pré-operatório;

[RESOLVIDO] 08-02-2023 09:45

Intervenções de Enfermagem

16-01-2023 10:00 - Ensinar sobre jejum pré-operatório: jejum de seis horas para refeições ligeiras e leite, sumos com polpa quatro horas, líquidos claros sem polpa e água até 100ml até duas horas antes da cirurgia; [FIM] 08-02-2023 09:45

Potencialidade para melhorar conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório; [RESOLVIDO] 08-02-2023 09:45

Intervenções de Enfermagem

16-01-2023 10:00 - Informar o utente sobre o circuito organizacional da cirurgia de ambulatório; [FIM] 08-02-2023 09:45

16-01-2023 10:00 - Providenciar folheto informativo sobre circuito organizacional da CA; [FIM] 08-02-2023 09:45

16-01-2023 10:00 - Informar sobre acesso a comunicação (telemóvel); [FIM] 08-02-2023 09:45

16-01-2023 10:00 - Informar sobre necessidade de acompanhante disponível nas primeiras 24h após a cirurgia; [FIM] 08-02-2023 09:45

07-02-2023 09:30

Conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele adequado [RESOLVIDO]

08-02-2023 09:45

Conhecimento sobre jejum pré-operatório adequado [RESOLVIDO] 08-02-2023 09:45

Conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório adequado [RESOLVIDO] 08-02-2023 09:45

08-02-2023 12:15

Conhecimento sobre cuidados no pós-operatório adquirido [RESOLVIDO] 08-03-2023 13:15

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 12:15 - Ensinar sobre cuidados no pós-operatório: evitar molhar o penso, aquando do banho; fazer exercício com os dedos; manter a mão acima do nível do cotovelo, recorrendo a um lenço ou uma ligadura; não fazer esforços com o membro operado nem carregar objetos pesados; aplicar gelo nas primeiras 24h, se houver indicação médica; seguir as instruções do Boletim de Enfermagem para a execução do penso cirúrgico; cumprir o regime medicamentoso. [FIM] 09-02-2023 15:00

08-02-2023 12:15 - Ensinar sobre sinais de alerta: não conseguir urinar após várias horas; o intestino não funcionar ao fim de três dias; manter dores intensas após ter tomado analgésicos; manter febre superior a 38º C; hemorragia abundante (perda de sangue) pelo penso cirúrgico. [FIM] 09-02-2023 15:00

3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Ensinar sobre preparação pré-cirúrgica da pele (Norma DGS 020/2015)- “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico

- Avaliar conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele

Ensinar sobre jejum pré-operatório: jejum de seis horas para refeições ligeiras e leite, sumos com polpa quatro horas, líquidos claros sem polpa e água até 100ml até duas horas antes da cirurgia

- Entregar folheto informativo sobre jejum pré-operatório

- Avaliar evolução do conhecimento sobre jejum pré-operatório (2ª sessão)

Informar o utente sobre o circuito organizacional da cirurgia de ambulatório

- Providenciar folheto informativo sobre circuito organizacional da CA;

- Informar sobre acesso a comunicação (telemóvel);
- Informar sobre necessidade de acompanhante disponível nas primeiras 24h após a cirurgia;
- Providenciar folheto relativo ao guia do cliente na cirurgia de ambulatório.
- Entregar folheto informativo sobre jejum pré-operatório

Ensinar sobre cuidados no pós-operatório: evitar molhar o penso, aquando do banho; fazer exercício com os dedos; manter a mão acima do nível do cotovelo, recorrendo a um lenço ou uma ligadura; não fazer esforços com o membro operado nem carregar objetos pesados; aplicar gelo nas primeiras 24h, se houver indicação médica; seguir as instruções do Boletim de Enfermagem para a execução do penso cirúrgico; cumprir o regime medicamentoso.

- Entregar folheto informativo sobre cuidados no pós-operatório;

Ensinar sobre sinais de alerta: não conseguir urinar após várias horas; o intestino não funcionar ao fim de três dias; manter dores intensas após ter tomado analgésicos; manter febre superior a 38º C; hemorragia abundante (perda de sangue) pelo penso cirúrgico.

- Entregar folheto informativo sobre cuidados no pós-operatório;

4. INJEÇÃO INTRAVITREA

9548_2_e4nusing_2

4.1. Enquadramento teórico

4.1.1. Anatomia e fisiologia do olho

A oftalmologia é uma área da medicina que à semelhança de outras, está em plena evolução, tendo-se verificado nas últimas décadas o desenvolvimento de novas técnicas e equipamentos.

O olho é o órgão do nosso corpo que permite captar imagens, sendo responsável pelo processo da visão.

Qualquer dano que possa ocorrer neste órgão implica uma perda de acuidade visual que pode ter como consequências limitações graves que interferem com a vida do cliente.

O olho é constituído por várias estruturas que fazem dele um órgão complexo.

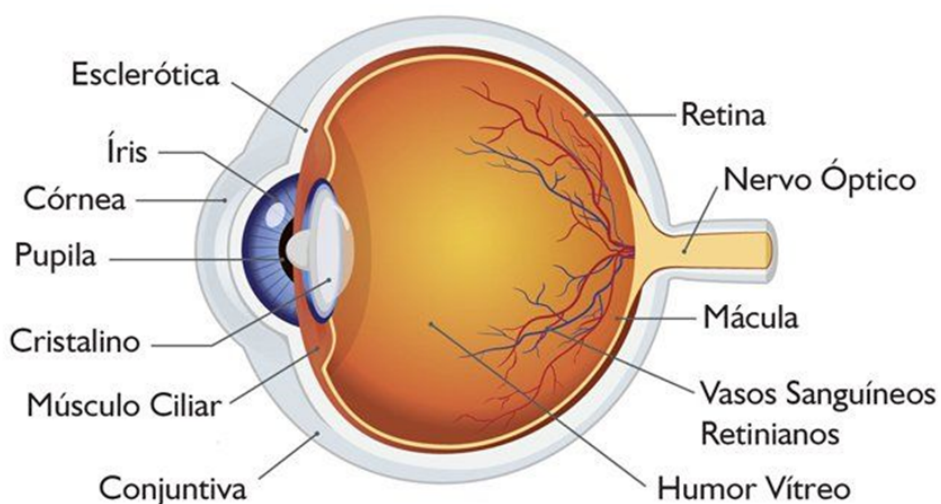


Figura 1 - Anatomia do olho

Rodrigues (2016) descreve o olho iniciando pela órbita como a cavidade óssea que contém o globo ocular, os músculos, nervos e vasos sanguíneos, bem como as estruturas que produzem e drenam as lágrimas.

A luz que incide no olho passa pela córnea, humor aquoso, pupila, cristalino e humor vítreo, até ser focada na retina. Nesta, os raios de luz são convertidos em impulsos elétricos, que através do nervo ótico são transmitidos para o cérebro, onde a imagem é interpretada pelo córtex cerebral.

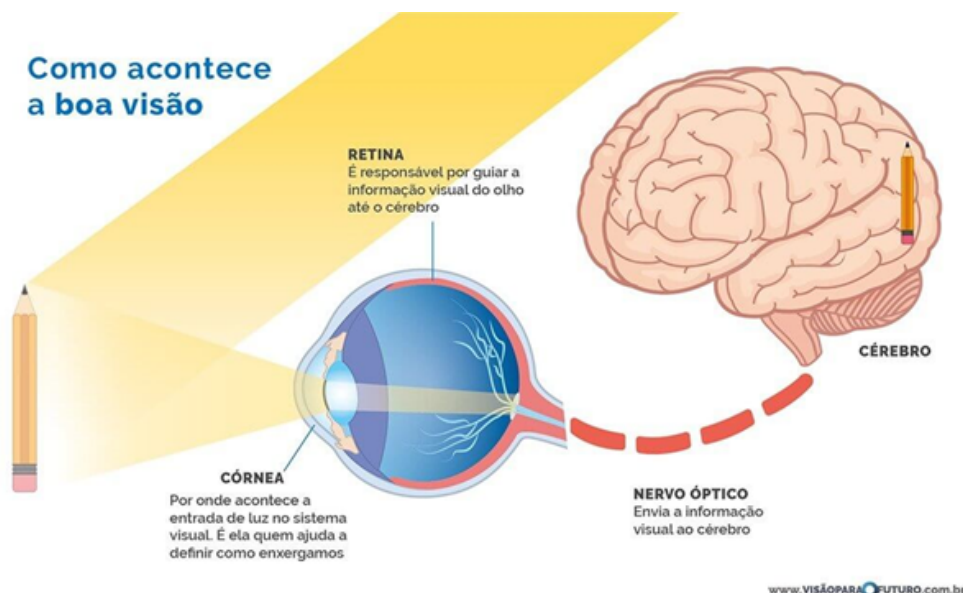


Figura 2- Esquema representativo do processo da visão

A mesma autora continua a descrição referindo que o globo ocular divide-se em dois segmentos. O segmento anterior (frontal) que se estende desde a córnea até à superfície frontal do cristalino e é preenchido pelo humor aquoso e o segmento posterior (dorsal) que se estende desde a parte de trás da superfície do cristalino até à retina e é preenchido pelo humor vítreo. A pressão gerada por estes fluidos preenche o globo ocular e são responsáveis pela sua forma.

O segmento anterior é dividido ainda em duas câmaras: a câmara anterior (frontal) que se estende da córnea à íris e a câmara posterior (dorsal) que se estende da íris ao cristalino.

Normalmente, o humor aquoso é produzido na câmara posterior, flui lentamente através da pupila para a câmara anterior, e depois sai do globo ocular através do canal de Schlemm, localizado onde a íris encontra a córnea. A artéria oftálmica e a artéria central retiniana (a artéria que se ramifica a partir da artéria oftálmica) fornecem sangue para cada olho. De modo semelhante, a veias oftálmica (veias vórtex) e a veia central retiniana fazem a drenagem do sangue. Estes vasos sanguíneos entram e saem através do nervo ótico.

Rodrigues (2016), faz a seguinte descrição das características e funções das estruturas do sistema ótico:

Conjuntiva: membrana mucosa transparente que reveste a parte anterior do olho e a superfície interna das pálpebras.

Esclera: camada espessa composta por fibras de colagénio que protege cerca de 85% do globo

ocular. Corresponde à cor branca do olho.

Córnea: camada transparente que se encontra no segmento anterior do olho e permite que os raios de luz possam entrar no globo ocular através da pupila. Ocupa cerca de 15% do globo ocular.

Humor aquoso: situa-se no segmento anterior do olho, entre a córnea e a parte frontal do cristalino, nutrindo as estruturas internas. Permite a passagem de luz e não interfere no processo de focagem.

Íris: disco composto por fibras musculares e constituído por uma quantidade variável de pigmentos, dos quais depende a cor evidenciada para o exterior.

Pupila: abertura na íris, cujo grau de contração ou dilatação, alterado pela ação das fibras musculares da íris, regula a passagem dos raios luminosos até ao fundo do olho.

Corpo ciliar: estrutura constituída por fibras musculares que formam o músculo ciliar, ligada ao cristalino através de um ligamento, cuja contração altera a curvatura da lente de modo a possibilitar a incidência dos raios luminosos sobre a retina. O corpo ciliar é igualmente constituído por formações vasculares encarregues da secreção do humor aquoso.

Cristalino: estrutura flexível que tem como principal função a focagem da luz na retina, funcionando como uma lente. A sua forma é controlada pelo músculo ciliar através das fibras zonulares, tornando o cristalino mais espesso ou mais fino para focar em objetos mais próximos ou distantes, respetivamente.

Humor vítreo: situa-se no segmento posterior do olho. Líquido com aspeto gelatinoso composto por, aproximadamente, 99% de água e 1% de colagénio e ácido hialurónico. Estrutura que fornece a forma arredondada ao olho.

Retina: estrutura celular transparente que se situa na parte mais interna do olho. Converte a luz em impulsos nervosos que são transportados para o cérebro através do nervo ótico.

Mácula: área pequena e especializada da retina, com alta sensibilidade e responsável pela visão central.

Nervo ótico: as fibras nervosas dos fotorrecetores agrupam-se para formar o nervo ótico que conecta cada olho ao cérebro enviando informação visual para ser processada. É também onde a principal artéria e veia emergem para irrigar a retina.

Coroide: camada tecidual que se encontra entre a retina e a esclera e tem um fornecimento de vasos sanguíneos que nutrem a retina.

4.1.2. Retina

A cliente referida no presente caso possui como diagnóstico uma retinopatia diabética com

edema macular o que a leva à necessidade de recorrer ao tratamento com injeção intravítrea de Beovu (fármaco que será descrito no capítulo para ele destinado).

Assim torna-se relevante descrever o funcionamento da retina para compreender o disfuncionamento desta estrutura gerada pela patologia referida.

Recorre-se para tal uma vez mais ao trabalho de Rodrigues (2016) para fazer a análise a esta estrutura do olho.

A retina é uma membrana nervosa que se situa na camada interna da parede do globo ocular. A sua função consiste na receção de uma impressão luminosa, a realização da transdução, a transmissão ao nervo ótico, e por fim para o cérebro. A retina é composta por dez camadas de células especializadas e cinco tipos de neurónios: fotorreceptores, células bipolares, células ganglionares, células horizontais e células amácrinas.

Os fotorreceptores podem ser divididos em dois tipos: cones e bastonetes. Os cones são menos sensíveis à luz, funcionam em condições bem iluminadas e são responsáveis pela visão fotópica. Os bastonetes são bastante sensíveis à luz significando que precisam de poucos fotões para serem ativados. São responsáveis pela visão escotópica e fornecem a visão preto/branco. Além disso, os cones existem em maior densidade na zona da mácula sendo por isso responsáveis pela visão central, enquanto os bastonetes se encontram em maior número da retina periférica sendo responsáveis pela visão periférica.

Quando existem lesões em zonas periféricas da retina, apenas a visão periférica é afetada e o doente pode não se aperceber das consequências das lesões, porém, se a mácula possuir lesões, a visão central é danificada e as consequências são facilmente perceptíveis. Na retina humana existem 120 milhões de bastonetes e 6 milhões de cones.

Cada fotorreceptor é dividido num segmento externo e interno compostos, respetivamente, por discos membranosos que contêm fotopigmentos e por núcleos celulares que dão origem aos terminais sinápticos que contactam com as células horizontais ou bipolares. Existe uma terceira classe de fotorreceptores, as células ganglionares fotossensíveis que são estimuladas pela luz quando os cones e bastonetes se encontram bloqueados. As células bipolares são responsáveis pela conexão dos fotorreceptores às células ganglionares, são orientadas verticalmente (perpendicular à superfície da retina) e são pós-sinápticas aos cones e bastonetes. As células ganglionares têm dendrites que realizam sinapses com as células bipolares. Os axónios das células ganglionares estendem-se para a camada de fibras nervosas da retina (CFNR), prolongando-se para o nervo ótico e terminando no cérebro. As células horizontais conectam as células bipolares umas às outras e são orientadas horizontalmente (paralelamente à retina). São o neurónio de interligação lateral na camada plexiforme externa (CPE) da retina e são responsáveis pelo ajustamento dos olhos de modo a estes terem a mesma acuidade visual em condições de alta/baixa luminosidade.

As células amácrinas conectam as células bipolares às células ganglionares e funcionam na camada plexiforme interna (CPI). Igualmente às células horizontais, as células amácrinas são orientadas horizontalmente e trabalham lateralmente, afetando o output das células bipolares. Cada tipo de célula amácrina conecta a um tipo específico de célula bipolar.

Além destas células, existem outras de suporte, as células da glia que se encontram intercaladas entre os axónios das células ganglionares e no nervo ótico.

A retina é mais fina no centro da fóvea devido à ausência de células ganglionares e bipolares, o que se traduz num contacto direto da luz com os fotorreceptores, aumentando a acuidade visual.

Os neurónios mencionados distribuem-se pelas dez camadas constituintes da retina e formam: a membrana limitante interna (MLI), que corresponde à camada mais interna, a camada de fibras nervosas da retina (CFNR), a camada de células ganglionares (CCG), a camada plexiforme interna (CPI), a camada nuclear interna (CNI), a camada plexiforme externa (CPE), a camada nuclear externa (CNE), a membrana limitante externa (MLE), a camada de fotorreceptores e o epitélio pigmentar da retina (EPR) que corresponde à camada mais externa.

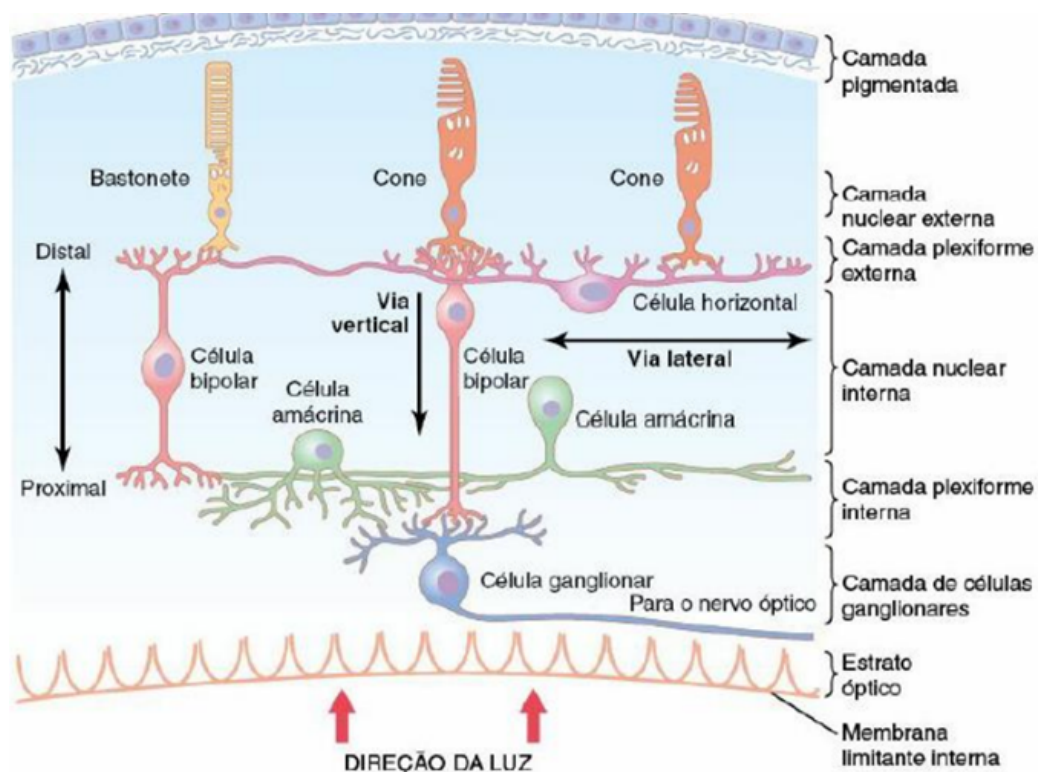


Figura 3- Função recetora e neural da retina

Os impulsos elétricos que vão para o cérebro surgem através da conversão da luz graças à fotorreção, transmissão para as células bipolares através de sinapses, transmissão para as células ganglionares e transmissão ao longo do nervo ótico.

De forma mais detalhada, na fotorreção, a luz atravessa as camadas internas da retina para

alcançar os fotorreceptores, que se situam na camada mais externa da retina. Os segmentos externos dos cones e bastonetes contêm fotopigmentos que vão capturar os fótons de luz, iniciando a sinalização neuronal, enquanto os segmentos internos contêm o terminal do axónio, onde o neurotransmissor é libertado para as células bipolares. De seguida, a transmissão de sinapses através de células bipolares, os segmentos externos dos cones e bastonetes realizam a transdução da luz e enviam o sinal resultante através dos seus corpos celulares na CNE para os seus axónios na CPE. Nesta camada, os axónios dos fotorreceptores contactam as dendrites tanto das células bipolares e horizontais, sendo que as células horizontais ajudam no processamento de sinal. Por fim, a transmissão para células ganglionares, as células bipolares na CNI vão processar o input dos fotorreceptores e células horizontais, que transmitem o sinal para os seus axónios. Na CNI, os axónios bipolares contactam as dendrites das células ganglionares e células amácrinas, através de sinapses. Por último, ocorre a transmissão ao longo do nervo ótico, onde as células ganglionares da CCG, que continuam através dos seus axónios para a CFNR convergem a um ponto nasal central da retina, formando o nervo ótico. Estes axónios atravessam em direção ao núcleo geniculado lateral no tronco cerebral. A partir do nervo ótico, os sinais nervosos são transmitidos para o cérebro, onde a visão é então interpretada.

Os dois nervos óticos correspondentes a cada um dos olhos, encontram-se no quiasma ótico, uma área que se situa atrás dos olhos. No quiasma ótico, as fibras de cada nervo ótico dividem-se: as fibras nervosas que transmitem a informação do lado direito dos olhos cruzam para o lado esquerdo do cérebro e vice-versa, ou seja, o lado direito do cérebro recebe informação proveniente do campo visual esquerdo e o lado esquerdo do cérebro recebe informação do campo de visão direito. O centro destes campos de visão sobrepõe-se e essa sobreposição de visão denomina-se visão binocular.

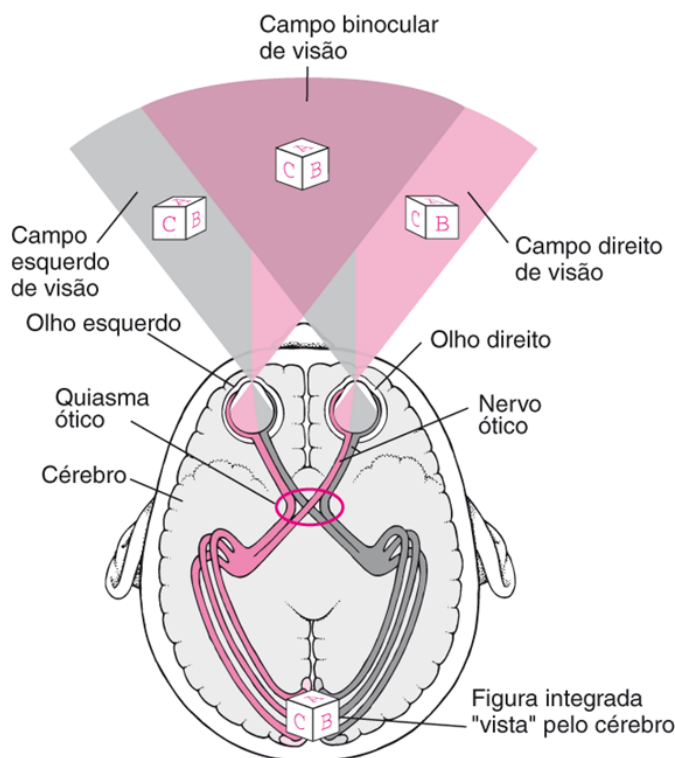


Figura 4- Fisiologia da visão

Um objeto é observado de diferentes ângulos por cada olho e mesmo na visão binocular, a informação que o cérebro recebe é diferente. Este processo é a base da visão stereo ou percepção de profundidade. O cérebro vai assim integrar a informação para produzir uma imagem.

Em relação à irrigação da retina, existem duas redes de vasos sanguíneos, a rede interior que fornece cerca de 35% dos nutrientes que a retina necessita e os seus vasos são visíveis nas imagens do fundo do olho e a rede exterior que contém vasos que usualmente não são visíveis nas imagens do fundo do olho, já que a sua localização se encontra na coróide e fornece grande parte dos nutrientes e oxigénio à retina (cerca de 65%).

4.1.3. *Patologias da retina*

A retina como qualquer outra estrutura do corpo humano pode desenvolver anomalias e disfunções que podem colocar em causa a sua efetividade e de modo direto influenciar a acuidade visual.

RETINOPATIA DIABÉTICA (RB)

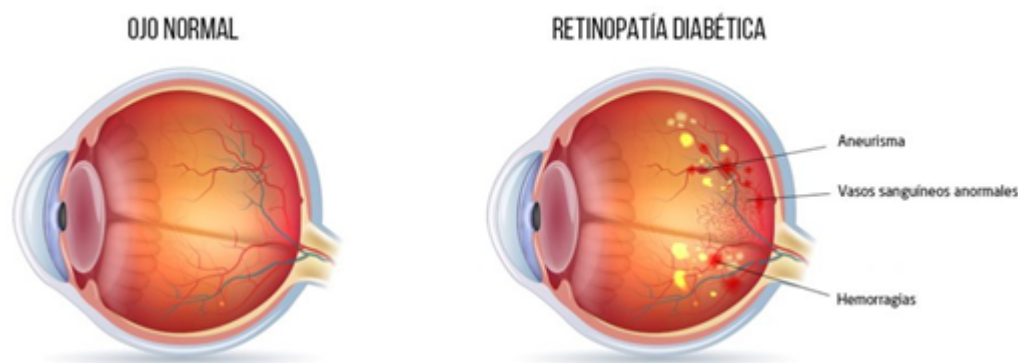


Figura 5- Esquema de comparação entre um olho saudável e olho com RB

A RD é uma das principais complicações microvasculares associadas à Diabetes Mellitus (DM) e a principal causa de cegueira na população ativa do mundo ocidental segundo Figueira (2015).

Esta patologia requer da oftalmologia a máxima atenção, quer pela sua prevalência, quer pelo impacto negativo que acarreta à função visual e por consequência à restrição ou dificuldades inerentes para os clientes que a possuem.

A prevalência de RB e a sua gravidade em clientes portadores de Diabetes Mellitus (DM) tipo I é maior, contudo como o número de clientes portadores de DM tipo II é mais elevado, é neste grupo que se concentra a maioria dos clientes com RB e as complicações que lhe estão associadas.

Figueira (2014) anuncia que se verifica uma redução da RB, provavelmente devido à melhoria no diagnóstico e tratamento da DM, contudo este dado vê-se contrariado pelo aumento desta doença a nível mundial.

Segundo este autor, os fatores de risco associados à RB são a duração da DM (em clientes com DM tipo I tem-se verificado um aumento crescente da evolução da RB em simultâneo com o número de anos da doença), o controlo metabólico da diabetes, a hipertensão arterial e a dislipidemia.

A RB é caracterizada por alterações graduais e progressivas na microcirculação retiniana, com permeabilidade vascular aumentada, áreas de não perfusão retiniana e proliferação intraocular de vasos retinianos anormais (Reis, 2011). O controlo glicémico otimizado pode reduzir substancialmente o risco e a progressão da retinopatia.

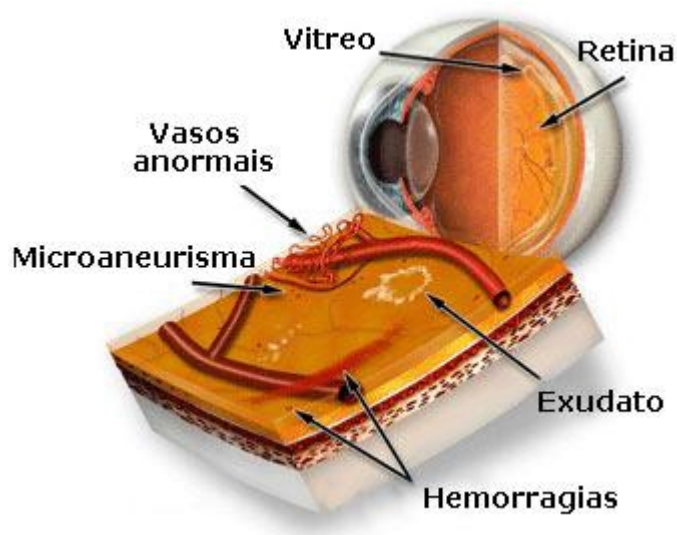


Figura 6- Olho com RD

Segundo Figueira (2014), considera-se o início clínico da retinopatia associada à DM a partir do momento em que são identificadas no fundo ocular lesões características desta doença. As primeiras alterações visíveis apresentam-se como pontos vermelhos (red dots) no polo posterior. Trata-se de microaneurismas, correspondendo a dilatações saculares na rede capilar retiniana profunda, ou de pequenas hemorragias punctiformes nas camadas profundas da retina, devido à rotura de microaneurismas ou de pequenos vasos mais frágeis. As hemorragias podem ser reabsorvidas com o tempo, assim como os microaneurismas podem sofrer oclusão e deixar de ser visíveis no exame clínico. O número total e, em especial, a taxa de formação de novos red dots, em particular de microaneurismas, constituem hoje importantes indicadores da progressão da doença.

A progressiva oclusão capilar e de vasos de maior calibre vai alterar o fluxo sanguíneo e a normal perfusão retiniana, dando origem a crescentes áreas de isquemia, na área macular e na retina mais periférica. Estas alterações da hemodinâmica e da perfusão retiniana são facilmente evidenciadas através da angiografia fluoresceínica.

A progressão das alterações vasculares, com crescentes áreas de isquemia, dá origem a vasos anormais como as anomalias microvasculares intra-retinianas e manchas algodinosas nas camadas superficiais da retina, que se devem à interrupção do fluxo axoplasmático.

A crescente isquemia e hipoxia celular nos estádios tardios da doença parecem ser responsáveis pela produção de fatores de crescimento, como a VEGF, que promovem a formação de novos vasos, característicos da forma proliferativa da doença.

A forma proliferativa da RD pode complicar-se, dando origem a apresentações clínicas ainda mais graves como a hemorragia vítrea ou a hemorragia pré-retiniana, causadas pela rotura dos neovasos e/ou descolamento da retina devido a tração exercida pela componente fibrovascular

presente nas formas mais agressivas da RD proliferativa, e finalmente o glaucoma neovascular em consequência da rubeose da íris associada a grave isquemia ocular.

A angiogênese ou neovascularização é o processo de formação dos vasos sanguíneos nos adultos e acontece devido à ação de vários fatores. O VEGF emerge como o fator de crescimento mais relevante, tanto nos tecidos adultos submetidos à angiogênese fisiológica, como na patológica (inflamação crônica, crescimento tumoral, retinopatia diabética e degeneração macular relacionada à idade). Os níveis intraoculares deste fator estão correlacionados com a gravidade da neovascularização na retinopatia diabética. Nesta patologia, temos a não perfusão retiniana devido à alteração na microcirculação, própria da microangiopatia diabética, associada à super-regulação do VEGF e da angiogênese retiniana.

A neovascularização possui importante papel em várias doenças oculares, em que o aumento da permeabilidade vascular ou o crescimento de neovasos estão envolvidos, tais como a retinopatia diabética proliferativa, a degeneração macular relacionada à idade (DMRI) forma exudativa, a retinopatia da prematuridade, o glaucoma neovascular e a oclusão de ramo ou da veia central da retina e o edema macular diabético.

As injeções intravítreas permitem a administração direta das mais variadas drogas (antibióticos, antivirais, antifúngicos, esteroides e agentes antifator de crescimento vascular endotelial, o VEGF) (Maluf, 2017).

Segundo Maluf (2017), as injeções intraoculares são cada vez mais frequentes como opções de tratamentos das doenças retinianas, podendo ser conjugadas com outras opções de tratamento.

EDEMA MACULAR

Segundo Reis (2011), o edema macular consiste no espessamento da região macular associado a uma acumulação de fluido devida a alterações da barreira hematorretiniana.

Os capilares deixam extravasar fluidos e solutos para os tecidos retinianos circundantes, que se acumulam na zona macular ameaçando a sua função. É uma das primeiras respostas da retina a uma grande variedade de agressões que pode surgir não só na DM, como também em olhos afáquicos, em situações de tração do vítreo sobre a região macular da retina, de inflamação intraocular e como resposta a fatores como a hipotonia ou fototoxicidade.

O quadro histopatológico desta condição é um acúmulo de líquido na camada plexiforme externa e nas camadas nucleares e plexiforme internas da retina. O aumento do teor de água do tecido da retina, caracterizando o edema macular, pode ser intracelular ou extracelular. A acumulação intracelular de fluido, também chamada de edema citotóxico, é uma alteração da distribuição celular iônica que conduz à produção em excesso de íons de sódio intracelulares. O acúmulo de líquido extracelular, que é mais frequente e clinicamente mais relevante, está diretamente associado a uma alteração da barreira hematorretiniana (edema vasogénico).

A presença da hiperglicemia produz um aumento de lactato, sorbitol e fosfatos surgindo o edema intracelular que provocará a formação de substâncias como o óxido nítrico, os radicais livres ou o VEGF (fator de crescimento vascular endotelial), originando lesões vasculares e rutura da barreira hematorretiniana interna com formação de edema extracelular. A rutura desta barreira, através dos capilares retinianos, não pode ser compensada pelos mecanismos de reabsorção existentes nos capilares sãos nem pelo epitélio pigmentar da retina.

Pode também haver uma disfunção da barreira hematorretiniana externa. O resultado é o acúmulo de líquido ao nível do espaço extracelular podendo surgir espaços quísticos na camada plexiforme externa acumulando-se, por vezes, por baixo da retina neurosensorial provocando assim o descolamento seroso da retina.

O edema macular diabético é classificado de acordo com o tamanho da lesão e sua proximidade com a mácula.

SINTOMATOLOGIA

A sintomatologia na RD, quando existente, é variável. Alguns clientes apresentam queixas de pequenos pontos ou linhas no seu campo visual, visão turva, fraca visão noturna e dificuldades em ambientar-se a alterações da intensidade luminosa tanto para luzes fortes como para fracas. Pode também provocar cegueira súbita, causada pelo sangramento dos vasos sanguíneos para o interior do vítreo, aparecendo como uma nuvem escura no olho podendo impedir assim a visão. A manifestação clínica mais relevante no edema macular diabético é a diminuição da visão central, associada a uma deformação das imagens que pode aparecer em estádios iniciais da doença. Podem também ocorrer sintomas de metamorfopsias e / ou micropsias (Reis,2011).

4.1.4. Tratamento

O melhor tratamento passa por prevenir o desenvolvimento da retinopatia fazendo um controlo dos níveis de glicemia, dos lípidos e da tensão arterial. Com o aparecimento dos sinais de RD é necessário combater o desenvolvimento da doença que pode ser feito através de diversos métodos como a fotocoagulação, a pantofotocoagulação, a vitrectomia e as injeções intravítreas.

Segundo Scheid et al (2021), o tratamento com injeção intravítrea de medicamentos supressores do fator de crescimento endotelial, anti-VEGF revolucionou o desfecho visual dos clientes graças a múltiplas aplicações mensais.

A precocidade do tratamento do edema macular é fundamental no resultado do mesmo. O tratamento mais utilizado tem sido as injeções intravítreas. Este deve ser iniciado antes de ocorrerem lesões graves e irreversíveis dos fotorreceptores e a rutura das células de Müller pois, caso contrário, o edema pode ser tratado mas o prognóstico para a função visual continua pobre.

A vitrectomia é usada em casos em que mais nenhuma outra terapêutica pode atuar.

Os agentes anti-VEGF têm-se mostrado muito eficazes no tratamento de várias patologias retinianas de elevada prevalência e morbidade pelo que a indicação para a sua administração aumentou.

4.1.5. Injeção intravítrea

A injeção intravítrea é o procedimento oftalmológico mais realizado no mundo. Esta técnica permite a administração de medicamentos no segmento posterior do olho, sendo a via de escolha para o tratamento da maioria das patologias coriorretinianas.

O olho, sendo um órgão exposto e com acesso fácil, oferece uma situação privilegiada para a farmacoterapia. A aplicação de um fármaco diretamente no olho minimiza a sua absorção sistêmica, evitando-se assim as eventuais complicações.

A injeção intravítrea permite a aplicação de drogas diretamente sobre o tecido retiniano.

Como qualquer outro procedimento invasivo, possui algumas desvantagens e riscos como a endoftalmite, a toxicidade ocular e retiniana do fármaco, e a curta meia-vida intraocular de muitas das drogas disponíveis para uso intravítreo.

No presente trabalho será abordado a injeção intravítrea com Beovu (brolucizumab).

Beovu contém a substância ativa brolucizumab. Segundo a European Medicines Agency (2022), este medicamento é utilizado para tratar a forma húmida da degenerescência macular relacionada com a idade, causada pela neovascularização coroideia (o crescimento anormal de vasos sanguíneos sob a mácula, que pode provocar derrame de fluido e sangue e causar edema); bem como a deficiência visual devido a edema macular causada pela diabetes.

Para o tratamento da visão reduzida devido à edema macular causada pela diabetes, Beovu é administrado por injeção no olho afetado, uma vez a cada 6 semanas, nas primeiras cinco doses. Posteriormente, Beovu deve ser administrado a cada 8 ou 12 semanas, dependendo da atividade da doença.

O tratamento com Beovu deve ser interrompido se o doente não tiver benefícios com o mesmo.

O Beovu está disponível no mercado sobre a forma de seringa pré-preparada e sobre a forma de frasco emeticamente fechado. No caso particular do Bloco Operatório no qual decorreu este estudo de caso, este medicamento encontra-se disponível sobre a forma de frasco emeticamente fechado. A preparação do fármaco para a administração é efetuada pela colaboração entre cirurgião e enfermeiros instrumentistas e circulantes. O procedimento é feito em meio assético.

PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

O cliente submetido a injeção intravítrea deve respeitar igualmente os princípios exigidos para cirurgia de ambulatório. Assim nenhum passo deve ser ignorado. Na cirurgia de ambulatório, para além do pequeno período de tempo que o enfermeiro perioperatório tem para fornecer a educação necessária ao cliente e família/pessoa significativa de forma a orientar a educação para a saúde, acresce um conjunto de fatores relativos a este regime cirúrgico, que o tornam um desafio acentuado. O enfermeiro deve avaliar o cliente e fornecer a educação necessária a cada interação com o cliente e a sua família/pessoa significativa.

Os cuidados no perioperatório visam a realização de um procedimento estéril com baixo risco de complicações, de forma confortável e segura para o cliente.

O cliente recebe a consulta pré-operatória 24 horas na qual é informado dos cuidados a ter no pré-operatório, o percurso na cirurgia de ambulatório e critérios para alta clínica. Esta consulta é executada telefonicamente pelo enfermeiro perioperatório.

No dia da cirurgia o cliente é admitido no Bloco Ambulatório pelo enfermeiro perioperatório e é avaliado o conhecimento sobre os cuidados no pré-operatório e verificado o acompanhamento para as 24 horas seguintes à cirurgia e regresso a casa.

São esclarecidas dúvidas, verificada a terapêutica pessoal e executados os registos: dados pessoais confirmados, contactos, terapêutica, alergias e outras questões relacionadas com o cliente que podem ser pertinentes para o sucesso dos cuidados.

Depois de se equipar devidamente com vestuário apropriado, o cliente é instalado na sala de preparação pré-operatória, são confirmados os dados pessoais e clínicos (ex. intervenção e lateralidade do procedimento), verificados os consentimentos para a intervenção e inicia-se a aplicação de gotas anestésicas (anestocil). Para garantir a eficácia da anestesia, a aplicação do colírio deve iniciar-se ao menos com dez minutos de antecedência, de seguida aplica-se uma gota a cada 3 minutos aproximadamente (Rodrigues, 2008). Recomenda-se a utilização de frascos novos de colírios para prevenir infeções por contaminação.

Antes da entrada do cliente na sala operatória é executada uma primeira desinfeção da pele em redor do olho a ser intervencionado. Essa desinfeção é feita com iodopovidona solução dérmica. No intraoperatório será repetido este procedimento antes da colocação do campo estéril assim como aplicada uma gota intraocular de iodopovidona solução dérmica diluída a 50% com soro fisiológico.

PROCEDIMENTO

Durante toda a preparação para o procedimento cirúrgico bem como durante e após a sua execução, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória coloca em prática as suas competências nomeadamente no cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, na medida em que capacita a

pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica.; promove cuidados à pessoa em situação perioperatória; desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional. Outra competência do enfermeiro está na maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica na medida em que demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório; lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios; promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório (Regulamento n.º 429/2018).

Posto isto, o cliente é posicionado em decúbito dorsal, com as mãos ao longo do corpo. Deve estar monitorizado para despiste de eventuais complicações.

É feita a limpeza mecânica dos cílios, da pálpebra, e da pele palpebral, com solução de iodopovidona dérmica e aplicada a gota de solução diluída no interior do olho. É colocado o campo estéril e exposto o campo cirúrgico com recurso a um blefarostato tal como mostra na figura.

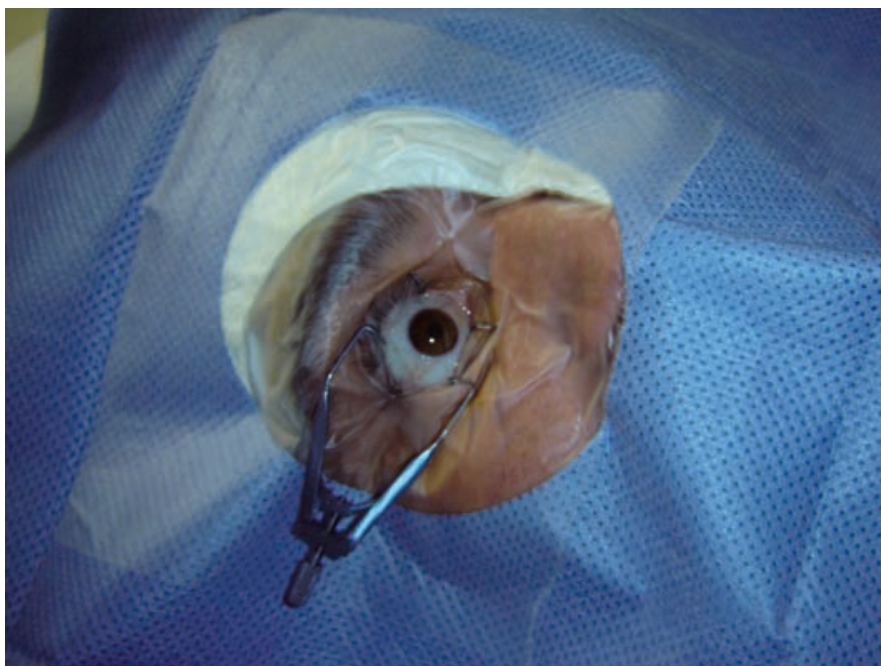


Figura 7 - Cliente posicionado no BO para injeção intravítrea.

A organização da equipa cirúrgica é fundamental para a minimização dos riscos de morbimortalidade durante o procedimento anestésico-cirúrgico pois como em todos procedimentos em saúde, podem ocorrer eventos adversos capazes de comprometer a segurança do cliente.

Para o procedimento o cirurgião e o enfermeiro instrumentista devem estar devidamente equipados esterilmente, o cirurgião executa a técnica de administração do fármaco na cavidade vítrea até 6 mm de profundidade de forma lenta e gradual. O enfermeiro assiste a todo o

procedimento e colabora nas necessidades.

O uso de técnica adequada e cuidados pré e pós-operatórios devem minimizar os riscos da injeção intravítrea e complicações como endoftalmite ou descolamento de retina. Os avanços na técnica de injeção intravítrea devem diminuir a incidência de complicações e melhorar a eficácia dessa abordagem (Rodrigues, 2008).

Terminada a intervenção, administra-se novamente uma gota do anestésico no olho. Retira-se toda a monitorização e equipamento cirúrgico e o cliente é conduzido, sentado em cadeira de rodas até à sala de cuidados pós-anestésicos onde aguardará em vigilância até que reúna condições para a alta clínica.

VIGILÂNCIA PÓS-OPERATÓRIA

Segundo Falavigna (2020), o cliente deve receber orientação quanto aos sinais de alarme para as principais complicações no pós-operatório e informações quanto ao acesso aos cuidados de saúde em caso de necessidade. A alta clínica é estipulada conforme o acompanhamento da patologia de base e do medicamento administrado. Os principais sintomas que devem ser enfatizados para os clientes são a dor ocular ou aumento gradual do desconforto, redução da visão, aumento da sensibilidade a luz e agravamento da hiperemia ocular. A observação de moscas volantes após a injeção é algo usual e dentro da normalidade. Deve evitar a manipulação ocular nos primeiros dias após o procedimento.

A avaliação da dor, é sempre uma intervenção crucial à alta clínica de modo que de acordo com a intervenção, dor e fármacos já administrados anteriormente, o enfermeiro deve dispor de alguma flexibilidade para administração de analgesia.

EVENTOS ADVERSOS APÓS INJEÇÃO INTRAVÍTREA

A identificação de fatores de risco e potenciais complicações na aplicação de drogas intravítreas constitui em um importante aspeto na farmacoterapia de doenças retinianas. Algumas das principais complicações, relacionadas à injeção intravítrea de drogas, incluem descolamento de retina, hemorragia vítrea, catarata, uveíte, hipertensão ocular ou endoftalmite infecciosa (Rodrigues, 2008).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 64 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-06-02 15:00:00	Anestocil (cloridrato de oxibuprocaína)	
2023-06-02 15:00:00	Iodopovidona solução dérmica	
2023-06-02 15:00:00	Beovu (brolucizumabe)	
2023-06-02 15:00:00	Paracetamol EV1g	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A administração de terapêutica ao cliente constitui uma intervenção interdependente na medida em que a prescrição farmacológica é feita pelo médico e a sua preparação e administração é feita pelo enfermeiro, sendo este o responsável final pelo medicamento que administra devendo, neste sentido conhecer as propriedades farmacológicas dos medicamentos e os seus efeitos no organismo e saber interpretá-los na situação concreta do cliente.

Assim, no presente trabalho, abordamos diferentes fármacos administrados em momentos distintos do percurso do cliente no BO.

A descrição dos fármacos abordados neste trabalho foi baseada nas indicações do INFARMED sobre os medicamentos e no Guia Farmacológico para Enfermeiros.

Beovu (brolucizumab):

A substância ativa de Beovu, o brolucizumab, é uma pequena porção de um anticorpo monoclonal. Um anticorpo monoclonal é um tipo de proteína que foi concebido para reconhecer e ligar-se a uma estrutura específica (chamada antigénio) que se encontra em determinadas células do organismo.

O brolucizumab foi concebido para se ligar e bloquear uma substância chamada fator A de crescimento do endotélio vascular (VEGF-A). O VEGF-A é uma proteína envolvida na formação e na função dos vasos sanguíneos. Os níveis aumentados desta proteína estão associados ao desenvolvimento da forma húmida da degenerescência macular relacionada com a idade e

deficiência visual devido a edema macular causada pela diabetes.

Ao bloquear o VEGF-A, o brolucizumab reduz o crescimento dos vasos sanguíneos e controla o derrame de fluido e o edema.

Os efeitos secundários mais frequentes associados a Beovu são a acuidade visual reduzida, catarata, hemorragia conjuntival e flocos vítreos (manchas na visão). Os efeitos secundários mais graves (que podem afetar 1 em cada 100 pessoas) são cegueira, endoftalmite (infecção no interior do olho), oclusão da artéria retiniana e descolamento da retina.

Beovu é contraindicado em doentes que tenham uma infeção ativa ou suspeita dentro ou à volta do olho e em doentes com inflamação ativa no interior do olho (European Medicines Agency, 2022).

Anestocil (cloridrato de oxibuprocaina):

Anestocil tem como substância ativa o cloridrato de oxibuprocaina, fármaco com ação anestésica superficial da córnea. Está indicado na anestesia de superfície ocular, quando necessário, em determinados atos médicos e procedimentos invasivos no olho.

São apresentados como efeitos indesejáveis, ao nível ocular: conjuntivites, edema corneal, úlcera da córnea, atraso na cicatrização corneal e queratite puntata.

Pode ocorrer, quando da instilação uma sensação de calor, ardor ou de picadas que, salvo o momentâneo desconforto, não representam qualquer problema.

Adicionalmente, o uso prolongado de anestésicos tópicos no olho, pode causar danos na córnea.

Ao nível do Sistema Nervoso Central, o abuso ou a sobredosagem do cloridrato de oxibuprocaina pode causar sedação, confusão, agitação, euforia, desorientação, perturbações auditivas, visuais ou da fala, parestesia, fasciculação e fibrilhação muscular e em casos mais graves, convulsões, depressão respiratória e coma.

Estes sintomas são muito raros nas doses terapêuticas.

Iodopovidona - diluída a 50% :

Betadine (Iodopovidona) solução cutânea é um anti-infeccioso de aplicação tópica na pele: anti-séptico e desinfetante.

Está indicado para a desinfecção de feridas, desinfecção da pele e mucosas. Adjuvante no tratamento ou profilaxia da infeção em micoses interdigitais (ex: pé de atleta). Também utilizado na desinfecção da pele e mucosas antes de intervenções cirúrgicas, injeções e punções.

A nível ocular, no bloco operatório é administrado diluído a 50% com soro fisiológico.

Paracetamol:

O paracetamol é um analgésico não opióide, usado para controlo da dor leve a moderada. Como reações adversas/efeitos laterais estão descritas a hipotensão, erupção cutânea e urticária muito raramente. Em indivíduos com doença hepática a sua administração deve ser ponderada. Importa transmitir a informação da hora da sua administração para se evitar sobredosagens.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica**Procedimento invasivo**

02-06-2023 15:00

Procedimento invasivo

Tipo de procedimento invasivo: Injeção Intravitrea.

Localização do Pulso

Punho Direita(o)

Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

Pulso de amplitude mediana e regular.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 135 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 74 mm Hg.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.10 °C.

02-06-2023 15:30

Tipo de procedimento invasivo: Injeção Intravitrea.

02-06-2023 15:45

Tipo de procedimento invasivo: Injeção Intravítrea OE.

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

O procedimento invasivo, inserido nos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica pretende documentar a cirurgia específica à qual a cliente se submeteu e da qual advêm especificidades.

O procedimento invasivo relatado neste documento é a injeção intravítrea com Beovu.

Esta intervenção é das mais frequentes da especialidade em vários países na cirurgia de ambulatório.

A definição e os detalhes cirúrgicos, médicos e de enfermagem estão descritos no complemento teórico.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
15-05-2023 14:15	Conhecimento	
02-06-2023 15:00	Visão	02-06-2023 15:30
02-06-2023 15:00	Dor	02-06-2023 15:30
02-06-2023 15:00	Sistema respiratório	02-06-2023 15:30
02-06-2023 15:00	Sistema cardiovascular	02-06-2023 15:30
02-06-2023 15:00	Mucosas	02-06-2023 15:30
02-06-2023 15:00	Metabolismo	02-06-2023 15:30
02-06-2023 15:00	Termorregulação	02-06-2023 15:30
02-06-2023 15:00	Transferir-se	02-06-2023 15:30
02-06-2023 15:00	Procedimento invasivo	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Conhecimento

O enfermeiro no decorrer do seu serviço profissional no perioperatório faculta ferramentas que visam facilitar todo o processo cirúrgico facultando informação e educação dirigida ao cliente e família/pessoa significativa, desde o pré-operatório até aos cuidados pós-operatórios no domicílio.

A cirurgia de ambulatório, exige, pelas suas particularidades uma intervenção ativa do enfermeiro perioperatório na educação para a saúde e informação ao cliente/ família/ pessoa significativa relativamente a toda a preparação e passagem pela cirurgia de ambulatório bem como todos os cuidados e alertas que estarão a cargo do cliente/ família/ pessoa significativa após a alta clínica. esta informação deve ser disponibilizada de forma lúcida e esclarecedora.

Segundo Gonçalves, Cerejo e Martins (2017), o impacto positivo da informação no período préoperatório, interfere na redução dos níveis de ansiedade, no tempo de recuperação cirúrgica e no recurso a analgesia bem como contribui para o aumento da satisfação e adesão ao tratamento.

Segundo a literatura, ao melhorar o ensino para a alta no pós-operatório, estima-se que 50% das readmissões hospitalares podem ser evitadas.

O domínio do conhecimento acompanha o cliente em toda a sua passagem na cirurgia de ambulatório e obriga a uma avaliação periódica sobretudo à medida que vão sendo introduzidas novas informações e efetuados ensinamentos.

Visão

A visão assume um papel importante como domínio central do ponto de vista do cliente.

A visão é o domínio que leva o cliente a recorrer aos cuidados de saúde neste caso particular e portanto os objetivos estão maioritariamente centrados neste campo com o objetivo de o melhorar tanto quanto possível.

Dor

A dor, é neste caso particular um domínio que surge como consequência direta da agressão emitida pelo ato cirúrgico ao organismo.

Neste caso particular foi aplicada a escala numérica da dor. A administração de terapêutica SOS para analgesia está condicionada pela correta e frequente avaliação da dor.

Sistema Respiratório

Neste caso particular este domínio surge apenas como foco de vigilância mas não persiste um diagnóstico uma vez que não se processou durante toda a intervenção cirúrgica nenhum ato que alterasse ou colocasse em causa o funcionamento habitual do padrão respiratório.

Sistema Cardiovascular

A par do sistema respiratório este domínio surge apenas como foco de vigilância mas não constituiu-se nenhum diagnóstico uma vez que não se processou durante toda a intervenção cirúrgica nenhum ato que alterasse ou colocasse em causa o funcionamento habitual do padrão circulatório.

Metabolismo

Para a segurança do doente no bloco operatório, é necessário contemplar indicadores como o controlo glicémico em doentes diabéticos e não diabéticos. A avaliação da glicose perioperatória e a administração de insulina em pacientes com hiperglicemia são alvos de qualidade importantes.

Termorregulação

O aquecimento do cliente cirúrgico e a monitorização da temperatura corporal durante o período perioperatório, constituem intervenções fundamentais para a prevenção e deteção precoce da hipotermia.

Pela rapidez do procedimento, a termorregulação não suscitou a abertura de um diagnóstico

tendo-se reduzido a vigilância.

Autocuidado Transferir-se

No pós-operatório a avaliação motora integra-se nas vigilâncias fundamentais ao cliente cirúrgico pelo que a capacidade em mobilizar o corpo entre duas superfícies próximas (transferência cama-cadeira de rodas/cadeirão), são dados importantes para o estabelecimentos de diagnóstico ou para a validação destes focos e assim permitir a tomada de decisões. A alta clínica está diretamente ligada à capacidade do cliente em resolver positivamente estes autocuidados no caso da sua prévia autonomia anteriormente à intervenção cirúrgica.

Procedimento Invasivo

A injeção intravítrea é a técnica que permite a administração de um fármaco em quantidades significativas diretamente sobre o tecido retiniano de uma forma simples e direta sem as consequências da absorção sistémica do medicamento.

Mucosas

A conjuntiva é uma membrana mucosa transparente que reveste a parte anterior do olho e a superfície interna das pálpebras. A injeção intravítrea realiza-se pela penetração da conjuntiva e da esclera o que produz uma ferida no local da punção.

ERRATA

No domínio da Emoção podemos levantar o diagnóstico de ansiedade que erradamente não foi selecionado na primeira secção.

4.6. Dados

Visão

02-06-2023 15:00

Acuidade visual

Esquerda(o): perda parcial aguda.

Visão comprometida [RESOLVIDO] 02-06-2023 15:30

02-06-2023 15:30

Acuidade visual

Esquerda(o): sem compromisso .

Dor

02-06-2023 15:00

Dor [RESOLVIDO] 02-06-2023 15:30

Localização da dor

Olho Esquerda(o)

Intensidade da dor - 2.
frequência da dor - contínua.
duração da dor - aguda.
dor de tipo - moedeira.

02-06-2023 15:30

Localização da dor
Olho Esquerda(o)
Intensidade da dor - sem dor.

Sistema respiratório

02-06-2023 15:00

Ritmo respiratório regular.
Movimento respiratório simétrico.
Profundidade da ventilação: inspirações normais.
Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
Saturação do oxigênio no sangue
Periférico(a): 99 %.
Coloração da mucosa: rosada.
Não comunica falta de ar.
Reflexo da tosse: presente.
Expele as secreções das vias aéreas.
Sons respiratórios: normais.

Sistema cardiovascular

02-06-2023 15:00

Localização do Pulso
Punho Direita(o)
Pulso de amplitude mediana e regular.
Pulso rítmico.
Pulso simétrico.
Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.
Local de avaliação da pressão sanguínea
Membro superior Esquerda(o)
Pressão sanguínea sistólica: 121 mm Hg.
Pressão sanguínea diastólica: 75 mm Hg.
Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.
Localização da dor
Olho Esquerda(o)
Intensidade da dor - 3.
frequência da dor - contínua.
duração da dor - aguda.
dor de tipo - moedeira.

Mucosas

02-06-2023 15:00

Ferida cirúrgica presente na mucosa do olho esquerdo [RESOLVIDO] 02-06-2023 15:30

Metabolismo

02-06-2023 15:00

Glicemia capilar: 112 mg/dl.

Termorregulação

02-06-2023 15:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.10 °C.

Transferir-se

02-06-2023 15:00

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Nenhum - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

mobiliza-se entre duas superfícies com ajuda

Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 02-06-2023 15:30

Conhecimento

15-05-2023 14:15

Conhecimento sobre preparação pré cirúrgica da pele precisa ser melhorado;

Conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório precisa ser melhorado;

Conhecimento sobre acompanhamento por adulto responsável no pós-operatório e 24h seguintes adequado [RESOLVIDO] 02-06-2023 15:30

Conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório adequado [RESOLVIDO] 02-06-2023 14:30

01-06-2023 13:45

O cliente verbaliza conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele;

O cliente verbaliza conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório;

02-06-2023 14:30

O cliente verbaliza conhecimento sobre acompanhamento por adulto responsável no pós-operatório e 24h seguintes

02-06-2023 15:30

Conhecimento sobre necessidade de acompanhamento por adulto responsável nas 24h seguintes adequado

Conhecimento sobre cuidados no pós operatório adequado

02-06-2023 15:45

Conhecimento sobre cuidados no pós-operatório adequado

4.6.1. Objetivos e prioridades no planejamento dos cuidados

1ª Sessão: Consulta de enfermagem telefônica pré-operatória -24horas

DOMINIO: Conhecimento

- Potencial para melhor conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele

Objetivo: Promover conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele

- Potencial para melhorar conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório;

Objetivo: Promover conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório;

2º Sessão: Admissão do cliente no Bloco Ambulatório

DOMINIO: Conhecimento - Resolvido

- Conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele adequado;

-Conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório adequado.

3º Sessão - Intraoperatório

DOMINIO: Sistema Respiratório

Objetivo: Detetar precocemente alteração do padrão respiratório

DOMINIO : Sistema cardiovascular

Objetivo: Detetar precocemente alteração do padrão cardiovascular

DOMINIO: Metabolismo

Objetivo: Prevenir hipoglicemia e hiperglicemia

DOMINIO: Termorregulação

Objetivo: Prevenir hipotermia

Detetar precocemente sinais de hipotermia

DOMINIO: Autocuidado (transferir-se)

Objetivo: Promover o autocuidado

4º Sessão - Pós-operatório imediato

DOMINIO: Sistema Respiratório

Objetivo: Detetar precocemente alteração do padrão respiratório

DOMINIO : Sistema cardiovascular

Objetivo: Detetar precocemente alteração do padrão cardiovascular

DOMINIO: Metabolismo

Objetivo: Prevenir hipoglicemia e hiperglicemia

DOMINIO: Termorregulação

Objetivo: Prevenir hipotermia

Detetar precocemente sinais de hipotermia

DOMINIO: Dor

Objetivo: Detetar precocemente sinais e sintomas de dor

5ª Sessão - Pós-operatório tardio

DOMINIO: Dor

Objetivo: Detetar precocemente sinais e sintomas de dor

DOMINIO: Conhecimento

Potencial para melhor conhecimento sobre cuidados no pós-operatório

Objetivo: Promover conhecimento sobre cuidados no pós-operatório

6ª Sessão - alta de enfermagem

DOMINIO: Dor

Objetivo: Promover a analgesia controlada pelo cliente

DOMINIO: Conhecimento

Objetivo: Promover conhecimento sobre cuidados no pós-operatório

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

ERRATA

1ª Sessão: Consulta de enfermagem telefónica pré-operatória -24horas

DOMINIO: Emoção - Ansiedade

Objetivo: Promover o bem estar e o controlo da ansiedade

4.7. Diagnósticos

Visão

02-06-2023 15:00

Visão comprometida [RESOLVIDO] 02-06-2023 15:30

Intervenções de Enfermagem

02-06-2023 15:00 - Avaliar evolução da visão [FIM] 02-06-2023 15:30

02-06-2023 15:00 - Orientar o cliente no ambiente físico [FIM] 02-06-2023 15:30

02-06-2023 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [FIM] 02-06-2023 15:30

Dor

02-06-2023 15:00

Dor [RESOLVIDO] 02-06-2023 15:30

Intervenções de Enfermagem

02-06-2023 15:00 - Avaliar evolução da dor [FIM] 02-06-2023 15:30

02-06-2023 15:00 - Gerir analgesia [FIM] 02-06-2023 15:30

Sistema respiratório

02-06-2023 15:00 - Avaliar evolução da ventilação [FIM] 02-06-2023 15:45

Sistema cardiovascular

02-06-2023 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [FIM] 02-06-2023 15:45

Mucosas

02-06-2023 15:00

Ferida cirúrgica presente na mucosa do olho esquerdo [RESOLVIDO] 02-06-2023 15:30

Termorregulação

02-06-2023 15:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [FIM] 02-06-2023 15:45

Transferir-se

02-06-2023 15:00

Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 02-06-2023 15:30

Intervenções de Enfermagem

02-06-2023 15:00 - Assistir no transferir-se [FIM] 02-06-2023 15:30

02-06-2023 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [FIM] 02-06-2023 15:30

Conhecimento

15-05-2023 14:15

Conhecimento sobre acompanhamento por adulto responsável no pós-operatório e 24h seguintes adequado [RESOLVIDO] 02-06-2023 15:30

Intervenções de Enfermagem

15-05-2023 14:15 - - Ensinar sobre preparação pré-cirúrgica da pele (Norma DGS

020/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico; [FIM]

01-06-2023 13:45

Conhecimento sobre circuito organizacional da cirurgia de ambulatório adequado

[RESOLVIDO] 02-06-2023 14:30

Intervenções de Enfermagem

15-05-2023 14:15 - Informar o utente sobre o circuito organizacional da cirurgia de ambulatório; [FIM] 01-06-2023 13:45

15-05-2023 14:15 - Informar sobre acesso a comunicação (telemóvel); [FIM] 01-06-2023 13:45

15-05-2023 14:15 - Informar sobre necessidade de acompanhante disponível nas primeiras 24h após a cirurgia; [FIM] 01-06-2023 13:45

4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Ensinar sobre preparação pré-cirúrgica da pele - Norma da DGS nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico;

- Entregar folheto informativo sobre jejum pré-operatório
- Avaliar conhecimento sobre preparação pré-cirúrgica da pele (2 sessão)

Informar o cliente sobre o circuito organizacional da cirurgia de ambulatório;

- Providenciar folheto informativo sobre circuito organizacional da CA;
- Informar sobre acesso a comunicação (telemóvel);
- Informar sobre necessidade de acompanhante disponível nas primeiras 24h após a cirurgia;
- Providenciar folheto relativo ao guia do cliente na cirurgia de ambulatório

Visão comprometida - a perda súbita da visão e a visão turva ou diminuição da acuidade visual são efeitos adversos da administração do Beovu.

- Avaliar evolução da visão
- Orientar o cliente no ambiente físico
- Gerir o ambiente físico para prevenir queda

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

5.1. Desenvolvimento de competências no contexto de estágio profissional

Desde que há registo, o Homem procurou responder a situações de doença ou enfermidade e estudar a aplicação de tratamentos e métodos de cura. Com o passar do tempo aprendeu a prevenir a doença e a proteger a saúde. Portanto o tratamento da doença e a promoção da saúde remontam a tempos longínquos e a sua eficácia tem vindo a melhorar graças aos avanços científicos e tecnológicos não só no tratamento como na prevenção e diagnóstico. Atualmente observam-se avanços muito significativos ao nível das ciências da saúde incluindo a Enfermagem (Nogueira, 1990).

Segundo Abreu (2007, p.6) “a enfermagem nos últimos trinta anos experimentou uma evolução significativa ao nível do conhecimento científico, da formação e da afirmação social. Experimentou, (...), evoluções muito pronunciadas a nível tecnológico, organizativo e económico, fruto das mudanças socioculturais, políticas, económicas, demográficas e epidemiológicas que a sociedade vivenciou.”

Parafraseando Cardoso et al. (2019), as teorias da enfermagem estabelecem a base do conhecimento científico para sistematizar o saber e organizar os cuidados, o que contribui para a prática profissional baseada em evidências. Pode ser entendida como um conjunto específico e concreto de conceitos e proposições para explicar, descrever, prever ou caracterizar fenómenos de interesse à disciplina de Enfermagem.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) apresentou o seu primeiro mandato em 1999. “Entre as várias competências definiram-se os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem sendo este um enorme desafio quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001, s.d.).

No exercício profissional do enfermeiro, este denota-se pela sua formação e experiência que lhe possibilitam compreender e respeitar os clientes numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente ao alvo dos seus cuidados, no sentido de promover o exercício profissional da enfermagem ao mais alto nível dos padrões de qualidade (OE, 2001).

Entre 1980 e 1989 surge a aprovação do Decreto-lei 305/81 sobre o Diploma da Carreira de Enfermagem que veio consagrar uma carreira única para todos os enfermeiros e definiu cinco categorias profissionais, entre as quais a de enfermeiro especialista. Nesta década iniciaram-se

os primeiros cursos de equiparação a especialista (OE, s.d.).

Assim é no seguimento da procura da excelência na prática da enfermagem, que surgem as especialidades no âmbito da Enfermagem notoriamente a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). “Os cuidados especializados em EMC exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (Regulamento nº 429/2018, p. 19366).

O colégio da especialidade em EMC define detalhadamente as competências comuns do enfermeiro especialista na área mencionada e acrescenta as competências específicas para áreas concretas enquadradas na EMC como a área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

“A área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença” (Regulamento nº 429/2018, p. 19366).

O Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem à pessoa em situação perioperatória desenvolve a sua ação em cinco áreas de atuação que se complementam entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos englobando assim o período pré, intra e pós-operatório.

O período pré-operatório tem início com a marcação da intervenção cirúrgica e termina no momento da transferência do cliente para a mesa de cirurgia; neste momento tem início a fase intraoperatória que termina com a passagem do cliente para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). A última fase do perioperatório, o pós-operatório, tem início na chegada do cliente à UCPA e termina aquando da sua recuperação anestésica/cirúrgica.

“O enfermeiro perioperatório demonstra competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento nº 429/2018, p. 19366).

Foi na busca pelo conhecimento, pelo aprofundamento de competências dentro de uma área que me é particularmente de interesse e pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados que ingressei neste curso de mestrado e especialidade e foi seguindo as linhas orientadoras definidas para esta especialização que preconizei objetivos específicos para o estágio de

natureza profissional (ENP).

O ENP é um espaço temporal de extrema importância por ser uma oportunidade para transpor para a prática, os conhecimentos teóricos adquiridos na componente teórica do curso e a emersão de conhecimentos oriundos das próprias situações de cuidados e experiência profissional que possibilitam o enriquecimento profissional e pessoal.

O ENP permite o desenvolvimento de competências especializadas com base nos objetivos formulados e assente nas duas unidades de competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (AEPSPE) definidas pela OE (Regulamento nº 429/2018, p. 19366 e p. 19367):

- a) Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa;
- b) Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

O Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa, conta com um conjunto de atitudes, posturas e técnicas que tem em vista a integridade, conforto e bem-estar da pessoa tal como refere Guimarães (2021).

Em contexto da prática, esta competência aplica-se na intervenção especializada baseada na evidência científica, na experiência desenvolvida e conhecimento adquirido, evoluindo neste sentido, para a identificação precoce de focos e diagnósticos de enfermagem com o objetivo de antecipar intervenções em benefício do cliente.

As intervenções de enfermagem designadas para os diagnósticos e focos estabelecidos podem ser interdependentes ou autónomas e ambas trazem benefício para a evolução cirúrgica positiva do cliente no perioperatório.

O domínio das intervenções de enfermagem autónomas, na gestão dos diagnósticos de enfermagem e dos focos de atenção, foi trabalhado e aprofundado ao longo de todo o estágio. É no domínio dos diagnósticos de enfermagem e focos de atenção que adquiri e aprofundei competências específicas na área do perioperatório, todo o trabalho desenvolvido enriqueceu o meu conhecimento e capacidade de destreza na prática profissional especializada.

O ambiente cirúrgico, acarreta por si múltiplos riscos para o cliente devido a fatores diversos. O EEEMC na AEPSPE busca de forma permanente a excelência do exercício profissional e o mais elevado nível de segurança da pessoa em situação perioperatória. São elementos importantes face à segurança dos cuidados de enfermagem especializados:

- "A conceção de um Plano de Segurança com base na evidência científica e na análise dos relatos de incidentes, que permita a minimização do risco;
- O cumprimento de práticas e normativas de verificação conducente à "Cirurgia Segura";

- A promoção e implementação de procedimentos para a prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico;
- A gestão do ambiente e dos circuitos de acordo com os princípios de assepsia progressiva;
- A colaboração na vigilância epidemiológica de eventos adversos e eventos sentinela;
- A organização e verificação da disponibilidade, integridade, funcionalidade e finalidade dos dispositivos médicos e garantia da rastreabilidade;
- A promoção de uma cultura de segurança e de consciência cirúrgica coletiva;
- O envolvimento da pessoa, enquanto parceira, dos cuidados de saúde, na verificação da segurança.” (OE, 2017, p. 32).

Neste alinhamento, faço referência ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 cujo objetivo se prende à consolidação e promoção da segurança na prestação de cuidados de saúde, sem negligenciar os princípios sustentadores da área da segurança do cliente, como a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho n.º 9390/2021).

Na prática clínica a monitorização do ambiente e do plano de exercício obriga a um trabalho diário e permanente de vigilância e previsão de possibilidades adversas com base no conhecimento, experiência e normativas de segurança. Em estágio tive a oportunidade de analisar os planos de trabalho com antecedência e fazer previsões relativamente ao estado físico dos materiais, dotações e verificação de implantes permitindo a melhor gestão dos clientes no BO e evitando situações menos agradáveis para o cliente e familiar/pessoa significativa como o cancelamento das cirurgias no próprio dia da cirurgia.

O contexto de estágio possibilitou a aquisição de novos conhecimentos técnicos, sobretudo na área da instrumentação, anestesia e cuidados pós-anestésicos bem como o conhecimento em áreas de especialidade cirúrgica, o que proporcionou autonomia para o ensino ao cliente e família/pessoa significativa quer nas consultas perioperatória como durante todo o percurso no serviço e com significativa pertinência na preparação do cliente e família/pessoa significativa no regresso a casa.

Ao longo do estágio, foram adotadas estratégias para assegurar o correto funcionamento das ferramentas indispensáveis ao conforto, bem-estar e recuperação do cliente.

No contexto de cirurgia ambulatorio, a enfermagem assume uma abordagem individualizada, integrando as componentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada cliente.

Tal como refere Marques (2011), a intervenção do EEEMC na AEPSPE é crucial para o desenvolvimento de todo o processo de forma natural e serena na medida em que a abordagem do enfermeiro em todo o percurso do cliente na cirurgia de ambulatorio contribui não só para a

redução da ansiedade pré-operatória como também para a notificação de eventuais atividades desfavoráveis do cliente que podem influenciar a sua recuperação pós-operatória.

O EEEMC na AEPSPE inicia cronologicamente o seu trabalho diretamente com o cliente no momento da consulta de enfermagem pré-operatória.

Na generalidade, as informações proporcionadas nesta fase contribuem positivamente para o sucesso de todo o percurso do cliente na CA, tal como Marques (2011) faz referência ao contributo da consulta de enfermagem pré-operatória considerando o potencial do cliente face ao percurso no perioperatório.

A consulta de enfermagem pré-operatória é segundo a Portaria nº306-A/2011 do Ministério da Saúde e das Finanças e Saúde, no artigo 2.º, alínea g, s.p.) a “intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”.

No serviço de cirurgia de ambulatório no qual decorreu o estágio, a consulta de Enfermagem Pré-operatória acontece, neste momento de forma presencial sempre que possível. Nesta consulta, é feita uma entrevista integradora de todos os itens essenciais e que respeitam os critérios de admissibilidade à cirurgia de ambulatório. Este momento é realizado em autonomia e embora existam linhas orientadoras e critérios a cumprir; a consulta de enfermagem pré-operatória é tão completa quanto o investimento do profissional que a realiza. Pessoalmente recebi orientação para realização de consultas detalhadas, ricas em informação que se acrescenta ao processo bem como nos ensinamentos que são feitos ao cliente.

Na consulta médica e de anestesiologia são confirmados os critérios médicos para a admissão do cliente à CA. Na consulta de enfermagem, no decorrer da entrevista clínica, é imprescindível validar os critérios sociais. “A ideia fundamental que preside à existência de critérios sociais é a da necessidade de clientes e familiares compreenderem o que está em jogo e entenderem o seu papel num processo em que, para além da intervenção cirúrgica, existe uma sedação ou uma anestesia geral a retirar faculdades ao cliente” (Caseiro, 2009, p.51). Ainda o mesmo autor enfatiza este ponto afirmando que “subjacente a esta ideia, há igualmente a necessidade de confirmar que o cliente tem condições de habitação e de acesso ao hospital convenientes a toda a problemática de um pós-operatório que vai decorrer fora do hospital e que a sua vigilância permanece assegurada no domicílio” (Caseiro, 2009, p.51).

Assim, podemos dizer que os critérios sociais se resumem à validação da compreensão e aceitação do cliente quanto à proposta cirúrgica e às instruções dadas para o pré e pós-operatório, possuir saneamento básico, domicílio fixo, contacto telefónico, transporte assegurado em veículo automóvel, presença de acompanhante à saída do serviço de cirurgia de ambulatório bem como acompanhamento por adulto nas primeiras 24 horas de pós-operatório, possuir residência cujo tempo máximo de deslocação a um Serviço de Urgência não supere os

60 minutos (Caseiro, 2009).

Esta entrevista clínica é realizada pelos enfermeiros da CA permitindo assim a “familiarização do cliente com o espaço e pessoal, a diminuição da ansiedade (...), a avaliação do cliente, em termos de planeamento das necessidades individuais de cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato e ensino para o alcance das capacidades máximas de autocuidado no pós-operatório” (Coutinho, 2017, p. 2).

Realizada a consulta de enfermagem pré-operatória, o cliente recebe um novo contacto do enfermeiro perioperatório no dia anterior à cirurgia: consulta de enfermagem pré-operatória 24 horas onde são reforçados os ensinamentos ao cliente relativamente ao jejum pré-operatório, preparação pré-cirúrgica da pele, vestuário, acompanhamento no dia da cirurgia e nas 24 horas de pós-operatório.

Assim, a consulta pré-operatória consiste no ponto inicial dos cuidados ao cliente cirúrgico e família/pessoa significativa, permite capacitar a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica (OE,2018).

O cliente que aceita de forma livre e esclarecida submeter-se a um procedimento anestésico e cirúrgico, aceita a sua vulnerabilidade e confia nos profissionais que lhe prestam cuidados, e é assente neste compromisso de confiança que o enfermeiro do perioperatório deve trabalhar, garantindo os melhores cuidados e salvaguardando a segurança do cliente em todo o percurso cirúrgico, evitando futuras complicações não só pela prevenção através da aplicação de técnicas imediatas como pelo ensino e capacitação do cliente e família para se conduzir de forma autónoma até ao final do percurso cirúrgico.

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2009), o conceito de consentimento informado é composto por dois componentes fundamentais: a compreensão e o livre consentimento. Em conjunto, estes dois conceitos, quando admitidos pelo cliente, garantem que qualquer decisão assenta nos pressupostos da autorresponsabilização e liberdade de escolha.

No dia da cirurgia, o cliente é admitido no Serviço de Cirurgia de Ambulatório pelo enfermeiro perioperatório.

O EEEMC “otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/ cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (OE,2018, p. 19359). O cliente é admitido na presença do acompanhante, validam-se todos os parâmetros nomeadamente identidade, diagnóstico, cirurgia, lateralidade, medicação do domicílio, alergias, jejum pré-operatório e todos os critérios sociais; assim como verifica a afirmação do consentimento livre e esclarecido; o enfermeiro procede à identificação do cliente (pulseira) e encaminha-o para a respetiva área do vestuário. Relativamente ao consentimento livre e esclarecido, a verificação da confirmação do cliente é uma ação interdependente que embora não seja diretamente da responsabilidade do enfermeiro, este deve confirmar se o

cliente assinou; este momento pode revelar-se importante para a continuidade da relação terapêutica cliente e enfermeiro e assim contribuir para a redução da ansiedade do cliente e prevenção de complicações.

Neste momento o cliente entra efetivamente na área mais restrita do BO antes da sua entrada na sala de cirurgia. Nesta fase de admissão, procede-se à preparação do cliente para a cirurgia com a colocação de acesso venoso, verificação da temperatura, glicemia capilar e administração de terapêutica pré-operatória quando necessário de acordo com a intervenção cirúrgica e os protocolos do serviço.

Até esta fase da passagem do cliente no perioperatório, tive em contexto de estágio a oportunidade de desenvolver competências no âmbito do processo de admissão e preparação do cliente no pré-operatório nomeadamente na identificação e validação dos parâmetros de admissibilidade na CA e na sua preparação pré-operatória através da validação da preparação cirúrgica da pele, administração de terapêutica prescrita para o pré-operatório, colocação de acesso venoso, monitorização da glicemia capilar e temperatura e diminuição da ansiedade pré-operatória por meio de intervenções de enfermagem autónomas, através da escuta ativa e satisfação de eventuais dúvidas do cliente.

Após realizada a transferência do cliente para a mesa de cirurgia, inicia-se a fase do intraoperatório e com ela exige-se do EEEMC na AEPSPE áreas de atenção e de intervenção de enfermagem autónomas e distintas. Além da promoção dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional trabalhando as áreas da comunicação efetiva entre profissionais da equipa cirúrgica, promove cuidados de segurança, conforto, controlo da dor e monitorização de sinais e sintomas ao cliente e trabalha ativamente na garantia da segurança do cliente na medida em que demonstra consciência cirúrgica, lidera o processo de prevenção e controlo da infeção associado aos cuidados perioperatórios e promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos (OE, 2018).

Neste seguimento podemos afirmar, segundo a AESOP (2012) que a consciência cirúrgica contempla um sistema de valores internos que conduzem à prática assertiva do profissional a qualquer altura do seu desempenho.

No período intraoperatório, o enfermeiro pode assumir três posições distintas e complementares: enfermeiro anestesista, instrumentista e circulante. Em complementaridade trabalham para salvaguardar os princípios anteriormente referidos. O enfermeiro anestesista desempenha as suas funções em complementaridade com o médico anestesista, sendo a sua autonomia no campo da monitorização contínua dos parâmetros vitais e de controlo da dor do cliente cirúrgico. O enfermeiro instrumentista, após a preparação cirúrgica das mãos, procede à preparação da mesa cirúrgica, da contagem de objetos quantificáveis, e verificação do estado e integridade do material cirúrgico. A disposição dos instrumentos pelas mesas operatórias deve estar padronizada, contribuindo para a sua organização e funcionalidade (AESOP, 2012),

sobretudo facilita numa eventual substituição da equipa de enfermagem. Os enfermeiros circulantes e instrumentistas colaboram também na preparação estéril dos restantes elementos da equipa cirúrgica e na preparação do local cirúrgico, através da desinfeção da pele e a colocação dos campos (Salgueiro, 2014).

A execução das intervenções mencionadas requer destreza, conhecimento e prática diária pelo que no período de estágio o trabalho nesta área foi desenvolvido, acompanhado de esclarecimento e sustentação teórica baseada na prática segundo a evidência cientificamente comprovada sempre em sintonia com a minha orientadora.

Seguindo as orientações mundiais e a nível nacional da DGS, é aplicada a lista de verificação de Segurança Cirúrgica na fase intraoperatória. Esta lista é composta por três fases distintas: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do cliente sair da sala operatória. Esta verificação é feita em conjunto com toda a equipa cirúrgica. Na prática constatei que existe alguma relutância e desvalorização da aplicação desta medida sobretudo pela equipa médica e de enfermagem em cirurgias curtas e rápidas; no caso da enfermagem esta relutância afirma-se pela dimensão do trabalho e pela falta de tempo para a aplicação desta medida em tempo real.

A transferência do cliente para a Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA) abre portas ao período pós-operatório. Esta transferência é realizada em equipa: médico anestesista e enfermeiro de anestesia em consonância com a restante equipa cirúrgica.

O pós-operatório imediato requer valências importantes na monitorização dos sinais vitais e vigilância de focos de atenção de enfermagem de acordo com o diagnóstico cirúrgico do cliente e as informações transmitidas pela equipa cirúrgica. A autonomia do enfermeiro perioperatório nesta área permite o desenvolvimento de competências pela equipa de enfermagem o que implica formação específica e continuada no que se refere a cuidados de alta complexidade priorizando a segurança e cuidados continuados. “Portanto, neste ambiente, os enfermeiros acabam desenvolvendo múltiplas tarefas que demandam alto grau de responsabilidade o que rotineiramente reflete de modo positivo ou negativo na assistência oferecida ao cliente segundo o nível de organização, habilidade e conhecimento de cada enfermeiro.” (Lourenço et al.2020, p. 52).

O pós-operatório tardio permite uma preparação direta do cliente para o autocuidado com o intuito de preparar numa fase inicial o cliente para a alta clínica e gradualmente introduzir conceitos e intervenções autónomas fundamentais para a sua recuperação em segurança. Fazendo referência a Salgueiro (2014) o enfermeiro perioperatório presta cuidados de enfermagem, de qualidade, ao cliente, durante toda a experiência cirúrgica inclusive o pós-operatório, estabelece uma relação de ajuda e uma comunicação eficaz aconselhamento com o cliente e família/ pessoa significativa e aplica os conhecimentos na dimensão ética, deontológica e jurídica nos cuidados perioperatórios.

Citando Salgueiro (2014, p.31): “o trabalho em equipa é essencial em contexto perioperatório, devido à natureza tão específica e exigente dos cuidados. A articulação entre os profissionais e suas funções, e a partilha de algumas responsabilidades dos elementos da equipa, é fundamental, de modo a assegurar cuidados seguros e de qualidade”. Do mesmo modo a AESOP (2012) além de dar importância à qualidade dos cuidados, refere também que a qualidade deve resultar da interação entre humanização e excelência técnicas.

A avaliação e gestão da dor pós-operatória é essencial na fase pós-operatória e crucial para toda a gestão que se desenrola nesta fase e até à alta clínica.

A preparação para a alta clínica é um processo gradual, realiza-se em equipa na gestão da dor e conhecimento do cliente relativamente ao pós-operatório, numa relação estreita com os ensinamentos proporcionados pelo enfermeiro ao cliente e familiar/pessoa significativa.

O conhecimento científico do enfermeiro e a aplicação das competências gerais e específicas do EEEMC na AEPSPE é extremamente relevante para o sucesso do processo.

O registo dos cuidados realizados pelo enfermeiro é fundamental em todo o período perioperatório, porque permite a transmissão da informação e garante a continuidade dos cuidados. Em estágio, os registos relativos ao processo do cliente são integralmente informáticos, na plataforma “Patientcare”. Anterior ao estágio não conhecia a plataforma, mas rapidamente me familiarizei com a produção de conteúdo útil ao processo do cliente e registo de todas as intervenções de enfermagem realizadas sempre em colaboração e supervisão com a enfermeira tutora do estágio.

Posto isto, a minha experiência em estágio revelou-se de grande enriquecimento pessoal e profissional no que respeita ao trabalho geral do EEEMC e especificamente na AEPSPE. Entre as várias especialidades que são operadas no BO neste estágio, pude desenvolver competências específicas em distintas especialidades cirúrgicas, mas aprofundando mais particularmente as especialidades de oftalmologia (cirurgia a cataratas, glaucoma e injeção intravítrea), de ortopedia (artroscopia do joelho e correção cirúrgica do Síndrome do Túnel Cárpico) e a cirurgia abdominal (hernioplastia umbilical e inguinal).

A oftalmologia é uma especialidade em expansão e assume um número significativo no funcionamento do BO o que suscitou interesse em aprofundar conhecimentos. A ortopedia por ser uma especialidade na qual possuía menos experiência, revelou-se uma oportunidade para enriquecer conhecimentos e trabalhar a prática clínica com vista a aplicar no futuro profissional. A cirurgia abdominal porque dela desenvolvi o meu projeto de estágio.

O projeto de estágio teve como ponto de partida a especialidade cirúrgica de cirurgia abdominal, concretamente a hernioplastia inguinal através de um estudo da incidência de ILC no BO e posto isto o desenho de um percurso com vista à eliminação/redução da ILC.

O projeto de estágio é deste modo um plano fruto de uma reflexão pessoal que compreende os meus objetivos, enquadrados no desenvolvimento das competências clínicas comuns e específicas do enfermeiro especialista nesta área descrita.

Após delinear diferentes possibilidades, fixei a minha atenção num ponto específico das competências clínicas comuns do EEEMC e que se refere à prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos na pessoa em processo de doença ou cirurgia. E citando as competências clínicas específicas do na AEPSPE tive presente para a elaboração deste projeto de natureza profissional o “cuidar da pessoa em situação perioperatória bem como a maximização da sua segurança em sintonia com a consciência cirúrgica” (OE,2018, p.3).

Este projeto tem um ponto de partida definido pela identificação de um problema sendo ele a infeção do local cirúrgico (ILC) após hernioplastia inguinal.

Assim, foram definidas as atividades e estratégias a adequar com vista a um processo de melhoria contínua dos cuidados prestados ao cliente e gerar indicadores de qualidade e satisfação.

5.1.1. Objetivos desenhados para o estágio de natureza profissional módulos I e II

O desenho dos objetivos é essencial para o sucesso de qualquer operação, pela organização, estabelecimento de metas e para definir um percurso ou linha orientadora. A elaboração dos objetivos carece de reflexão e, portanto, a sua conceção já reflete toda uma linha orientadora com um fim específico desejado.

Atendendo às competências específicas do EEEMC na AEPSPE delineei alguns objetivos específicos do ENP. Os objetivos foram numa primeira fase orientadores gerais e numa fase seguinte afunilaram-se e revelando-se mais específicos para a área de meu interesse.

Assim nesta primeira fase apresentaram-se os seguintes objetivos gerais:

- Interiorizar o papel do EEEMC na AEPSPE e atuar em consonância;
- Aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, em particular aqueles de especial complexidade, no âmbito da EMC, face à pessoa em situação perioperatória;
- Promover cuidados à pessoa em situação perioperatória nas diferentes áreas de atuação na cirurgia de ambulatório nas especialidades distintas;
- Consolidar competências na área da segurança e consciência cirúrgica e promover a melhoria contínua na prestação dos cuidados;
- Aprofundar competências clínicas diferenciadas e avançadas, na prestação de cuidados no contexto da enfermagem médico-cirúrgica, na área à pessoa em situação perioperatória nas especialidades cirúrgicas distintas;

- Desenvolver planos de cuidados através de estudos de caso específicos de clientes selecionados aleatoriamente, com o intuito de os acompanhar nos diferentes momentos que integram a sua admissão no serviço de ambulatório até à alta.

- Aplicar o projeto de estágio desenhado na primeira fase do estágio de natureza profissional.

Suportando-me nos objetivos gerais tracei os objetivos específicos.

Na definição dos objetivos específicos encontra-se em destaque o desenvolvimento e validação do projeto de desenvolvimento profissional.

Para o projeto de desenvolvimento profissional ponderei os riscos e o impacto que previa para o meu projeto e por fim concentrei-me nas necessidades para a sua concretização e a gestão das ideias de forma a adaptá-las ao tempo disponível para a execução. Assim sendo, após observação do local estágio, de sondar informalmente a equipa de enfermagem, atender às necessidades do serviço por orientação da chefia e sobretudo depois uma reflexão pessoal, defini como temática central do projeto a prevenção da ILC. Assim, para orientar a elaboração e execução deste projeto, defini alguns objetivos específicos:

- Conhecer o estado da arte relativamente ao tema em estudo: prevenção da ILC.
- Identificar uma problemática nos indicadores de resultado que constitua evidência científica para a prática de enfermagem especializada: aumento da ILC numa especialidade cirúrgica ou cirurgia específica no BO em estágio;
- Identificar dificuldades na aplicação da Norma da DGS nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico;
- Desenvolver estratégias pró-ativas, a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção;
- Desenvolver conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que permitam servir de referência para a equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da infeção;
- Recolher os dados, observando rigor metodológico, princípios científicos e normas / critérios ético-legais para elaboração do estudo de caso;
- Elaborar um relatório final que incorpore os resultados de investigação na prática de cuidados e delinear propostas que se traduzam na promoção da saúde e prevenção de eventos adversos.

5.1.2. Projeto de desenvolvimento de competências

Da partilha informal de ideias entre os enfermeiros do BO emergiu a informação da maior prevalência de ILC em clientes submetidos a hernioplastia inguinal relativamente às outras cirurgias realizadas no BO. A ILC é um tema que pessoalmente me suscita interesse, já o trabalhei noutro contexto formativo e como tal esta seria uma oportunidade de consolidar e

melhorar o meu conhecimento nesta área diretamente na prática clínica.

Para fortalecer esta ideia inicial, além da pesquisa bibliográfica, realizei uma recolha de informação quanto à incidência de ILC no BO através da consulta de enfermagem pós-operatória 30 dias nos clientes intervencionados no BO e que revelaram ocorrência de ILC.

Atendendo às competências específicas do EEEMC na AEPSPE, na promoção da segurança dos clientes em situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, defini num fio condutor que me satisfizesse em termos de validação das competências exigidas para o estágio de natureza profissional e que simultaneamente enriquecesse o meu conhecimento nesta área e permitisse a sua transmissão à equipa multidisciplinar nomeadamente enfermeiros e assistentes operacionais (AO) do BO a fim de melhorar a atividade em prol da prevenção da ILC.

A ILC está relacionada com a morbimortalidade em clientes cirúrgicos e tem um elevado impacto financeiro pelo que reduzir a sua incidência é imperativo. Dallolio et al. (2018), estima-se que um elevado número de ILC seriam evitadas com a implementação de estratégias preventivas adequadas baseadas na evidência como procedimentos de limpeza e desinfeção ambiental, em conjunto com a aplicação de intervenções adequadas e assim reduzir a contaminação microbiana e a incidência de infeções nosocomiais.

O EEEMC na AEPSPE em coordenação com os restantes membros da equipa perioperatória, deve estar ciente que a sua atuação pode reduzir o risco de ILC, os custos e as morbilidades associadas, assim como o risco de mortalidade por ponto de partida em ILC.

Conjuntamente com a pneumonia, a infeção urinária e a infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central, a ILC é uma das infeções nosocomiais mais frequentes e está ligada à alta morbilidade, mortalidade e custos (DGS,2013).

A sua relevância está também na associação à falha na qualidade dos cuidados.

“A ILC é multifatorial e está relacionada com a condição do doente, com o procedimento cirúrgico e com as características do agente patogénico envolvido, ocorre no local da incisão cutânea ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias de pós-operatório, ou, até três meses após colocação de prótese” (DGS, 2022, p.9).

O risco de infeção está associado a múltiplos fatores endógenos e exógenos ao cliente. Relacionados diretamente com o cliente apontamos a existência de infeções estabelecidas antes do procedimento cirúrgico, idade avançada, obesidade, diabetes mellitus entre outros. De origem exógena salientamos aqueles relacionados com o ato cirúrgico e assim sendo estão a duração da cirurgia e a assepsia no procedimento cirúrgico (Hansen,2015).

Os microrganismos que geralmente causam ILC pertencem à flora microbiana do cliente e encontram na ferida cirúrgica condições ideais à sua proliferação (DGS,2013). A natureza do

procedimento cirúrgico interfere com a barreira cutânea protetora natural expondo o cliente a diversos microrganismos que, de várias formas, acedem ao local cirúrgico. Desta forma, a duração da cirurgia é um fator de risco de infeção uma vez que maior tempo de exposição implica maior probabilidade de aero-bio-contaminação. O risco da ILC não depende apenas da contaminação durante a cirurgia, mas também da capacidade do organismo do cliente reagir assim como da patogenicidade e infetividade do microrganismo responsável pela infeção.

Neste sentido é importante adotar procedimentos que evitem ou minimizem esta possível contaminação.

Segundo Bilbao (2019), a ILC pode ser evitada com a implementação de estratégias preventivas, normas baseadas na evidência, em conjunto e de forma integrada denominadas por “feixes de intervenções”. Estes têm por objetivo assegurar que os clientes usufruam de uma forma consciente o tratamento e cuidados recomendados (DGS,2015). É neste contexto importante salientar que a prevenção da ILC é multifatorial e depende da adesão multiprofissional às normas descritas para a boa prática no período perioperatório.

Considerando o empenho de toda a equipa na luta contra este problema, o sucesso para prevenção da ILC depende da combinação de diversas medidas como a preparação pré-operatória, a técnica assética cirúrgica, a profilaxia antibiótica e os cuidados no pós-operatório (DGS,2013).

A equipa envolvida nestas medidas preventivas da ILC vai muito além dos enfermeiros do perioperatório, são todos os elementos que prestam cuidados ao cliente cirúrgico.

O EEEMC na AEPSP tem a responsabilidade acrescida na prevenção da ILC, pois citando as suas competências específicas legalmente definidas, este “cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica e maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” (OE,2018, p.2).

Posto isto, e consciente que o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica pode ser crucial para a informação, atualização e implementação de práticas geradoras de indicadores de resultado ideais para o cliente na prevenção da ILC, as atividades devem incidir ao nível da preparação pré-cirúrgica da pele, da relevância da profilaxia antibiótica, da manutenção da normoglicemia e da normotermia entre outras menos relevantes

Assim surgiu o projeto de “gestão física e o conhecimento da equipa multidisciplinar no Bloco Operatório na Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico no Cliente submetido a Hernioplastia Inguinal.

Este projeto contém várias fases nomeadamente uma primeira fase de verificação do conhecimento da equipa de enfermagem (EE) e da equipa de AO, identificação de problemas, formação da EE e AO na área descrita e numa fase final a avaliação do conhecimento e discussão dos resultados.

5.1.2. Considerações éticas

O projeto de “gestão física e o conhecimento da equipa multidisciplinar no BO na prevenção de ILC no cliente submetido a hernioplastia inguinal” consiste numa investigação que pretende identificar eventuais lacunas no conhecimento e práticas individuais e da equipa multidisciplinar do BO no que respeita à prevenção da ILC.

Trata-se de uma pesquisa metodológica quantitativa – estudo epidemiológico cujo alvo foi a EE (avaliação do conhecimento e aplicação na prática profissional da Norma DGS “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico”) e equipa de AO para estudo de conhecimento sobre normas de higiene no BO em particular no que respeita à sala h.

Como critérios de inclusão alarguei o plano a todos os enfermeiros da equipa do BO e a todas as AO. O critério de exclusão foi usado a exclusão do estudo aos elementos da equipa multidisciplinar do BO não pertencentes às categorias profissionais dos enfermeiros e assistentes operacionais.

A recolha dos dados realizou-se através da aplicação de questionário (anexo I) por ser um método de recolha de dados mais eficaz e rápido tendo em conta o reduzido número de elementos.

Os questionários foram aplicados à EE e de AO da equipa do Bloco ambulatorio de forma voluntária e esclarecida, mas sem qualquer tipo de incentivo financeiro.

5.1.3. Aplicação prática do projeto

Segundo Gomes et al. (2019), a monitorização da qualidade da assistência prestada no BO assume particular importância para a melhoria contínua e a segurança dos cuidados, razão que me levou a observar a estrutura e organização da sala h, discuti-la com a minha tutora e chefia e por fim aceitar a importância da sua organização na prevenção e controlo da infeção no serviço.

Os blocos operatórios são, segundo Gomes et al. (2019) unidades hospitalares de recursos vultosos e dispendiosos que respondem, muitas vezes, pelo sucesso financeiro de um hospital. É uma estrutura de trabalho complexa e que exige atenção constante da equipa multidisciplinar para garantir a segurança dos clientes intervencionados.

O EEEMC na AEPSPE tem o dever de identificar e controlar através da implementação de medidas corretivas, indicadores de resultado, processo e estrutura desadequados ou que não contribuam para a segurança do cliente e qualidade dos cuidados prestados.

A estrutura, gestão de recursos humanos, financeiros e materiais podem afetar a produtividade e eficiência do BO.

Gomes et al. (2019) reitera a importância do papel do enfermeiro na organização, nos princípios e estratégias da gestão da qualidade. O colégio da especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica refere que “os processos médicos e cirúrgicos complexos dizem respeito ao conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, baseada na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determina a intervenção especializada do enfermeiro em contexto hospitalar. Estes processos terapêuticos constituem-se como respostas estruturadas, educativas e orientadas, para a necessidade em cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2018, p.19360). Em simultâneo, Gomes et al. (2019) confirma também a importância de cada um dos elementos da equipa do BO na melhoria da qualidade e da segurança dos serviços de saúde prestados ao cliente e família.

Os serviços prestados no BO exigem uma adequada organização dos profissionais de saúde e de equipamentos, apoiados por procedimentos abrangentes e documentados, que reflitam uma prática de elevada qualidade.

Segundo Gomes, Martins e Fernandes (2016), as características dos ambientes perioperatórios colocam em risco de erro a equipa de saúde e em risco de ocorrência de eventos adversos. Devido à complexidade da sua atividade e à sua natureza interdisciplinar, o BO constitui um campo vasto de atuação necessária para a implementação de medidas para garantir a qualidade total, incluindo critérios de qualidade transversais a toda a organização e específicos do BO. A implementação de medidas que garantam a qualidade dos cuidados e a segurança do cliente é prioritária.

Assim, é importante na organização do BO incorporar boas práticas para reduzir a contaminação ambiental, promover a disposição ideal dos equipamentos e reconhecer os circuitos críticos para a segurança do cliente. A regulamentação dos circuitos de limpos e sujos é importante na prevenção da infeção neste contexto.

A avaliação da estrutura do BO revela as condições em que os cuidados são prestados. Os atributos da estrutura são mais facilmente observáveis e documentados.

A identificação de problemas de circuito na sala h vai permitir conduzir o trabalho das AO na condução de comportamentos assertivos em prol da prevenção da infeção no BO mais precisamente da ILC e atender aos princípios norteadores apesar da estrutura física estar desajustada aos requisitos para a prevenção da contaminação no BO e na ILC.

Segundo Joyce A. e James H. (2013), um programa abrangente que pretenda reduzir a ILC deve incluir uma avaliação das fontes potenciais de contaminação.

Objetivamente foi feita uma análise dos conhecimentos da equipa multidisciplinar na prevenção

da ILC, formação na área mencionada e avaliação das intervenções.

As atividades decorrentes do projeto tiveram início com a elaboração e aplicação dos questionários à EE e equipa de AO. Identificaram-se oportunidades formativas para as equipas mencionadas e assim como medidas promotoras da prevenção da ILC por meio da aquisição de conhecimento e adoção de boas práticas.

Nesta linha e numa fase inicial foi crucial conhecer o estado da arte relativamente ao tema em estudo: hernioplastia/ infeção do local cirúrgico e indicadores de estrutura no BO.

Tal como já foi referido anteriormente, a identificação concreta da problemática nos indicadores de resultado constituiu evidência para a necessidade de aplicação de fontes científicas para a prática de enfermagem especializada no sentido de minimizar a incidência da ILC na cirurgia da hernioplastia do BO em concreto.

Assim foi possível identificar oportunidades de melhoria no conhecimento da prevenção da ILC em enfermeiros e AO e desenvolver estratégias pró-ativas e formativas, a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da ILC. Neste seguimento desenvolveu-se conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que permitiram servir de referência para a equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da ILC.

Os contextos formativos ocorreram em dois momentos distintos para cada uma das equipas.

Na EE foi aplicado um questionário individual que pretendia averiguar o nível de conhecimento no que respeita à prevenção da ILC e da aplicação da norma da DGS “Feixe de intervenções” da prevenção da ILC e neste sentido identificar as necessidades formativas nesta área de intervenção. A aplicação dos questionários permitiu contextualizar no âmbito da prevenção da ILC e da aplicação da Norma DGS 020/2015 recentemente atualizada. A aplicação dos questionários despertou para o espírito crítico relativamente às intervenções de enfermagem individualizadas no BO e às intervenções autónomas ideais a este contexto e que por várias razões citadas não estavam a ser aplicadas. O espírito crítico revelou-se um potenciador de mudança, pelo que desenvolveu a discussão em equipa no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem aplicados no contexto da prática. Serviu ainda, como um alerta para as competências específicas do EEEMC essencialmente na otimização do ambiente e dos processos terapêuticos e na maximização da prevenção, intervenção e controlo de infeção em clientes a vivenciarem o processo cirúrgico.

Com base nos resultados do inquérito realizamos uma formação relativa à temática. A formação decorreu em contexto de trabalho mediante a organização do serviço com o gestor, no horário habitualmente destinado para as ações formativas. Na formação estiveram presentes o gestor de enfermagem do serviço, a diretora clínica e toda a EE. A prévia aplicação dos questionários revelou-se uma medida muito favorável à abertura da discussão em equipa para a atualização e aplicação de intervenções de enfermagem autónomas e ainda a atualização de protocolos do

serviço com total apoio da direção clínica, no sentido da melhoria dos cuidados aplicados ao cliente naquele serviço. Foi com enorme satisfação que conclui esta formação ao constatar um ambiente propício à mudança e a predisposição dos elementos da EE em participar na alteração de algumas intervenções e planos de ação.

Em simultâneo foram distribuídos questionários à equipa de AO. À semelhança da EE, as AO manifestaram agrado no levantamento e possibilidade de discussão neste âmbito.

A formação à equipa de AO decorreu nos mesmos parâmetros que a aplicada à EE e teve como objetivos averiguar o nível de conhecimento no que respeita às tarefas que são da sua competência e que podem influenciar na prevenção da ILC. Procuramos identificar o nível de conhecimento sobre higiene e contaminação no BO e a identificação das necessidades formativas na área de intervenção, dentro das tarefas do auxiliar de saúde e que podem influenciar a prevenção da ILC.

Em ambas as formações, foram apresentados e debatidos os resultados do questionário.

De uma forma geral as duas equipas concordaram que embora tenham conhecimento das intervenções adequadas à prevenção da ILC, estas não são inteiramente aplicadas por constrangimentos técnicos, materiais e de estrutura do edifício. Alguns elementos da EE manifestaram desagrado quanto à inexistência de protocolos no serviço orientadores da prática e que reflitam as indicações da norma DGS 020/2015 atualizada em 2022. A equipa de AO manifestou dificuldade relativamente à implementação dos conhecimentos teóricos na prática.

Segundo Gomes, et al. (2019), a monitorização da qualidade da assistência prestada no bloco operatório assume particular importância para a melhoria contínua e segurança dos cuidados, razão que me levou a observar a estrutura e organização da sala h, discuti-la com a minha tutora dando ênfase à importância da sua organização na prevenção e controlo da infeção.

Os BO's são, segundo Gomes et al. (2019) unidades hospitalares de recursos vultosos e dispendiosos que respondem, muitas vezes, pelo sucesso financeiro de um hospital. É uma estrutura de trabalho complexa e que exige atenção constante da equipa multidisciplinar para garantir a segurança dos clientes intervencionados. O EEEMC na AEPSPE tem o dever de identificar e controlar através da implementação de medidas corretivas e se necessário deve estruturar e implementar processos formativos, conjuntamente com o Enfermeiros Gestor do Serviço.

A estrutura, gestão de recursos humanos, financeiros e materiais podem afetar a produtividade e eficiência do BO.

Gomes et al. (2019) reitera a importância do papel do enfermeiro na organização, nos princípios e estratégias da gestão da qualidade.

O colégio da especialidade de EMC refere que “os processos médicos e cirúrgicos complexos

dizem respeito ao conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, baseada na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determina a intervenção especializada do enfermeiro em contexto hospitalar. Estes processos terapêuticos constituem-se como respostas estruturadas, educativas e orientadas, para a necessidade em cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento nº 429/2018, p. 19360). Em simultâneo, Gomes et al. (2019) reitera também a importância de cada um dos elementos da equipa do BO na melhoria da qualidade e da segurança dos serviços de saúde prestados ao cliente e família.

Os serviços prestados no BO exigem uma adequada organização dos profissionais de saúde e de equipamentos, apoiados por procedimentos abrangentes e documentados, que reflitam uma prática de elevada qualidade.

Segundo Gomes, Martins e Fernandes (2016), as características dos ambientes perioperatórios colocam em risco de erro a equipa de saúde e em risco de ocorrência de eventos adversos. Devido à complexidade da sua atividade e à sua natureza interdisciplinar, o BO constitui um campo vasto de atuação necessária para a implementação de medidas que garantam a qualidade total, incluindo critérios de qualidade transversais a toda a organização e específicos do BO. A implementação de medidas que garantam a qualidade dos cuidados e a segurança do cliente é prioritária.

Assim, é importante na organização do BO incorporar boas práticas para reduzir a contaminação ambiental, promover a disposição ideal dos equipamentos e reconhecer os circuitos críticos para a segurança do cliente. A regulamentação dos circuitos de limpos e sujos é importante na prevenção da infeção neste contexto.

A avaliação da estrutura do BO revela as condições em que os cuidados são prestados. Os atributos da estrutura são mais facilmente observáveis e documentados.

Segundo Nunes et al. (2018), no inquérito nacional de prevalência da infeção realizado em 2012, de entre as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) no hospital, 18% são ILC.

A formação para o desenvolvimento de princípios norteadores da prevenção da contaminação do BO e da ILC permitiu conduzir o trabalho das AO.

Segundo Joyce A. e James H. (2013), um programa abrangente que pretenda reduzir a ILC deve incluir uma avaliação das fontes potenciais de contaminação.

A organização física das estruturas bem como todo o tipo de materiais e dispositivos que lá se encontram alocados na sala h, assim como a separação de zonas limpas e contaminadas é essencial para a prevenção da contaminação de produtos que se deslocam da sala h para o interior do BO bem como a proteção da esterilidade dos packs cirúrgicos e embalagens estéreis durante a manipulação, transporte e armazenamento, antes da utilização.

Segundo Wahr, J. et al. (2013, p. 3) “a Association of PeriOperative Registered Nurses forneceu

extensas práticas recomendadas para limpeza ambiental em ambientes perioperatórios, incluindo uma revisão abrangente dos agentes e técnicas de limpeza preferidos para garantir a eliminação eficaz da extensa variedade de patógenos presentes”.

O mesmo autor afirma que “cumprimento dos procedimentos de limpeza e desinfecção pela equipa de limpeza pessoal deve ser assegurada por meio de monitorização” (Wahr, J. et al., 2013, p. 3). Neste sentido foi elaborado uma proposta de documento de monitorização e validação bidirecional para a limpeza da sala h com o intuito de contribuir para a prevenção das contaminação de produtos e materiais e por conseguinte a prevenção da contaminação no BO e na ILC.

A Instituição de Saúde em causa tem um projeto arquitetónico de remodelação da sala h, contudo há constrangimentos financeiros que atrasam a realização da obra. As alterações nas estruturas físicas requerem sempre investimento financeiro e pré-disponibilidade para atender às solicitações e necessidades que conduzem à proposta de mudança. Enquanto aluna e estagiária no BO em questão, o meu contributo foi identificar problemas e realizar formação, no sentido de melhorar os conhecimentos passíveis de implementar na atividade profissional diária das equipas do BO e atender aos princípios norteadores apesar da estrutura física estar desajustada aos requisitos para a prevenção da contaminação no BO e na ILC.

5.1.4. Discussão dos resultados

A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário aplicado à EE e equipa de AO do BO.

Esta recolha de dados permitiu descrever as intervenções de enfermagem e as tarefas da equipa de AO preventivas ou indutoras da ILC. Assim, mostrou-se importante desenvolver estratégias pró-ativas e formativas, a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da ILC, desenvolver conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que servirão de referência para a equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da ILC.

A aplicação dos questionários à EE contou com a total colaboração da equipa na medida em que 100% da amostra respondeu a todas as questões.

O questionário foi composto por 10 perguntas de escolha múltipla referentes ao conhecimento e aplicação da Norma da DGS nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Da análise quantitativa dos dados podemos afirmar que se obteve uma percentagem de 90% de respostas favoráveis à aplicação da norma mencionada.

Podemos concluir que este resultado é bastante positivo na medida em que juntamente com a formação ministrada no serviço, a EE e de AO se encontram informadas e envolvidas na prevenção da ILC.

6. CONTINUIDADE DA APLICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A frequência no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória foi sustentada por objetivos essencialmente profissionais nomeadamente na aquisição de competências específicas da Enfermagem nesta área, a aquisição de conhecimento bem como a transmissão das competências e conteúdos científicos adquiridos no contexto da prática profissional.

Assim após terminado o ENP e em fase de preparação do presente relatório organizaram-se as Jornadas SU'23 Barcelos, levadas a cabo pela Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência (SU) do Hospital Santa Maria Maior Barcelos, no qual estou integrada e onde exerço atualmente funções. Neste âmbito fui desafiada pela Comissão Científica do evento a desenvolver algum conteúdo da minha experiência académica na área do perioperatório aplicado num SU. Assim surgiu o poster com o tema: “Prevenção da ILC no cliente admitido no SU” (no anexo III) sustentado por uma revisão de literatura.

O papel do enfermeiro do SU pode ser crucial para a implementação de práticas geradoras de indicadores de resultado ideais para o cliente na prevenção da ILC.

As medidas preventivas devem ter início no pré-operatório independentemente das circunstâncias ou local onde ocorre, como é o exemplo dos clientes admitidos em situação de urgência. Os enfermeiros do SU devem estar elucidados quanto à importância da preparação pré-operatória para a prevenção da ILC e as intervenções adequadas a esta fase.

Esta pesquisa sustentou a importância da ligação que deve acontecer entre as diferentes áreas de especialização da Enfermagem em prol da melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Considerando todo o percurso aqui transcrito nesta reta final para a conclusão do curso a que me propus, posso considerar todo este caminho enriquecedor do ponto de vista pessoal, mas essencialmente profissional. Mostrou-se um percurso longo e por vezes duro e difícil, com momentos de ânimo e outros de desânimo, sobretudo pelo cansaço de tão dura jornada. Neste momento reflexivo, posso concluir que de facto quanto mais dura a caminhada, maior o prazer na chegada.

Tal como referi anteriormente neste documento, a frequência deste curso não constituiu apenas um momento formativo e académico, mas sim a criação de uma bagagem para o meu futuro profissional.

O presente relatório pretende incorporar os conceitos teóricos adquiridos ao longo do curso, na prática clínica aplicada no estágio de natureza profissional, o que despertou o interesse pela área na qual desenvolvi o meu projeto de estágio.

Os objetivos propostos na fase inicial do estágio profissional foram sendo alcançados à medida que progredia.

A exigência para a prática da Enfermagem especializada levou-me a uma reflexão contínua para a importância do papel do EEEMC na AEPSPO e a sua contribuição para a excelência do cuidar.

O estágio em concreto foi rico em experiências que me conduziram ao desenvolvimento de competências especializadas na área mencionada, à reflexão quanto à perspetiva do cliente e família/pessoa significativa e capacidade de tomada de decisão em Enfermagem sustentada na mais recente evidência científica e que se traduziu em intervenções autónomas de Enfermagem seguras.

A elaboração do projeto de estágio possibilitou a aquisição de competências de carácter ético, legal e deontológico para a aplicação dos questionário e tratamento dos dados obtidos.

O recurso a este método de colheita de dados suscitou o debate e a partilha de ideias, conhecimentos e opiniões no interior da EE, formada por enfermeiros especialistas e não especialistas, promovendo a coesão e a discussão saudável dos problemas enfrentados na prática profissional.

As competências adquiridas ao longo de todo o percurso académico contribuíram para desenvolver o meu interesse na procura contínua pela evidência científica com vista à incessante busca do conhecimento, à capacidade de proporcionar a melhor qualidade possível

na prestação dos cuidados de Enfermagem e à contribuição para o desenvolvimento científico de Enfermagem.

A criação do projeto de reestruturação da sala h bem como o desenvolvimento do protocolo deixaram em aberto a possibilidade da sua aplicação e a construção de protocolos de serviço mais adequados às normas vigentes e a atualização de outros já existentes.

O CMEMCPSPE permitiu-me o desenvolvimento de conhecimento e das diversas competências preconizadas para o EE em EMCPSP, tendo também sido extremamente rico no plano social, pelo contacto com os demais elementos da equipa do BO.

7. BIBLIOGRAFIA

SOBECC, R. (2021). Diretrizes de Práticas em Enfermagem Perioperatória e Processamento de Produtos para Saúde. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, 2, 567-596.

Decreto regulamentar 153/2015; Ministério do ambiente, Ordenamento do Território e Energia. (2015). Diário da república, 1ª série - Nº 153 - 7 de agosto

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) - Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos em Cirurgia Ambulatória. Janeiro. 2012. Disponível em: apca.com.pt

Oliveira, Jaime (2021). Síndrome do túnel cárpico: revisão da literatura. Porto. Gazeta médica. 3(8). Disponível em: gazetamedica.com

Barreto Filho, D.; Barreto,V.; Oliveira, S. (2022). Uso da técnica Walant para tratamento da síndrome do túnel carpo: revisão da literatura. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. 37 (1). Disponível em: scielo.br

Pérez, R.; Camejo, J.; Lara,F. (2022). Anestesia local para a cirurgia de la hérnia inguinal entre a evidencia e a experiencia. Revista Cubana de Cirurgia. 2022 (Jul- Sep);61(3). Disponível em: revcirugia.sld.cu

Chammas, J.; Burmann, L.; Ramos, R.; Neto, F.; Silva, J. (2014). Síndrome do túnel do carpo - Parte II (tratamento). Revista Brasileira de ortopedia. Publicado por Elsevier Editora. Disponível em: scielo.br

Ekin, A.; Donmez, F.; Taspinarb, V.; Dikmenb, B. (2012). Sedação Controlada pelo Paciente em Cirurgia Ortopédica sob Anestesia Regional: uma Nova Abordagem em Sedação. Revista Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora. Disponível em: scielo.br

Bahar, E.; Yoon, H. (2021). Lidocaine: A Local Anesthetic, Its Adverse Effects and Management. National Library of Medicine. Publicado por PubMed Central. Disponível em: [doi: 10.3390/medicina57080782](https://doi.org/10.3390/medicina57080782)

Morehouse,H., Goble,H., Lambert,B., Cole,J., Holderread,B., Todd Siff,J., McCulloch,P., Liberman,S. (2021). Pressão de oclusão do membro versus pressão de torniquete pneumático padrão em cirurgia aberta do túnel do carpo - um estudo randomizado. Cureus 13(12): e20110. Disponível em: [ncbi.nlm.nih.gov](https://www.ncbi.nlm.nih.gov)

Pereira,A., Hendriks, S., Faca, S., Bodin, F., Um gay, Liverneaux, P. (2015). Avaliação de um novo

torniquete para cirurgia da mão: comparação de 76 casos de síndrome do túnel operados com Hemaclear1Torniquete Modelo-F contra uma catraca pneumática. Universidade de Estrasburgo. Publicado por Elsevier. Disponível em: [dx.doi.org](https://doi.org/10.1016/j.jocn.2016.05.024)

CASTROPIL, W., BITAR, A., BROTTTO, M., D'ELIA, C., SCHOR, B., LUQUES, I. (2008). Neurapraxia do femoral pelo uso do garrote: relato de caso* Femoral neurapraxia due to the use of tourniquet: case report. Revista Brasileira de Ortopedia. 43(11/12):513-5. Disponível em: [doi.org](https://doi.org/10.1016/j.jocn.2016.05.024)

Borire, A., Hughes, A., Lueck, C., Colebatch, J., Krishnan, A. (2016). Diferenças ultrassonográficas na síndrome do túnel do carpo com estudos de condução nervosa normais e anormais. Jornal de Neurociência Clínica, disponível em Elsevier <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1016/j.jocn.2016.05.024>

Carvalho, R., Bianchi, E. (2016). Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. (2ª ed.). Brasil. Editora Manole Disponível em: edisciplinas.usp.br

Gonçalves, M., Cerejo, M., Martins, J. (2017). A influência das informações fornecidas pelos enfermeiros na ansiedade pré-operatória. Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 14. Coimbra. Portugal Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17023>

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Centro Hospitalar de Leiria, Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2016). Manual de Cuidados Pós Anestésicos. (1ª ed.) Coimbra. Disponível em: simcoimbra.org

Borire, A. A., Hughes, A. R., Lueck, C. J., Colebatch, J. G., & Krishnan, A. V. (2016). Sonographic differences in carpal tunnel syndrome with normal and abnormal nerve conduction studies. Journal of Clinical Neuroscience, 34, 77-80. [doi.org](https://doi.org/10.1016/j.jocn.2016.05.024)

Barros, M. F. F. H., Luz Júnior, A. da R., Roncaglio, B., Queiróz Júnior, C. P., & Tribst, M. F. (2016). Avaliação do tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo com anestesia local. Revista Brasileira de Ortopedia, 51(1), 36-39. [doi.org](https://doi.org/10.1016/j.jocn.2016.05.024)

Serrão Jacob, S. V. (n.d.). CIRURGIA DE AMBULATÓRIO UM FUTURO PRESENTE - Importância cuidados de enfermagem préoperatórios [Review of CIRURGIA DE AMBULATÓRIO UM FUTURO PRESENTE - Importância cuidados de enfermagem préoperatórios]. Retrieved September 23, 2019, from comum.rcaap.pt

Guido, L. de A., Goulart, C. T., Brum, C. N. de, Lemos, A. P., & Umman, J. (2014). Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 6(4), 1601-1609. redalyc.org

Diário da República n.º 28/2018, Série II, páginas 4511 - 4511, II (2018). diariodarepublica.pt

Catarino, F., Lourenço, C., Correia, C., Dória, J., Dixe, M., Santos, C., Sousa, J., Mendonça, S., Cardoso, D., Costeira, C.R. (2022). Nursing Care in Peripheral Intravenous Catheter (PIVC):

Protocol of a Best Practice Implementation Project. Nursing reports (Pavia, Italy) [Nurs Rep], ISSN: 2039-4403, 2022 Jul 13; Vol. 12 (3), pp. 515-519

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Disponível em: ordemenfermeiros.pt

Gonçalves, M., Cerejo, M., Martins, J. (2017). A influência das informações fornecidas pelos enfermeiros na ansiedade pré-operatória. Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 14. Coimbra. Portugal. Disponível em: doi.org

Oliveira Serra, Maria Aparecida Alves; Ferreira da Silva Filho, Francisco; de Oliveira de Albuquerque, Andreia; dos Santos, Carlos Alberto Andrade; de Carvalho Junior, José Freire; de Araújo e. Silva, Roberta. Nursing Care in the Immediate Postoperative Period. Online Brazilian Journal of Nursing, 2015; 14(2): 161-167. 7p. ISSN: 1676-4285;

Lemos, CS, Poveda, VB, Peniche, ACG. (2017). Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 25: e2952. Disponível em: eds.a.ebscohost.com

Hurst, Amy. 2017. Anesthesia, General: Providing Patient Care in the Operating Room. Diane Pravikoff, RN, PhD, FAAN. Retirado de eds.a.ebscohost.com

Direção Geral da Saúde (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Recuperado de eds.b.ebscohost.com

Potter, P. & Perry, A. (2006). Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos. 5a Edição. Editora Lusociência. ISBN 9789728930240

AESOP (2017) ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES Práticas Recomendadas para Bloco Operatório - Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida.

Link, T. (2020). Guidelines in practice:hypothermia prevention. AORN Journal 111(6):653-666. DOI: 10.1002/aorn.13038. PMID: 32463495.

Johnson, A., & Ahrens, T. (2015). Stroke Volume Optimization: The New Hemodynamic Algorithm. Critical Care Nurse, 35(1), 11-27. <https://doi.org/10.4037/ccn2015427>

Markström, I., Bjerså, K., Bachrach-Lindström, M., Falk-Brynhildsen, K., & Hollman Frisman, G. (2020). Operating room nurses’ experiences of skin preparation in connection with orthopaedic surgery: A focus group study. International Journal of Nursing Practice, 26(5).

Reis, Joana (2011). Retinopatia diabética com edema macular subjacente. Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde. Covilhã, Portugal Disponível em: ubibliorum.ubi.pt

Rodrigues, E., Maia, M., Penha,F., Dib, E. Bordon, A., Magalhães Júnior, O., Farah, M. Técnica

para injeção intravítrea de drogas no tratamento de doenças vítreoretinianas (2008). Arquivo Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo, Brasil. Disponível em: [acervodigital.ufpr.br %20RAFAELA%20CESARIO%20PEREIRA%20MALUF.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://acervodigital.ufpr.br/%20RAFAELA%20CESARIO%20PEREIRA%20MALUF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Figueira, João. (2015). Tratamento das formas da retinopatia diabética associadas à perda de visão. Universidade de Coimbra. Coimbra. Disponível em: [file: %C3%A0%20perda%20de%20vis%C3%A3o%20\(1\).pdf](http://file:%C3%A0%20perda%20de%20vis%C3%A3o%20(1).pdf)

Rodrigues, Pedro. (2016). Retinopatia Pigmentar: revisão bibliográfica. Universidade do Porto. Disponível em: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/Retinopatia_Pigmentar_Revisao_Bibliografica%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Asus/Downloads/Retinopatia_Pigmentar_Revisao_Bibliografica%20(1).pdf)

Maluf, Rafaela (2017). Comparação da analgesia via oral versus analgesia tópica ocular durante procedimento de injeção intravítrea. Universidade Federal do Paraná. Curitiba

Falavigna, L., Scheid, K., Lavinsky, D., Mallmann, F. (2020) Protocolo de injeções intravítreas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: uma revisão de condutas para uma assistência mais qualificada. Clin Biomed Res. 2020;40(3):173-183. Disponível em: ema.europa.eu

Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem MédicoCirúrgica na Área de Enfermagem na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, Regulamento n.º 429/2018 - Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16

Scheid, K. L., Falavigna, L., Lavinsky, D., & Mallmann, F. (2021). Protocolo assistencial de injeções intravítreas do HCPA: degeneração macular relacionada com a idade na forma neovascular. Clinical & Biomedical Research. ema.europa.eu

Gonçalves, M., Cerejo, M., Martins, J. (2017). A influência das informações fornecidas pelos enfermeiros na ansiedade pré-operatória. Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 14. Coimbra. Portugal. Disponível em: doi.org

EMA. (2019, December 10). Beovu. European Medicines Agency. normas.dgs.min-saude.pt

Rodrigues, E., Maia, M., Penha, F., Dib, E. Bordon, A., Magalhães Júnior, O., Farah, M. Técnica para injeção intravítrea de drogas no tratamento de doenças vítreoretinianas (2008). Arquivo Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo, Brasil. Disponível em: [acervodigital.ufpr.br %20RAFAELA%20CESARIO%20PEREIRA%20MALUF.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://acervodigital.ufpr.br/%20RAFAELA%20CESARIO%20PEREIRA%20MALUF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

ABREU, Margarida Neves de Empreendedorismo em Enfermagem: da autonomia à definição de projetos de sucesso. Coimbra: Cadernos Sinais Vitais. 2007. 64p. ISBN 978-972-8485-90-0.

AESOP – Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados. Lisboa: Lusodidacta, 2012. ISBN: 978-972-8930-16-5.

Bilbao, M. (2019). Um projeto para a prevenção e controlo da infeção no perioperatório. Centro

Hospitalar Universitário Lisboa Central, recuperado de chlc.minsaude.pt

Cardoso, R. B., Caldas, C. P., & Souza, P. A. de. (2019). USO DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista de Enfermagem E Atenção à Saúde*, 8(1).

Dallolio, L., Raggi, A., Sanna, A., Mazzetti, M., Orsi, A., Zanni, A., Farruggia, P., Leoni, E. (2018). Vigilância das Medidas Ambientais e Processuais de Controle de Infecção no Centro Cirúrgico. *Jornal Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública* (15), 46.

Despacho 9390/2021 de 24 de setembro. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, páginas 96 - 103. Lisboa: Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Disponível em: diariodarepublica.pt

Direção Geral da Saúde (2013). Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, 024/2013 de 23/12/2013

Direção Geral da Saúde (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Recuperado de dgs.pt

Direção Geral da Saúde (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Recuperado de normas.dgs.min-saude.pt

Entidade Reguladora da Saúde. (2009). Consentimento Informado: relatório final. Porto. Disponível em: ers.pt

Fortin MF, Cote J, Filion F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. 5th ed. Loures: Lusodidacta; 2009.

Guimarães, A. (2021). Adaptação cultural e validação da escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde. Disponível em: hdl.handle.net

Gomes, J., Martins, M., Fernandes, C. (2016). Instrumentos para avaliar a qualidade e segurança no Bloco Operatório-Revisão Integrativa. *Revista Cogitare Enfermagem* (21), 1-9. Recuperado de revistas.ufpr.br

Gomes, J., Martins, M., Tronchain, D., Fernandes, C. (2019). Validação de uma escala sobre indicadores de estrutura no bloco operatório: contributos para a enfermagem. *Aquichan*. (19), 31-35. Recuperado de aquichan.unisabana.edu.co

Jacob, S. (2019). CIRURGIA DE AMBULATÓRIO UM FUTURO PRESENTE – Importância cuidados de enfermagem pré-operatórios. Instituto Politécnico de Setúbal: Escola Superior de Saúde. Disponível em: hdl.handle.net

Joyce A., James, H. (2013). Environmental Hygiene in the Operating Room: Cleanliness,

Godliness, and Reality. International Anesthesiology Clinics. (51) 1, 93-104. Recuperado de pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

Marques, A. (2011). Cuidados de Enfermagem Pré e Pós-Operatórios em Cirurgia Ambulatória: Perceção dos Doentes. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: repositorio.esenfc.pt

Nogueira, M. (1990) História da Enfermagem. Edições Salesianas. ISBN: 9789726902256

Nunes, D., Bernardino, S., Mota, L., Príncipe, F. (2018). Itens cirúrgicos individualizados e packs cirúrgicos personalizados na gestão do bloco operatório. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 1(2), 37-47

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018. Diário da República, 2.ª série, n.º 135 de 16 de julho de 2018. Recuperado de ordemenfermeiros.pt

Ordem Dos Enfermeiros. A Profissão. Disponível em: ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros. Colégio da Especialidade de Enfermagem Medico-Cirurgica: 3ª Assembleia; Sessão extraordinária. 25 novembro 2017.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros - Padrões de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. 1ª Edição. Ordem dos Enfermeiros (2001). Lisboa. Portugal

Praxedes, M. (2023). Enfermagem: autonomia no processo do cuidar. Atena Editora. ISBN 978-65-258-1312-7

Príncipe, F. (2018). Itens cirúrgicos individualizados e packs cirúrgicos personalizados na gestão do bloco operatório. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 1(2), 37-47

Portaria n.º 306-A/2011, Artigo 2º (2011, 20 de dezembro) (Portugal). Diário da República I Série, (242/2011). dre.pt

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, páginas 19359 - 19370. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: diariodarepublica.pt

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 - 4750. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: diariodarepublica.pt

Rodrigues, E., Maia, M., Penha, F., Dib, E. Bordon, A., Magalhães Júnior, O., Farah, M. Técnica para injeção intravítrea de drogas no tratamento de doenças vítreoretinianas (2008). Arquivo

Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo, Brasil. Disponível em: [acervodigital.ufpr.br
%20RAFAELA%20CESARIO%20PEREIRA%20MALUF.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://acervodigital.ufpr.br/%20RAFAELA%20CESARIO%20PEREIRA%20MALUF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Salgueiro, S. (2014). Competências e Fundamentos da Enfermagem Perioperatória. Instituto Politécnico de Setúbal: Escola Superior de Saúde. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/7476>

Wahr, J. A., & Abernathy, J. H. (2013). Environmental Hygiene in the Operating Room. *International Anesthesiology Clinics*, 51(1), 93-104. <https://doi.org/10.1097/aia.0b013e31827da44b>

8. ANEXOS

Anexo I

Questionário – “Aplicação das medidas preventivas de infeção do local cirúrgico no Bloco Operatório”

Solicito a sua participação no preenchimento do formulário em anexo para a concretização do projeto de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Amostra: Equipa de enfermagem Bloco Operatório (19 enfermeiros)

Questionário

“Aplicação das medidas preventivas de infeção do local cirúrgico no Bloco Operatório”

O presente questionário está integrado num estudo a desenvolver no âmbito de concretização do projeto de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação do Professor Doutor Paulo Machado e da Professora Doutora Ana Leonor Ribeiro.

Tem como objetivos gerais:

- Averiguar o nível de conhecimento da equipa de enfermagem do Bloco Operatório no que respeita à prevenção da infeção do local cirúrgico;
- Identificar o nível de conhecimento sobre a norma da DGS “Feixe de intervenções da prevenção da infeção do local cirúrgico”;
- Identificar as necessidades formativas na área de intervenção da prevenção da infeção do local cirúrgico.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Este questionário é anónimo, confidencial e voluntário e não pretende atribuir classificações, mas apenas analisar a sua perceção sobre as suas competências na área descrita.

A privacidade e a proteção dos dados estão de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que agradeço antecipadamente a sua colaboração.

Na primeira parte, encontrará questões de caracterização sociodemográfica e profissional, não tendo o propósito de o/a identificar, mas de reunir dados para a análise estatística.

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar voluntariamente neste estudo, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária ofereço, confiando que estes apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assim declaro que li, compreendi e pretendo participar neste estudo.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Parte I – Dados Sociodemográficos

Categoria Profissional:

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro Graduado
- ☐ Enfermeiro Especialista
- ☐ Enfermeiro Gestor

Tempo de exercício profissional: _____ anos

Parte II – Conhecimento sobre Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC) e Norma DGS “Feixe de intervenções da prevenção da infecção do local cirúrgico”

Tendo em conta o seu conhecimento sobre a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC), leia atentamente todas as questões e assinale a alínea correspondente à resposta que considera mais correta. No final certifique-se que respondeu a todas as questões.

1- Aquando das consultas de enfermagem pré-operatória, no que respeita ao banho pré cirúrgico aconselha que o momento do banho aconteça:

- ☐ No dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia
- ☐ No dia da cirurgia
- ☐ No dia anterior à cirurgia
- ☐ No dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia com duas horas de antecedência relativamente à hora prevista da cirurgia
- ☐ Se nenhuma das opções anteriores, diga qual: _____

2- A realização do banho pré-cirúrgico deve ser com:

- ☐ Sabão Neutro
- ☐ Iodopovidona-solução dérmica
- ☐ Cloro-hexidina a 2%
- ☐ Apenas com água
- ☐ Se nenhuma das opções anteriores, diga qual: _____

3- A tricotomia é um procedimento que na intervenção cirúrgica deve ser:

- ☐ Sempre efetuada
- ☐ Nunca efetuada
- ☐ Deve ser evitada
- ☐ É irrelevante
- ☐ Se nenhuma das opções anteriores, diga qual: _____

4- Aquando das consultas de enfermagem pré-operatória, no que respeita à tricotomia, aconselha que seja efetuada:

- ☐ No dia anterior à intervenção cirúrgica
- ☐ 60 a 90 min antes da intervenção cirúrgica
- ☐ Imediatamente antes da intervenção cirúrgica, se necessário.
- ☐ No momento do banho pré-cirúrgico
- ☐ Se nenhuma das opções anteriores, diga qual: _____

5- A tricotomia deve ser realizada com:

- ☐ Lâmina de barbear
- ☐ Máquina de corte
- ☐ Navalha de barbear
- ☐ Bisturi
- ☐ Se nenhuma das opções anteriores, diga qual: _____

6 – A manutenção da normotermia do cliente no período peri-operatório é importante para a prevenção da ILC.

- ☐ Concordo.
- ☐ Concordo de certo modo.

- ☐ Discordo.

7 – A avaliação da temperatura deve ser feita:

- ☐ Na admissão do cliente
- ☐ Apenas no intra-operatório
- ☐ Apenas no pós-operatório
- ☐ Em todas as fases do percurso peri-operatório

8 - A manutenção da normoglicemia do cliente no período peri-operatório é importante para a prevenção da ILC.

- ☐ Concordo.
- ☐ Concordo de certo modo.
- ☐ Discordo.

9 – A avaliação da glicemia deve ser feita:

- ☐ Na admissão do cliente
- ☐ Apenas no intra-operatório
- ☐ Apenas no pós-operatório
- ☐ Em todas as fases do percurso peri-operatório

10- A administração de antibiótico para a profilaxia antibiótica cirúrgica deve ocorrer:

- ☐ No momento da incisão cirúrgica
- ☐ Dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica
- ☐ Dentro dos 90 minutos anteriores à incisão cirúrgica
- ☐ Após a incisão cirúrgica
- ☐ Se nenhuma das opções anteriores, diga qual: _____

Anexo II

"Aplicação das medidas preventivas de infeção do local cirúrgico no Bloco Operatório"

O presente questionário está integrado num estudo a desenvolver no âmbito de concretização do projeto de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação do Professor Doutor Paulo Machado e da Professora Doutora Ana Leonor Ribeiro.

Tem como objetivos gerais:

- Averiguar o nível de conhecimento da equipa de auxiliares do Bloco Operatório no que respeita às tarefas que são da sua competência e que podem influenciar na prevenção da infeção do local cirúrgico;
- Identificar o nível de conhecimento sobre higiene e contaminação no bloco operatório";
- Identificar as necessidades formativas na área de intervenção, dentro das tarefas do auxiliar de saúde e que podem influenciar a prevenção da infeção do local cirúrgico.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Este questionário é anónimo, confidencial e voluntário e não pretende atribuir classificações, mas apenas analisar a sua perceção sobre as suas competências na área descrita.

A privacidade e a proteção dos dados estão de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que agradeço antecipadamente a sua colaboração.

Na primeira parte, encontrará questões de caracterização sociodemográfica e profissional, não tendo o propósito de o/a identificar, mas de reunir dados para a análise estatística.

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar voluntariamente neste estudo, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária ofereço, confiando que estes apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assim declaro que li, compreendi e pretendo participar neste estudo.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Parte I – Dados Sociodemográficos

Categoria Profissional: Auxiliar de saúde

Tempo de exercício profissional no bloco operatório: _____ anos

Parte II - Conhecimento sobre contaminação no Bloco Operatório e as tarefas da competência dos auxiliares que podem influenciar a prevenção da infeção do local cirúrgico.

1- No cumprimento das suas tarefas no bloco operatório, tem contacto com produtos químicos e biológicos. Como classifica a importância da separação e armazenamento dos lixos contaminados?

- ☐ Nada importante;
- ☐ O mais importante é retirar o lixo da sala cirúrgica para não atrasar o programa cirúrgico;
- ☐ Importante, mas posso retirar o lixo da sala cirúrgica para não atrasar o programa cirúrgico e arrumá-lo devidamente no final do turno;
- ☐ Muito importante, sempre que retiro o lixo biológico da sala fecho o saco, coloco dentro da biobox e encerro a biobox sem danificar o saco.

2- Relativamente ao uso das biobox:

- ☐ O importante é conseguir armazenar a maior quantidade de lixo dentro da biobox e encerrar;
- ☐ Não é importante manter a integridade dos sacos de lixo biológico se estes estiverem dentro de uma biobox;
- ☐ É importante manter a integridade dos sacos de lixo biológico mesmo que estes estejam dentro de uma biobox;

3- Relativamente à desinfeção dos espaços e equipamentos.

- ☐ Tive formação relativamente aos produtos de higiene e desinfeção disponíveis no Bloco Operatório e respeito as indicações;
- ☐ Tive formação relativamente aos produtos de higiene e desinfeção disponíveis no Bloco Operatório mas não tenho tempo para respeitar todas as recomendações;
- ☐ Uso sempre uma concentração dos produtos superior ao recomendado porque tem um cheiro agradável;
- ☐ Não tive formação relativamente aos produtos de higiene e desinfeção disponíveis no Bloco Operatório.

4- Já obteve formação sobre riscos biológicos, químicos e físicos?

☐ Não. Porquê?

☐ Sim. Qual?

5- *Como considera a formação em serviço?*

☐ Muito importante

☐ Importante

☐ Nada importante

Parte III – O Bloco Operatório dispõe de uma sala de armazenamento de material contaminado, material limpo e material descartável de uso único denominada para este estudo de *sala h*.

1- *Relativamente à disposição dos produtos e organização da sala h, como a caracteriza:*

☐ Adequada, porque _____

☐ Desadequada, porque _____

2- *Sempre que é solicitado um equipamento que se encontra armazenado na sala h, procedo a uma desinfeção para impedir uma provável contaminação na sala cirúrgica.*

☐ Verdade;

☐ Nunca, o material armazenado na sala h já está desinfetado;

☐ Raramente porque não tenho tempo.

3- *Como procede ao transporte do material descartável de uso único para o armazenamento interior do bloco operatório:*

☐ Uso a caixa na qual se encontra armazenado para mais facilmente o mobilizar para o interior do Bloco Operatório;

☐ Retiro o material da caixa de armazenamento e levo num carrinho de transporte para o interior do Bloco Operatório;

☐ Retiro o material da caixa de armazenamento e levo-o “na mão” para o interior do Bloco Operatório na quantidade máxima que consigo transportar.

Obrigada pela sua participação!

Anexo III

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 37/2023 -CES	Pág. 1 de 2
--	---	----------------------------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 32 – 19/04/2023_ Assunto: Autorização para Realizar um Trabalho de Investigação Intitulado: "A gestão física e o conhecimento da equipa multidisciplinar no Bloco Operatório na Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico no Cliente submetido a Hernioplastia Inguinal "	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): 1- Cátia Filipa Caramalho Moura Viana – Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na Escola Superior de Enfermagem do Porto
--	--

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Autorização para realizar um trabalho de Investigação intitulado: "A gestão física e o conhecimento da equipa multidisciplinar no Bloco Operatório (BO) na Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico (ILC) no Cliente submetido a Hernioplastia Inguinal"

Objectivos:

- Conhecer o estado da arte relativamente ao tema em estudo: hernioplastia/ infecção do local cirúrgico e indicadores de estrutura no BO;
- Identificar uma problemática nos indicadores de resultado que constitua evidência científica para a prática de enfermagem especializada: incidência da ILC na cirurgia da hernioplastia do Bloco Ambulatório da ULSAM;
- Identificar oportunidades de melhoria no conhecimento da prevenção da ILC em enfermeiros e assistentes operacionais;
- Desenvolver estratégias pró-ativas e formativas, a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da ILC;
- Desenvolver conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que permitam servir de referência para a equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da ILC.

Metodologia: Aplicação dos questionários à Equipa de Enfermagem e equipa de Assistentes Operacionais e desenvolver oportunidades formativas para as equipas

mencionadas e protocolar medidas corretivas e promotoras da prevenção da ILC por meio da aquisição de conhecimento e adoção de boas práticas.

Local de Realização:

Hospital Santa Luzia no Bloco Ambulatório

Autorização:

Foi dada pelo Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório da ULSAM

2. Fundamentação

Existe a perceção de maior prevalência de ILC em clientes submetidos a hernioplastia inguinal relativamente às outras cirurgias realizadas no Bloco Operatório. Numa pesquisa realizada no serviço, num total de 78 consultas, 3 afirmaram a ocorrência de ILC o que revela 3,8% de incidência de ILC em clientes submetidos a hernioplastia inguinal no Bloco Operatório. Como tal, torna-se pertinente promover cuidados à pessoa em situação perioperatória nas diferentes áreas de atuação e desenvolver competências na área de segurança e consciência cirúrgica. Também é fundamental criar oportunidades formativas para as equipas do Bloco Operatório e protocolar medidas corretivas e promotoras da prevenção da ILC por meio da aquisição de conhecimentos e adoção de boas práticas. Este trabalho procura dar resposta a estas necessidades sentidas.

3. Conclusão/parecer

Não se encontram desrespeitadas as exigências éticas e legais para o fim em vista do estudo, pelo que deve ser dado parecer positivo ao solicitado.

Nota: Referências bibliográficas:

Não foram apresentadas

Relator(es)	Nelson Rodrigues
Ratificado em reunião do dia	18 / 05 / 2023
Enviado parecer: ____ / ____ / ____	

18/05/2023

O Presidente da CES


DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES

Anexo IV

SERVIÇO: Bloco Operatório

Mês: _____ Ano: _____

[illegible]

O Responsável: _____ Data: __/__/__

Anexo V

Prevenção da infecção do local cirúrgico no cliente admitido no serviço de urgência

Enfermeira Ana Mafalda Zão, Hospital Santa Maria Maior, Enfermeira Cátia Filipa Viana, Hospital Santa Maria Maior (catiamoura.5@gmail.com)

Introdução

A infecção do local cirúrgico (ILC) está relacionada com a morbimortalidade em clientes cirúrgicos e tem um elevado impacto financeiro pelo que reduzir a sua incidência é imperativo.

A ILC pode ser definida como uma infecção que surge no local da incisão cirúrgica ou na sua proximidade (incisional, profunda ou órgão/espaco) nos primeiros trinta dias de pós-operatório ou até um ano, no caso de colocação de prótese ou implante/transplante.

A prevenção da ILC é multifatorial e depende da combinação de diversas medidas como a preparação pré-operatória, a técnica asséptica cirúrgica, a profilaxia antibiótica e os cuidados no pós-operatório (DGS,2013).

As medidas preventivas devem ter início no pré-operatório independentemente das circunstâncias ou local onde ocorre, como é o exemplo dos clientes admitidos em situação de urgência. Os enfermeiros do serviço de urgência devem estar elucidados quanto à importância da preparação pré-operatória para a prevenção da ILC e as intervenções adequadas a esta fase.

O papel do enfermeiro do serviço de urgência pode ser crucial para a implementação de práticas geradoras de indicadores de resultado ideais para o cliente na prevenção da ILC.

Objetivos

-Alertar para a importância dos cuidados de enfermagem no pré-operatório para a prevenção da ILC;

-Informar sobre as medidas preventivas de ILC possíveis de executar em clientes admitidos para cirurgia no Serviço de Urgência.

Intervenções no âmbito da questão

No cliente a ser submetido a intervenção cirúrgica, no âmbito da prevenção da ILC têm de ser implementadas de forma integrada as seguintes intervenções na fase pré-operatória:

- Realizar rastreio de *Staphylococcus aureus* metilicina resistente (SAMR);
- Na presença de rastreio positivo de SAMR, realizar descolonização nas cirurgias de elevado risco para infecção causadas por *Staphylococcus aureus*;
- Realizar banho com clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto quando existe contra-indicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência);
- Não realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único;
- Realizar profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea e na cirurgia eletiva do cólon e reto, com ou sem preparação mecânica, adicionar profilaxia antibiótica via oral à prescrita por via endovenosa;
- Garantir homeostasia pré-operatória do cliente:
 - manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$);
 - manter normoglicemia ($\leq 180 \text{ mg/dl}$);
 - manter saturação periférica de oxigénio igual ou superior a 95%.



Metodologia

Revisão de literatura: pesquisa em bases de dados, motores de busca Medline, Scielo, EBSCO Host e biblioteca digital da ESEP.

Conclusão

Em síntese, sobressai o papel que o enfermeiro assume em todo o processo de cuidar frente à redução na incidência ILC. É de salientar que se torna um desafio para os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, o dever de desenvolver em conjunto, um plano de ação com vista à prevenção e ao controlo das mesmas.

Referências Bibliográficas:



