EDIÇÃO 7 SETEMBRO 2022

NEWSBLOKER

"INSPIRAÇÃO E CONHECIMENTO NO PERIOPERATÓRIO"

Uma publicação periódica do Grupo Feridas BO

Falar de QUALIDADE em Saúde!

"Na minha opinião é extremamente importante que exista alguma forma de monitorização dos cuidados que são prestados, pois, é a partir desta análise que é possível identificar possíveis melhorias para a nossa prática diária."
Uma reflexão na primeira pessoa da Enfermeira Tânia Ferreira coordenadora e elo dinamizador do Grupo da Qualidade no bloco operatório central, com um forte compromisso em construir uma cultura de segurança num processo continuo com os seus pares. (Pag. 3)

Foi com grande expetativa que abriu a nova Unidade de Cuidados pós Anestésicos no bloco operatório central do CHL. Com capacidade para quinze doentes, esta unidade é completamente nova, dispõe de um sistema de monitorização centralizado, portas automáticas, uma nova orgânica e muito empenho de toda a equipa. Os profissionais de saúde com esta nova unidade, vão certamente, melhorar a sua prestação no âmbito da prevenção e segurança de cuidados ao doente cirúrgico.

NOVA IMAGEM EM VIDEOCIRURGIA

Considerada, a mais alta tecnologia em videocirurgia, é atualmente, a melhor no mercado. Foi assim que começou por ser apresentada a Torre Storz robina 3D/4K à equipa de enfermagem do bloco operatório do CHL. (cont. 3)

NOTÍCIAS, IDEIAS, PERCEÇÕES

1- **Hipertermia maligna**

2- "**Falar de Qualidade em saúde"**

3 **- Estudo sobre** *"Perceção das práticas do enfermeiro de perioperatório na promoção de um ambiente cirúrgico seguro"*

3- **Plano de Emergência Interna contra incêndios no Bloco operatório**

4- **DANTROLENO, sabes preparar?**

PRIMEIRO PRÉMIO
LEIRIA VENCEU

Foi com muito empenho e mérito próprio que a Enfermeira Ana Cristina Matias levou para casa o primeiro prémio das comunicações livres apresentadas no Congresso Nacional AESOP 2022.
"Cultura de segurança do doente em cirurgia ambulatória" foi o tema da comunicação vencedora, que se destacou de 19 que participaram pela sua importância nos cuidados de saúde.
PARABÉNS!

"Será que a perceção das práticas do enfermeiro de perioperatório promovem um ambiente cirúrgico seguro"?

Estudo realizado para identificar a perceção dos enfermeiros sobre o clima de segurança, no Bloco Operatório, dando destaque às práticas do enfermeiro de perioperatório e refletindo sobre a qualidade do ambiente que se vive na sala operatória. (Pag. 4)

FAZ-TE OUVIR PODCAST no perioperatório

Uma partilha de experiências e saberes

Primeiro episódio "Desafios Polivalentes"

https://spotifyanchor-web.app.link/e/wrUYld4K9tb
https://youtu.be/oCpXfEJWKDk

HIPERTERMIA MALIGNA

Adelaide Ferreira | Texto
Enfermeira Perioperatória, no
Bloco Operatório Central- CHL

A hipertermia maligna, apesar de rara, constitui uma das mais graves emergências anestésicas, com implicações clínicas potencialmente trágicas. O conhecimento da sua fisiopatologia e o seu reconhecimento com uma atuação precoce pelos profissionais envolvidos é fundamental.

A hipertermia maligna é uma doença farmacogenética muito rara que afeta o músculo-esquelético e é potencialmente fatal. Em doentes suscetíveis, pode ser desencadeada durante ou, menos frequentemente, após uma anestesia geral sob anestésicos voláteis e/ou succinilcolina (trilux). Perante a exposição a fatores desencadeantes, ocorre uma libertação descontrolada de iões de cálcio do retículo sarcoplasmático, através do recetor de rianodina, causando um rápido aumento do cálcio mioplasmático. Além disso, os recetores mutados apresentam limiar de desativação e relaxamento muscular mais elevado, perpetuando o estado de contração muscular. Este quadro pode levar a uma crise hipermetabólica oxidativa, com aumento do consumo de oxigénio e de produção de dióxido de carbono, aumento de temperatura, perda da integridade da membrana muscular com consequente hipercaliémia, acidose, aumento da creatinina cinase sérica e mioglobinúria.

É mais frequente em crianças e adultos jovens e mais comum em homens do que em mulheres. É transversal a todos os grupos raciais, estimando-se que ocorra em 1:15 000-1:75 000 de todos os atos anestésicos. Apesar da baixa incidência de casos, a prevalência da alteração genética na população é estimada entre 1:2000-1:3000 e a suscetibilidade para hipertermia maligna entre 1:3000 a 1:100 000.

Em 2016, foi realizado um levantamento estatístico nacional para identificar o número de casos de hipertermia maligna nos últimos 20 anos. Foram enviados questionários online a todos os Diretores dos Serviços de Anestesiologia do país, num total de 50 instituições, sendo que 31 instituições responderam ao questionário, tendo sido relatados apenas três casos de hipertermia maligna em 2004, 2013 e 2014. Todas as instituições que responderam ao questionário possuíam *Dantroleno* prontamente disponível no Bloco Operatório.

O quadro clínico, apesar de variável e inespecífico, contém sinais e sintomas sugestivos, tais como a elevação precoce e inexplicada do dióxido de carbono expirado, aumento do consumo de oxigénio, taquicardia e acidose mista, sendo a hipertermia um sinal mais tardio. A rigidez troncular ou corporal e o espasmo do masséter também podem ser observados, por vezes de forma isolada. Se não diagnosticado e tratado atempadamente, pode evoluir para complicações potencialmente fatais, nomeadamente edema pulmonar, coagulação intravascular disseminada, síndrome compartimental e insuficiência de órgãos (renal, cardíaca, hepática e cerebral), culminando em paragem cardiorrespiratória e eventualmente morte.

A utilização de técnicas anestésicas que evitem a utilização dos agentes desencadeantes, associada à descoberta no final dos anos 70 do *Dantroleno* como tratamento específico, levou à diminuição da mortalidade por esta causa, de 80% para 4%-12%.

A administração precoce do tratamento específico e eficaz com o relaxante muscular *Dantroleno*, a paragem da administração do fármaco desencadeante, o arrefecimento ativo, a monitorização e o tratamento das complicações associadas, inicialmente no Bloco Operatório ou na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e posteriormente em Cuidados Intensivos, são essenciais para o sucesso na abordagem desta emergência médica. Igualmente importante é a ponderação dos diagnósticos diferenciais.

Após a suspeita de uma crise de hipertermia maligna, o doente e os familiares suscetíveis devem ser sempre referenciados para consulta dirigida, para confirmação diagnóstica (testes genéticos e, se necessário, teste de contração in vitro em biópsia muscular), informação clínica e prevenção de eventos futuros.

Dada a raridade ou ausência da incidência de casos de hipertermia maligna durante o percurso profissional, é necessário o conhecimento fisiopatológico e clínico desta patologia para a sua deteção precoce, bem como a implementação de protocolos e carros de hipertermia maligna, com medidas institucionais uniformizadas de atuação disponíveis, dirigidas e rápidas, existentes nos diversos locais onde é realizada atividade anestésica, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade causada pela hipertermia maligna.

Estás pronto para esta emergência ?

Considerada uma das mais graves emergências anestésicas, a **H**ipertermia **M**aligna (HM), apesar da sua incidência rara, pode ser fatal. Neste contexto o reconhecimento e atuação rápida e eficaz de todos os profissionais envolvidos é fundamental. A existência de um plano estabelecido com profissionais treinados faz toda a diferença. Todos os envolvidos devem conhecer o protocolo de atuação, saber localizar o carro HM, a sua composição e estrutura; conhecer e saber preparar o DANTROLENO IV (único tratamento especifico e eficaz); saber o Algoritmo de atuação; qual a sua função na equipa e estar preparado e treinado para a sua implementação de forma, eficiente, eficaz, com qualidade e segurança.

1 FLUXOGRAMA de atuação Hipertermia Maligna

Falar de QUALIDADE em Saúde!

Presentemente, quando se fala em qualidade na área da saúde, pensa-se logo em auditorias, processos complexos associados a estas, mais tempo a preencher papéis que não servem, se não para dar trabalho e ocupar o nosso tempo, que já é tão pouco para todas as tarefas que temos de desempenhar ao longo do nosso dia de trabalho.
Posso dizer que em parte é verdade, no entanto este termo na área da saúde é muito mais abrangente do que isto. A DGS com o intuito de garantir a qualidade e segurança dos cuidados que presta à população, considerou fundamental criar uma estrutura de governação que responsabilize e operacionalize os diferentes níveis da prestação de cuidados assegurando a implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Surgem então as Comissões da Qualidade e Segurança, criadas através do Despacho n.º3635/2013, de 7 de março. Estas comissões têm como principal objetivo assegurar que as recomendações, orientações e normas técnicas, elaboradas no âmbito da melhoria contínua da qualidade e emitidas pela Direção–Geral da Saúde, são implementadas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde e se propagam em rede, contínua e permanente, a todos os profissionais na sua prática clínica diária.

Tânia Ferreira
Enfermeira Perioperatória, coordenadora e elo dinamizador do Grupo da Qualidade no Bloco Operatório Central no CHL.

Na nossa instituição existe também uma comissão da qualidade que segue estas orientações.
Na minha opinião é extremamente importante que exista alguma forma de monitorização dos cuidados que são prestados, pois, é a partir desta análise que é possível identificar possíveis melhorias para a nossa prática diária.
Esta análise tem sempre como finalidade aumentar a segurança dos cuidados prestados ao doente, bem como do profissional que presta cuidados.
Temos de desmistificar a ideia de que o processo de auditoria, serve apenas para "inglês ver" e, tirar partido destes momentos de avaliação para aprimorar a nossa prestação de cuidados, para sermos melhores profissionais a cada dia que passa. É esta a visão que tenho e que me impele a continuar a trabalhar nesta área. Para mim é fundamental prestar cuidados com segurança para o doente e para mim enquanto profissional.
A nossa instituição é certificada desde 2012 pela Joint Commission International (JCI), esta certificação, não é apenas um selo, é o reconhecimento de um conjunto de profissionais competentes, que todos os dias saem de suas casas para fazer o melhor por cada doente que entra na porta da nossa instituição. Em breve estaremos novamente a mostrar o nosso trabalho, será já em novembro, espero que vejam este processo como eu, como uma oportunidade de ser melhor cuidador.

METAS INTERNACIONAIS PARA A SEGURANÇA DO DOENTE

META 1
Doentes corretamente identificados

META 2
Melhoria da comunicação eficaz

META 3
Melhoria da segurança dos medicamentos

META 4
Cirurgias e procedimentos invasivos seguros

META 5
Redução do risco de infeção associadas aos cuidados de saude

META 6
Redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes

NOVA IMAGEM EM VIDEOCIRURGIA

Paula Bagagem | Texto
Enfermeira Perioperatória, no Bloco Operatório Central- CHL

É uma nova geração de Torres Storz que marcam o fim de uma era e o início de outra. Simboliza uma nova era, cheia de oportunidades, numa viagem ao futuro hoje, da electromedicina.
A sua tecnologia impressiona pela excelente qualidade de imagem e junta soluções de visualização em resolução 4k e também 4k/3D, assim como, quatro novos modos de visualização da imagem em fluorescência NIR/ICG: overlay (luz branca + ICG), green-blue (ICG em verde ou azul), monocromático (ICG em preto e branco) e mapa de intensidade (intensidade do ICG baseado em escala de cores), que trabalham com frequências de luz próxima ao Infravermelho (NIR) e ICG, com cores impressionantes e uma elevada riqueza de detalhe, bem como um efeito de profundidade nitidamente aperfeiçoado que permitem ao cirurgião, ainda mais segurança durante os procedimentos.
O seu moderno insuflador de alto fluxo de 50ml, com tela touch screen, possui um controle automático de fluxo de gás, possibilitando o seu aquecimento e também, aspiração de fumos formados pela eletrocirurgia, através de um tubo e filtro apropriado para insuflação, diminuindo o risco de exposição dos profissionais e doentes.
A fonte de luz (Power LED 300), é totalmente LED, com uma longa vida útil, económica e ecológica, junta de forma excelente, a potência à eficiência.
Com detalhes únicos, este novo modelo, eleva o padrão dos procedimentos minimamente invasivos e permite ao cirurgião tirar vantagens da mais moderna tecnologia.
Neste encontro, ficou perceptível que, conhecer o equipamento e os seus modos de funcionamento é tão importante para o cirurgião como para todos aqueles que direta ou indiretamente com ele trabalham. A ligação e prontidão deste equipamento é de grande importância e responsabilidade e o enfermeiro tem aqui um papel preponderante contribuindo para a otimização do seu bom funcionamento, maximizando a redução de riscos.
Mais Formação e mais Conhecimento é ser Mais Profissional.

Perceção das práticas do enfermeiro de perioperatório na promoção de um ambiente cirúrgico seguro

Lina Caetano
Enfermeira Perioperatória no
Bloco Operatório Central no CHL

Estudo realizado no âmbito do trabalho de mestrado, em 2021.

O estado da arte considera o Bloco Operatório (BO) um dos ambientes mais complexos da prestação de cuidados de saúde. Um palco singular onde estão presentes todos os ingredientes que potencializam o erro, como o ambiente de stress excessivo, ocorrências inesperadas durante os atos anestésico-cirúrgicos, complicações, falha dos equipamentos, disfunções da equipa e o erro humano. Assim, o ambiente cirúrgico seguro é uma responsabilidade da equipa, que deve mobilizar competências individuais de forma sistematizada visando identificar ações de melhoria (Fragata, 2010; DGS, 2015).

A investigação teve como objetivos gerais identificar a perceção dos enfermeiros sobre o clima de segurança, no BO de um centro hospitalar da região centro do país. Dando destaque às práticas do enfermeiro de perioperatório e refletir sobre a qualidade do ambiente que se vive na sala operatória.

Assim, optou-se pela realização de um estudo descritivo e correlacional com abordagem quantitativa, com uma amostra constituída por 75 enfermeiros. Para a colheita de dados foi utilizada a versão traduzida e validada do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), no qual foi incluído um grupo de questões para caracterização sociodemográfica da amostra e um grupo de questões relacionadas com as práticas dos enfermeiros de perioperatório. O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao SPSS.

Todos os procedimentos éticos e formais foram cumpridos.

O estudo empírico teve em consideração a questão norteadora, "*Será que a perceção das práticas do enfermeiro de perioperatório promovem um ambiente cirúrgico seguro*"?

De forma a responder à questão formulada, a investigação envolveu uma amostra expressiva dos enfermeiros que exercem a sua atividade no BO. São na sua maioria do sexo feminino (80%), com idade compreendida entre 30-39 anos, havendo um grupo considerável com idade superior ou igual a 50 anos.

Relativamente ao tempo de serviço em BO, os enfermeiros situam-se entre menos ou igual a 5 anos de tempo de serviço e um número significativo com maior ou igual a 21 anos de serviço. A equipa de enfermagem está divida por funções de circulante, instrumentista, de anestesia e UCPA.

Da aplicação do questionário SAQ, apurámos uma média elevada, 70,40 pontos, que são indicativos de uma perceção positiva sobre o clima de segurança. Este valor fica aquém da média desejável, 75 pontos, que para os autores do questionário são reveladores de uma forte concordância nas questões de segurança do doente. Os resultados permitem concluir que 100% da amostra concorda com a questão "gosto do meu trabalho" e 94,6% da amostra responde que sentir-se-ia segura caso fosse operada no serviço. Quanto à perceção da gestão a maioria dos enfermeiros (89,3%) concorda que a chefia realiza um bom trabalho. A par destes resultados salientamos que, 80% dos enfermeiros concordam que existe uma boa colaboração entre a equipa de enfermagem.

Mas o verdadeiro cerne do estudo são as práticas dos enfermeiros de perioperatório.

Apurámos resultados que induzem para linhas de discussão que nos levam a considerar que são boas práticas as realizadas nas áreas de atuação: "Prevenção da cirurgia do lado errado, procedimento cirúrgico errado e utente errado", "Higienização das mãos", "Segurança do medicamento", "Ambiente operatório", "Posicionamento do doente" e a "Transferência do doente para a UCPA", porque obtêm maior percentagem de respostas "Sempre", com média superior a 4 e, consequentemente manifestam elevar não só a qualidade do ambiente como também a segurança do doente. Constatámos que quanto mais idade e experiência profissional o enfermeiro possui, maior é a frequência das suas práticas no exercício das suas funções. Demonstrou-se que os anos de serviço em BO, conduzem a uma maior perceção sobre segurança em algumas práticas do enfermeiro de perioperatório. Mas também comprovamos que os enfermeiros com tempo de serviço entre 6 e 10 anos se destacam em algumas áreas, o que nos leva a inferir que a divisão de funções, conduz a uma maior habilidade na execução da praxis diária. Ficou patente que existem diferenças, entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e as funções em perioperatório, principalmente as que são particulares a cada função.

Evidenciando-se positivamente o enfermeiro com funções de circulante/instrumentista.

Verificámos que "Existe relação entre o clima de segurança e a perceção da frequência das práticas do enfermeiro de perioperatório".

Apurámos que as práticas de verificação das condições do ambiente operatório, aumentam consoante aumenta a perceção dos profissionais sobre a segurança no serviço.

Confirmámos que os enfermeiros que mais frequentemente verificam as condições seguras na sala operatória, são os que apresentam maior perceção sobre as condições do local de trabalho. Também se apurou uma correlação muito significativa, mas em sentido contrário, ou seja, negativa, na área de atuação "Identificação de amostra/espécimes com o Reconhecimento do stress", ou seja, os que enfermeiros executam menos vezes a identificação das amostras são os que mais reconhecem o stress.

Perante os resultados e conclusões apresentados é importante referir que a segurança do doente e a qualidade dos cuidados é a maior preocupação das instituições prestadoras de cuidados de saúde. Na equipa de saúde, o enfermeiro de perioperatório tem um papel fundamental no que concerne à segurança do doente e da equipa cirúrgica, além de ser o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico (AESOP, 2012). Logo, emerge a importância para a convergência de princípios, normas e procedimentos, baseados na melhor evidência, como guias orientadores das práticas no sentido da promoção da segurança do ambiente. Considera-se que os objetivos inicialmente traçados foram atingidos e estes podem servir de referência na formulação de ações de formação no sentido de elevar a segurança dos doentes a nível deste BO.

PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNO CONTRA INCÊNDIOS NO BLOCO OPERATÓRIO

Mª João Neves | Texto
Enfermeira Perioperatória, coordenadora do Grupo de Riscos no Bloco Operatório Central- CHL

Um Plano de Emergência é uma medida de autoproteção que deve ser elaborada com base nos cenários de emergência previsíveis e deve integrar a estrutura da organização de segurança, os procedimentos de intervenção em caso de emergência e as responsabilidades dos diferentes intervenientes na resposta à eventual situação de emergência.

No bloco operatório (BO) o Plano de Emergência Interno contra incêndios tem duas vertentes importantes que devem estar sempre presentes; a ***Emergência*** - uma situação descrita como resultante de acidente grave, desastre ou outro tipo de ameaça, que possa colocar em risco a segurança das pessoas, instalações ou do meio ambiente e que exige ação ou auxílio imediato; a ***Evacuação*** - é uma ação destinada a promover a retirada de pessoas de um determinado local.

No caso particular do BO e/ou Unidade de cuidados pós anestésicos, a evacuação é bastante "dificultada pela presença de utentes com capacidades reduzidas de mobilidade, percepção e reação a uma situação de alarme" , necessitando de apoio especifico e especializado para evacuação.

Questionar sobre "Qual a importância de todos os profissionais de saúde estarem familiarizados com o Plano de Emergência do Bloco Operatório?" não é despropositado. Num BO é muito importante que cada profissional entenda e interiorize a segurança como uma prioridade por forma a garantir não só a sua segurança, mas também a de todos os utentes e profissionais numa sala de cirurgia, incluindo técnicos de diagnostico e representantes da indústria, presentes.
Os procedimentos de segurança, deverão fazer parte integrante dos hábitos de cada profissional.
Só se obtêm resultados a 100%, se todos os profissionais do bloco operatório se familiarizarem com os métodos de prevenção em situações de risco, com formação e treino através de simulacros que testem a capacidade de organização e prontidão de que cada elemento da equipa.
No bloco operatório apesar dos novos agentes anestésicos inalatórios não serem inflamáveis, que reduzem a preocupação com o risco de incêndio na sala operatória, estão muito presentes outros equipamentos capazes de fornecerem ignição como é o caso do bisturi elétrico, o laser, desfibrilhadores e endoscópios, com luz concentrada na fibra ótica, associados a um meio rico em oxigênio com um risco de combustão sempre presente. Neste contexto, é fundamental salientar a importância de alertar todos os profissionais de saúde para a atualização e conhecimento das regras e procedimentos de atuação preconizadas pela instituição nos seus protocolos.

As instituições devem por isso, promover a formação e a realização de simulacros, com o objetivo de testar o plano de emergência interno e de treinar os profissionais criando rotinas e comportamento de atuação, aperfeiçoando os procedimentos, para que todos saibam como atuar em caso de incêndio ou inundação. Por outro lado, os profissionais devem conhecer o Plano de Emergência interno da sua instituição, do qual fazem parte as equipas de intervenção interna (brigada de incêndios e apoio técnico) e equipa de primeira intervenção, composta por todos os colaboradores presentes e outros física e tecnicamente capazes, com responsabilidades de comunicar a ocorrência á central telefónica identificando o cenário de alarme e efetuando as primeiras ações de intervenção direta com o objetivo de reduzir ao mínimo as consequências do sinistro. É de salientar também a importância das manobras e cortes de segurança; corrente elétrica, gás natural e água, gazes medicinais, fecho de portas corta-fogo, primeiros socorros e intervenção externa (Bombeiros). E por último o plano de evacuação que obedece a prioridades na ordem de evacuação, com níveis distintos de acordo com o local e situação sinistra.

DIA MUNDIAL STOP

Úlceras **P**or **P**ressão

17 de Novembro data em que se assinala o dia para a prevenção de Úlceras por Pressão

As úlceras por pressão (UPP) são um importante problema de saúde a nível mundial. Segundo a DGS, o aparecimento de uma Úlcera por Pressão é, quase sempre, consequência do incumprimento de boas práticas nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade.

De acordo com a orientação nº17/2011 da DGS, cerca de 95% das úlceras por pressão são evitáveis; neste sentido e tendo como objetivo final a qualidade da prestação de cuidados, é necessária uma intervenção prioritária no que concerne aos fatores de risco e etiologia, avaliação do risco, sua caracterização e registos.

Para a maioria dos profissionais de saúde, o bloco operatório, a sala cirúrgica, são um território desconhecido, mas também aqui faz, todo o sentido aplicarmos o provérbio popular "Mais vale prevenir do que remediar". A prevenção de úlceras por pressão, em bloco operatório é uma prioridade e centra-se em dois aspetos fundamentais: a identificação dos indivíduos de risco e a implementação de estratégias de prevenção. E é neste sentido que todos caminhamos, sempre para melhores cuidados, mas é preciso continuar a falar sobre este problema que é de todos e por isso, o bloco operatório voltar assinalar este dia.

Lígia Paz
Enfermeira Perioperatória

1 PLN.CHL.010.01 - Plano de imergência interno contra incêndios
Almeida CED, Curi EF, Brezinscki R, Freiras RC – Incêndio no Centro Cirúrgico. Incêndio no Centro Cirúrgico. Rev Bras Anestesiol INFORMAÇÕES CLÍNICAS 2012; 62: 3: 432-438

SABER MAIS!...

A arma contra a Hipertermia Maligna

Dantroleno

Sabes preparar?

Dantrolene de sódio é um relaxante muscular pós-sináptico que diminui o acoplamento excitação - contração nas células musculares. É o único fármaco atualmente disponível para tratamento efetivo e específico no combate à Hipertermia Maligna. Administrado por via endovenosa (IV), a dose IV de DANTROLEN, deve ser individualizada, começando com 2 mg/kg[1] de acordo com a situação clínica, a mesma, quer para doentes pediátricos quer para adultos.

A sua preparação torna-se longa e exaustiva pela quantidade de frascos a reconstituir. Cada frasco-ampola de DANTROLEN IV deve ser reconstituído pela adição de 60 ml de Água para Injetáveis, sem conservante, estéril e apirógena, e o frasco-ampola deve ser agitado até que a solução esteja límpida. A solução deve ser aspirada e fitrada através de um filtro apropriado (fornecido com os frascos- ampola).

PREPARAÇÃO:

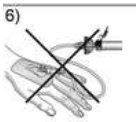
1) Encha uma seringa com 60 mL de água para injeção.

2) Com a água da seringa reconstitua o conteúdo do frasco de Dantroleno . Agite suavemente até que o pó esteja dissolvido. Descarte a agulha.

3) Remova a tampa de segurança e insira no frasco a ponta do dispositivo de filtração que é de uso único.

4) Conecte a seringa ao filtro e retire todos os 60 ml de solução reconstituída do frasco para a seringa e, em seguida, descarte o dispositivo de filtração

5) Adapte a seringa com a solução reconstituída filtrada diretamente no cateter intravenoso (IV) do doente. A solução pode ser administrada imediatamente ou como infusão manual/através de uma bomba, dependendo da necessidade clínica.



6) Não utilize o dispositivo de filtração na transferência da solução filtrada, da seringa para o conjunto de doação ou cateter IV.

Recomenda-se que as soluções injetáveis de Glicose 5%, Cloreto de Sódio 0,9% e outras soluções ácidas, não são compatíveis com o DANTROLEN IV e não devem ser usadas.

O conteúdo do frasco-ampola deve ser protegido da luz direta e ser usado em, até 6 horas após a reconstituição. As soluções reconstituídas devem ser mantidas à temperatura ambiente controlada, entre 15º C e 25º C.

Após reconstituição a concentração da solução é de 0,33 mg/mL.

As soluções reconstituídas de DANTROLEN IV não devem ser transferidas, nas infusões profiláticas, para frascos parenterais de grande volume de vidro, devido à possibilidade de formação de precipitado quando em contato com o vidro. O conteúdo dos frascos-ampola deve ser transferido para a seringa intravenosa estéril usando um filtro apropriado..

A infusão preparada deve ser sempre examinada quanto à presença de turbidez e/ou precipitação, antes da sua administração, descartar caso haja a confirmação.

Pelo fato de a estabilidade da solução ser de apenas 6 horas, recomenda-se que a infusão seja preparada imediatamente antes da administração.

Recomenda-se que todos os profissionais tenham conhecimento e experiência em fazer a reconstituição, para diminuir o tempo de preparação, promovendo uma administração rápida.

1.PL.CHL.127.01 - Tabela orientadora da administração do Dantroleno. Anexoll NORGINE; Folheto informativo e informações para usuário

NÃO PERCA NA PRÓXIMA EDIÇÃO:

- Comunicação à família do doente cirúrgico na UCPA
- Sustentabilidade no Bloco Operatório
- Saber Mais!...
- Respostas ao QUIZ da edição 7

Ficha técnica: Editor: Grupo Feridas BO - Paula Bagagem, Márcio Santos, Lígia Paz, Celinia Gomes, Elsa Carmo, Carla Rodrigues, Sónia Pereira, André Pereira. Imagens: Grupo Feridas (cedidas e autorizadas pelos próprios) e Internet. Email: **grupoferidas.bochl@gmail.com**

QUIZ
NA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO E SEGURANÇA

1 - De acordo com as diretrizes da AORN para segurança contra a radiação ionizante, com que frequência as roupas de proteção contra radiação devem ser limpas e desinfetadas se forem usadas, em três procedimentos, pela mesma pessoa?

a) uma vez por dia
b) três vezes ao dia
c) uma vez por semana
d) mensalmente ou quando sujo

2 - Por quanto tempo se deve fazer vigilância e monitorização de sinais de hipertermia maligna após terminarem os procedimentos cirúrgicos?

a) 30 minutos
b) uma hora
c) duas horas
d) três horas

- Respostas ao QUIZ da edição 6 - 1b) e 2b)