

NEWSBLOKER

"INSPIRAÇÃO E CONHECIMENTO NO PERIOPERATÓRIO"

Uma publicação periódica do Grupo Feridas BO



UMA EXPERIÊNCIA DE VIDA...

Já não me lembro ao certo o momento em que decidi ter como objetivo ir para enfermagem. O que sei é que desde cedo, tive a aptidão para ajudar os outros e colaborar sempre que algum elemento da família precisasse e estivesse particularmente doente ou magoado. A ideia de seguir esta profissão consolidou-se quando efetivamente ingressei na Licenciatura.

Uma das primeiras definições de enfermagem que me foi apresentada no curso e me causou grande impacto, foi que a "enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano nas suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação, de recuperar, manter e promover a sua saúde".

Ora, ser eu enfermeiro e com isso basear-me na evidência científica e aliar a valores como é a arte, da qual sou particularmente amante, para mim fazia todo o sentido. A minha experiência profissional levou-me a sentir a profissão na sua conceção holística. Desde a arte de saber ser, estar e fazer, que tanto ouvimos, quando junto

"...é mais que uma profissão, é um modo de estar, de sentir..."

do doente pude experimentar o toque, a relação empática e a humanidade que representamos para quem está numa situação de fragilidade, até ao conhecimento técnico e científico, que não podem estar dissociados desta dicotomia arte/ciência. Aliado a estes pilares, como fundamental, considero um trabalho de equipa que englobe sinergia preponderante para o cumprimento comum de objetivos.

O grande desafio, principalmente num Serviço tão específico e ao mesmo tempo tão vasto como é um Bloco Operatório, será conciliar o saber desenvolver a *performance*, utilizando técnicas e instrumentos, com interação humana com o doente, prestando cuidados de enfermagem diferenciados, fazendo a diferença.

Para mim ser enfermeiro é mais que uma profissão, é um modo de estar, de sentir a existência humana e o modo como o meio se transforma e influencia esta interação. É um modo de vida... uma experiência de vida.

Texto de:

Márcio Santos
Enfermeiro perioperatório no bloco operatório central do CHL

NOTÍCIAS, IDEIAS, PERCEÇÕES

- 1- **"Uma experiência de vida..."**
- 2- **"Normotermia no perioperatório".**
Intervenções no controlo homeostático do doente cirúrgico.
- 3- **"Fumo cirúrgico - um inimigo escondido"**
- 4- Estudo no âmbito da Prevenção e Controlo da Infecção do local cirúrgico.
- 5- Saber mais!
"Um desafio global..."



INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NO CONTROLO HOMEOSTÁTICO DO DOENTE CIRÚRGICO

NORMOTERMIA NO PERIOPERATÓRIO

“O uso de dispositivos na sala operatória para o aquecimento do doente durante o procedimento cirúrgico a fim de reduzir infeção do local cirúrgico.”

(Recomendação 15, OMS)

A hipotermia perioperatória “é um fenómeno complexo e com grande impacto que ocorre de forma inadvertida, em cerca de 60 a 90% das pessoas submetidas a cirurgia com duração superior a 60 minutos” (AESOP). É um problema sério, de difícil gestão, que afeta o doente cirúrgico, dado que, as suas causas constituem fatores inevitáveis. A Norma da DGS, refere a importância de “manter a normotermia durante o período perioperatório (IA e AR), de acordo com as recomendações divulgadas pela OMS, para evitar infeções do local cirúrgico;



Lígia Paz,
Enfermeira perioperatória no bloco operatório central do CHL

A hipotermia inadvertida pode constituir um problema sério que afeta o doente cirúrgico e por isso é crucial a implementação de medidas preventivas no perioperatório o mais precocemente possível.

Os doentes cirúrgicos adultos, correm o risco de desenvolver hipotermia em qualquer fase do perioperatório: no pré-operatório (a hora antes da indução anestésica), no intra-operatório (o tempo total de anestesia) e no pós-operatório (as 24 horas após a entrada na UCPA). Neste contexto compete aos profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, a responsabilidade de atuar, assumindo um papel relevante na prevenção e tratamento da hipotermia, com a adequação de intervenções eficazes.

MONITORIZAR A TEMPERATURA SIM OU NÃO?

De todos os fatores que interferem na regulação da temperatura (temp.) durante um procedimento anestésico-cirúrgico, a indução anestésica é a principal responsável tanto na termorregulação como na redistribuição de calor corporal. A maioria dos anestésicos possui ação vasodilatadora, causando uma redistribuição de calor, abolindo respostas termorreguladoras, interferindo com a termorregulação central. Os mecanismos físicos de perda de calor como a radiação, a condução, a evaporação a convecção e outros, como a infusão e irrigação com fluidos frios, ausência de roupa, desinfecção com antissépticos frios e o uso de garrote pneumático, são fatores que propiciam hipotermias inadvertidas, uma complicação que deve ser evitável em ambiente cirúrgico. De referir que, a hipotermia (temp. corporal < 36°C) influencia os mecanismos de defesa pelo comprometimento da função dos neutrófilos, resultando em hipoxia tecidual, aumentando o risco de infeção, complicações cardiovasculares e atraso na cicatrização das feridas. A diminuição de 1,9 °C na temp. central, triplica a incidência de infeção no local da cirurgia, aumentando a probabilidade da Infeção do Local Cirúrgico em 64%.

É responsabilidade do enfermeiro, prevenir e atenuar as complicações que possam advir, ocasionadas pela hipotermia, promover a segurança e bem-estar do doente cirúrgico e mante-lo aquecido em todas as fases do perioperatório. O aquecimento no pré-operatório visa minimizar o impacto da hipotermia, na redistribuição entre a temperatura central do doente e a temperatura periférica. No intraoperatório, a monitorização da temp. periférica /central deve ser feita de forma continuada (aos 15, 30, 60 e 120 minutos) e no pós-operatório imediato, a cada 15 min., de forma a manter-se entre os 36°C - 37,5°C. Referir ainda, a importância de que “Todos os fluidos intravenosos administrados devem ser aquecidos a 37°C” (NICE 2008). E por último, fazer o respetivo registo, sobre a duração do aquecimento e temperatura atingida.

<https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-2322013-pdf.aspx>
NICE. Inadvertent Perioperative Hypothermia. The Management of Inadvertent Perioperative Hypothermia in Adults. NICE Clinical Guideline No. 65. NICE, 2008. [Last accessed on 05-08-2017]. Available from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg65>.
Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP (2017). Práticas recomendadas para bloco operatório.
Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória. Relatório de: <http://www.usguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2016/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

(continua na próxima edição)

Estão ou não a ser cumpridas!...

A Infeção do Local Cirúrgico representa uma das infeções com grande importância epidemiológica, clínica, social e económica, que “pode ser observada como uma “falha” na qualidade dos cuidados.”

Neste contexto, seguindo as orientações da Direção Geral da Saúde (DGS), foi realizado um estudo no âmbito da prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico, com o objetivo de verificar se as medidas básicas de prevenção, estão a ser cumpridas no bloco operatório (BO) central. Para este estudo foi utilizado o instrumento de auditoria recomendado pela Direção Geral da Saúde (DGS), Norma 020/2015 de 15/12/2015, a Bundle ou - “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico”.

A auditoria foi realizada no período de tempo entre julho e outubro de 2020, de forma aleatória, a doentes submetidos a cirurgia, no BO central, correspondendo a um total de 82 auditorias.

Com base nos resultados podemos constatar um baixo índice de conformidade (69,91%) no cumprimento das medidas básicas do “feixe de intervenção” proposto.

Dos seis itens avaliados só quatro (Banho com cloro-hexidina 2% pelo menos 2 horas antes, Profilaxia cirúrgica, normotermia peri-operatória e Glicémia ≤180 mg/dl) estão com índice de conformidade superior a 80%, considerado aceitável.

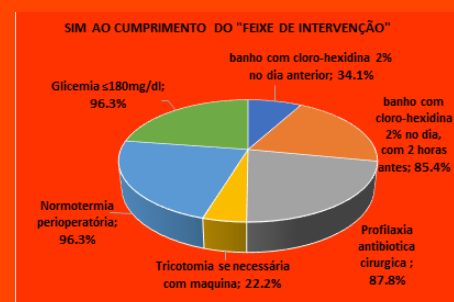


Gráfico 1 - Respostas em conformidade

A realização do “banho com cloro-hexidina 2% no dia anterior à cirurgia” (CAT.IB) e a “tricotomia se absolutamente necessária com máquina de corte” (CAT.IA), são medidas importantes a melhorar. Estão baseadas na evidencia científica e estão associadas a uma forte e significativa redução da infeção do local cirúrgico. Neste sentido é importante envolver a equipa numa melhoria de práticas para a promoção de um ambiente mais seguro.

Grupo Feridas

(Estudo no âmbito da prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico. 2019/2020)

FUMO CIRÚRGICO UM INIMIGO ESCONDIDO

O aspirador de fluídos cirúrgicos, tem uma potência de sucção insuficiente para os fumos cirúrgicos ...



Sónia Pereira
Enfermeira perioperatório no bloco operatório central do CHL

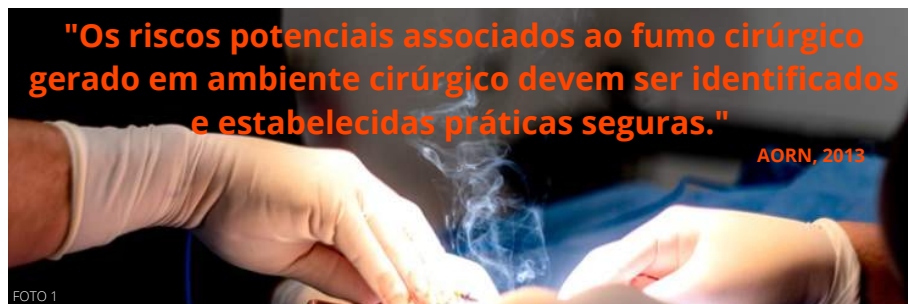
O bloco operatório é por excelência uma unidade tecnologicamente diferenciada. Dispõe de recursos humanos especializados, expostos diariamente a riscos decorrentes da própria tecnologia, como é o caso do fumo cirúrgico formado por dispositivos médicos. Como tal, merece a máxima atenção pelo seu potencial perigo no que diz respeito à saúde dos doentes e dos profissionais de saúde. O enfermeiro perioperatório dentro das mais diversas funções que executa no bloco operatório, deve manter um ambiente cirúrgico seguro e saudável para todos, identificando e minimizando os múltiplos riscos ambientais, decorrentes dos procedimentos cirúrgicos.

O fumo cirúrgico, é um subproduto gasoso criado pela utilização de equipamentos cirúrgicos no bloco

operatório e representa um risco químico e biológico, constituído por elementos tóxicos mutagénicos e cancerígenos, com sua nocividade comprovada. O profissional pode apresentar alguma sintomatologia como: irritação ocular, cefaleias, tonturas, náuseas, fadiga, dermatite, cólicas, processos inflamatórios agudos e crónicos nas vias respiratórias.

A exposição ao fumo cirúrgico é um risco profissional e como norma de atuação devem ser utilizados equipamentos de proteção individual (óculos, máscara de alta filtragem, bata e luvas) e sistemas centrais de evacuação de fumos ou sistemas de extração portáteis que usados corretamente permitam a remoção de 95% das partículas do fumo cirúrgico. É imperativo a verificação periódica da qualidade do ar das salas operatórias (concentração de partículas, pressão, recirculação, velocidade do ar e validação do filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance)). O aspirador de fluídos cirúrgicos, tem uma potência de sucção insuficiente para os fumos cirúrgicos e não tem filtro ULPA (Ultra Low Penetration Air).

No sentido de minimizar os efeitos nocivos, a Association of PeriOperative Registered Nurses (2012) nas suas práticas recomendadas para electrocirurgia, aconselha a utilização de aspiradores de fumo cirúrgico adequados, com um sistema fechado de evacuação de fumos com capacidade de filtragem do ar para partículas de dimensões ultra-reduzidas (ULPA);



Em 2017, no dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório, também a Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesa (AESOP), apresentou este tema: "Fumo cirúrgico: um risco profissional", mencionando que "pretende alertar para este risco os enfermeiros, membros da equipa de saúde, organizações de trabalho, sociedades profissionais e comunidade, implementando e divulgando praticas seguras no bloco operatório, baseadas nas recomendações e na evidencia."

Neste momento, com a pandemia por COVID-19, os cuidados cirúrgicos devem estar ainda mais focados não apenas em relação à segurança do doente e da comunidade, mas também de todos os profissionais do bloco operatório. Como tal, a Sociedade Portuguesa de Cirurgia minimamente invasiva, recomenda o uso, sempre que disponível, de um sistema fechado de evacuação de fumos com capacidade de filtragem do ar para partículas de dimensões ultra-reduzidas. Na fundamentação deste critério está a preocupação em relação à potencial aerossolização de partículas virais pelo uso de dispositivos electrocirúrgicos e ultrassónicos durante a cirurgia, que se dispersam no ambiente da sala operatória.

Práticas recomendadas para electrocirurgia. Em: Padrões Perioperatórios e Práticas Recomendadas. Denver, CO: AORN, Inc. 2013.
Práticas recomendadas para cirurgia minimamente invasiva. Em: Padrões Perioperatórios e Práticas Recomendadas. Denver, CO: AORN, Inc. 2013.
AESOP | Recomendações para a abordagem de doente em contexto perioperatório suspeito, provável, contaminado ou infetado por SARS-CoV-2 (Covid-19) | Versão 2 - Abril 2020

INSTRUMENTOS QUE GERAM FUMO CIRÚRGICO



INALAÇÃO DO FUMO CIRÚRGICO

Laser de CO2 - 1 grama de tecido é como inalar fumo de 4 cigarros em 15 minutos;

Eletrobisturi - 1 grama de tecido é como inalar fumo de 4 cigarros em 15 minutos.



Tomita et al., 1989

Em média, o fumo produzido diariamente é equivalente a inalar fumo de 27-30 cigarros por todos na sala de operações.



Hill et al., 2012

RISCOS PARA O DOENTE

(Cirurgia Minimamente Invasiva)

* ↑ dos níveis de monóxido de carbono na cavidade peritoneal e excedem os limites de exposição recomendados. (Boebe et al 1995)

*Hipoxia não reconhecida

*Perda de visibilidade no campo cirúrgico ou atraso potencial do procedimento.

*Desenvolvimento de metástases localizadas



Fotos: (Fumo Cirúrgico - Dia Europeu do Enfermeiro perioperatório; Bloco Operatório; CHL; Fevereiro 2017)

PRÁTICAS SEGURAS

Sistema fechado de evacuação de fumos



Usar um filtro microbiano HEPA na porta de saída do trocar, independentemente da utilização de aspirador de fumo para laparoscopia (Imagem-3) (Mintz et al, 2020).



Imagem - Material necessário (a) e montagem (b) de filtro no trocar de laparoscopia. (Fonte: Mintz et al, 2020).

(AESOP | Recomendações para a abordagem de doente em contexto perioperatório suspeito, provável, contaminado ou infetado por SARS-CoV-2 (Covid-19) | Versão 2 - Abril 2020)

SABER MAIS!...

Um desafio global ...



André Pereira.
Enfermeiro perioperatório no
bloco operatório central do CHL

A segurança cirúrgica envolve um conjunto de procedimentos e práticas bem delineadas, que devem ser aplicadas a cada utente, individualmente. No sentido de minimizar e/ou evitar complicações graves e perdas de vida, as equipas cirúrgicas devem trabalhar de forma eficaz em conjunto, utilizando os seus conhecimentos e capacidades, tendo em conta os dez objetivos básicos e essenciais no cumprimento de qualquer ato cirúrgico, orientações assumidas pela OMS como um desafio global, para a segurança cirúrgica.



Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care



Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009

1. A equipa vai operar o doente certo, no local correto.
2. A equipa vai usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor.
3. A equipa vai identificar e estar efetivamente preparada para atuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória.
4. A equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efetivamente preparada para atuar face ao risco de elevada perda de sangue.
5. A equipa vai evitar a indução de uma reação alérgica ou reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente.
6. A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico.
7. A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas.
8. A equipa vai acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas.
9. A equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos.
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados".

DGS (2009, p.14)

Ter em conta o cumprimento dos 10 objetivos básicos para os cuidados cirúrgicos, é conseguir uma melhor eficiência e eficácia no ato cirúrgico.

No Bloco Operatório, podemos verificar que, as condições de trabalho são necessárias e importantes para manter os níveis de segurança cirúrgica, muitas estão aquém do que é esperado, sendo fundamental melhorar em vários aspetos, como por exemplo, na equipa, com profissionais treinados, competentes e responsáveis, na aprendizagem com os erros, na comunicação, entre outros aspetos, considerados fatores condicionantes da existência ou não da segurança cirúrgica no intraoperatório.

NÃO PERCA NA PRÓXIMA EDIÇÃO:

- Intervenções do enfermeiro no controlo homeostático do doente cirúrgico - **Controlo da Glicémia no Perioperatório**
- **URGÊNCIAS CIRÚRGICAS EM UROLOGIA**
- Saber Mais!...
- Respostas ao QUIZ na edição 4

Ficha técnica: Editor: Grupo Feridas BO - Paula Bagagem, Márcio Santos, Lígia Paz, Celina Gomes, Elsa Carmo, Carla Rodrigues, Sónia Pereira, André Pereira. Imagens: Grupo Feridas BO (cedidas pelos próprios), FOTO 1; internet. Email: grupoferidas.bochl@gmail.com

QUIZ NA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO

1- O aquecimento do doente para prevenir a hipotermia inadvertida deve começar na sala cirúrgica e terminar na unidade de cuidados pós anestésicos.

- a) Verdadeiro
- b) Falso

2- O cirurgião marcou o local cirúrgico na sala de cirurgia, pediu ao doente que confirmasse o local no momento em que a anestesia estava a começar e o instrumentista retirou da mesa cirúrgica os instrumentos antes da cirurgia terminar. Quantos procedimentos errados foram executados ?

- a) Nenhum
- b) um
- c) dois
- d) três

• Respostas ao QUIZ da edição 2: 1b) e2a)