

NEWSBLOKER

Uma publicação periódica do Grupo Feridas BO



"INSPIRAÇÃO E CONHECIMENTO NO PERIOPERATÓRIO"



Stress cirúrgico

"...não nascemos para que o nosso corpo seja cortado, amputado de algum órgão ou de alguma função, ainda que ela esteja doente ou a mais, e não nascemos para ter dor ou para sofrer..."

Cristina Pestana
(Anestesiologista)

Texto:

Lígia Paz

Enfermeira perioperatória no bloco operatório central do CHL

A ansiedade, a depressão e o stress, sentidos pela pessoa que vai realizar uma cirurgia, é indiscutível, uma vez que, se trata de um acontecimento crítico,

percecionado como uma realidade desconhecida e assustadora. Todo este processo ou processos provocam no organismo uma resposta adaptativa, que reage com a finalidade de manter a homeostasia e preservar a vida.

A agressão cirúrgica desencadeia uma resposta metabólica do organismo, que se caracteriza por alterações neuro endócrinas e imunológicas, semelhantes às encontradas em qualquer situação de stress e/ou trauma. Esta resposta do organismo não é única, nem constante no tempo, é uma situação que depende de diversos fatores, nomeadamente; a condição pré-operatória e a suscetibilidade da pessoa que vai ser submetida a cirurgia, a técnica anestésica e analgésica, as características do ato cirúrgico, a extensão do traumatismo tecidual e o pós-operatório, com as alterações da temperatura corporal, as alterações provocadas pela administração de injetáveis, a presença de sondas e drenos e a imobilidade no leito.

A resposta metabólica ao stress criado por todos estes fatores, tem como finalidade manter e/ou restaurar a homeostasia interna, nomeadamente a estabilidade hemodinâmica, com a preservação do aporte de oxigénio, a mobilização de substratos calóricos (glicose) e finalmente a diminuição da dor e manutenção da temperatura, fatores importantes, que, podem influenciar o resultado pós-operatório beneficemente, evitando o desenvolvimento de complicações como a infeção do local cirúrgico.

NOTÍCIAS, IDEIAS, PERCEÇÕES

- **Oxigenação no perioperatório.**
Intervenções no controlo homeostático do doente cirúrgico.
- **Dia internacional da higiene das mãos.**
- **Risco radiológico no Bloco Operatório.**
- **SABER MAIS!**
"Classificação da ferida cirúrgica"



INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NO CONTROLO HOMEOSTÁTICO DO DOENTE CIRÚRGICO



Lígia Paz
Enfermeira perioperatória
no bloco operatório central
do CHL

OXIGENAÇÃO NO PERIOPERATÓRIO

A Norma da DGS segue as orientações da OMS e recomenda que, aos "...doentes submetidos a cirurgia geral e ventilação mecânica, se deve fornecer oxigénio durante todo o período perioperatório, de acordo com as necessidades individuais (...)" (IA e AR) (Recomendação 14, OMS). Mas, para reduzir o risco da Infeção do Local Cirúrgico (ILC), qual será o nível de segurança e eficácia, com o uso de uma maior fração de oxigénio no ar inspirado?

A oxigenação perioperatória, de evidência moderada, é fortemente recomendada (IA e AR) e deve ser considerada e aplicada nos períodos pré, intra e pós-operatório, merecendo este último particular atenção.

No pós-operatório imediato os doentes submetidos a anestesia geral, respiram com debilidade e pouca profundidade, pelo efeito residual causado pelos fármacos, principalmente quando combinados opiáceos e relaxantes musculares e pela sua demora na eliminação pelo organismo.

A hipoxemia pós operatória, considerada uma redução na saturação arterial de oxigénio (SpO₂), com valores abaixo de 95% ou um decréscimo superior a 5% do valor inicial, pode ser considerado um problema na recuperação do doente.

No entanto, existem fatores que identificam os doentes com maior probabilidade de desenvolver hipoxemia e que devem ser alvo de atenção por parte do enfermeiro, com atenção reforçada, na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA):



Imagem 1

- Ação residual dos anestésicos,
- Área cirúrgica envolvida,
- Duração da anestesia,
- Tipo de analgesia pós-operatória,
- Controle de temperatura,
- Função pulmonar pré-operatória,
- ASA III,
- Idade superior a 55 anos.

Neste contexto, os **cuidados perioperatórios** ao doente, devem assegurar uma monitorização contínua e controlada da oximetria e uma saturação acima dos 95%, ou o máximo possível, se existir doença respiratória subjacente.

Recomenda-se ainda que, em doentes adultos submetidos a anestesia geral com intubação endotraqueal, no período intraoperatório e pós-operatório imediato, recebam uma alta fração de oxigénio - 80%, por um período de 2 a 6 horas, contribuindo para reduzir o risco de ILC, tendo em conta que o processo de cicatrização é caracterizado por uma atividade que exige um aporte contínuo e adequado de oxigénio.

<https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-orientacoes-oms-2009.aspx>

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>



As garrafas de oxigénio de 3l, estão acessíveis na indução das salas cirúrgicas, nas UCPA I e II, carros de emergência e de reserva na sala de desinfeção de camas junto à UCPA I.

A sua substituição é pedida online, pelo Ghaf, no armazém da farmácia.

DIA 5 DE MAIO -

DIA INTERNACIONAL DA HIGIENE DAS MÃOS

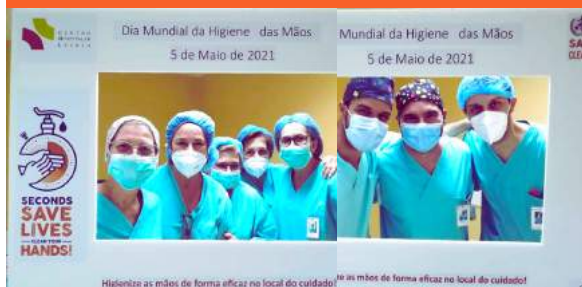
"20 segundos que salvam vidas"

Integrado no desafio global da OMS para a Segurança do Doente, a higiene das mãos tem sido uma das práticas que tem vindo a crescer entre os profissionais de saúde em Portugal desde 2008, ano de lançamento da Campanha de Higiene das Mãos da DGS.

A higiene das mãos tem provado ser uma das medidas mais simples e mais eficazes da prevenção das infeções adquiridas nas unidades de saúde (50%), com um papel especialmente relevante, no contexto de pandemia em que se vive atualmente.



Este ano, as comemorações do Dia Mundial da Higiene das Mãos decorreram sob o mote **Segundos salvam vidas – Lave as mãos! (Seconds save lives- clean your hands!)**.



Esta foi também a mensagem do Grupo de Prevenção e Controlo de Infeção do Bloco Operatório (GPCIBO), ao promover, no dia 5 de maio de 2021, uma ação de sensibilização e promoção de boas práticas para os profissionais do Bloco Operatório, tendo em vista contribuir para a cultura da higiene das mãos no serviço.

A RESPONSABILIDADE DE PREVENIR INFEÇÕES É DE TODOS E DE CADA UM. UMA TAREFA DE CIDADANIA (DGS, 2021).

Isabel Arqueiro
Enf. Perioperatória no bloco operatório central do CHL e
elo de ligação com GCL-PCIRA

RISCO RADIOLÓGICO NO BLOCO OPERATÓRIO

O bloco operatório (BO) é uma unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico, onde os profissionais de saúde, no exercício da sua atividade estão sujeitos a vários tipos de riscos: biológicos, químicos, físicos e mecânicos.

O risco radiológico de natureza física, para o qual os profissionais de saúde do BO e doentes, estão sujeitos, principalmente em cirurgias de Orto traumatologia, Urologia e exames de Gastro, com a técnica CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica), com imagem por fluoroscopia, ficando expostos a doses elevadas de radiação ionizante. A exposição dos profissionais de saúde à radiação ionizante caracteriza-se por uma distribuição não uniforme do corpo. Estima-se, em média, que as doses individuais nos profissionais de saúde sejam de aproximadamente 1 mSv/ano, com valores mais elevados para os trabalhadores envolvidos em procedimentos de intervenção radiológica, onde são referidos níveis máximos de 50mSv/ano.

A radiação ionizante no bloco operatório é gerada, pelo intensificador de imagem e a sua exposição continuada, pode levar a efeitos adversos na saúde. Os principais efeitos são celulares e tecidulares, podendo ir desde um simples rush da pele, uma alteração transitória dos constituintes de sangue, levar à infertilidade ou até, efeitos carcinogénios sobre alguns órgãos, como a tiroide e os pulmões.

A probabilidade de ocorrência destes efeitos pode não estar diretamente relacionada com a dose absorvida num determinado período, mas sim com a continuidade e tempo total de exposição à radiação. Não é possível definir limites mínimos temporais, para que os efeitos sejam observáveis e que, regra geral, são apenas detetáveis vários anos após a causa. No entanto, os efeitos verificáveis, no caso da dose exceder determinado valor ou limiar, no que respeita ao aparecimento dos sintomas, serão bem mais curtos na relação interdependente entre a dose absorvida, o intervalo de tempo e a exposição.

Segundo Mendes (2004), altas doses têm grande probabilidade de causar morte



Susana Alves
Enfermeira Perioperatória no bloco operatório central do CHL

celular (efeitos determinísticos) e doenças como: leucopenia, náuseas, anemia, catarata, esterilidade, hemorragia, etc..., enquanto baixas doses danificam e/ou modificam a célula (efeitos estocásticos) como é o caso doenças neoplásicas. As baixas doses recebidas durante um período alargado de tempo não causam problema imediato, mas o resultado dessa exposição pode ser observado após muitos anos, podendo as doenças neoplásicas evoluir para cancro.

A planificação e organização de todo o processo radiológico, em situação de bloco operatório é assim imperativo, por forma a minimizar todo e qualquer risco de exposição. É de extrema importância a comunicação com toda a equipa envolvida. É impreterível a utilização de critérios e práticas rigorosas na proteção e controle da exposição à radiação. Os

critérios passam pela radioproteção, o tempo de exposição, a distância e número de profissionais imprescindíveis aquando da exposição. Assim sendo todo o profissional de saúde do bloco operatório, deve utilizar todos os meios de radioproteção disponíveis e existentes no seu serviço; óculos de vidro plumbífero, avental plumbífero, protetor de tiroide plumbífero, protetor de gónadas plumbífero e luvas plumbífero. O tempo de exposição deverá ser o mínimo possível - evitar a repetição de emissões de RX, a distância entre a fonte de radiação e o profissional de saúde deve ser a maior possível e minimizar o número de profissionais, de forma a permanecerem os essenciais durante o processo.

Os profissionais de saúde, com alguma frequência desvalorizam o risco que correm, apesar de existirem estudos que mostram a importância da utilização dos meios de radioproteção existentes, nomeadamente nas cirurgias de Orto traumatologia, Urologia e exames, como a CPRE. Estas medidas por vezes são negligenciadas, pois as cirurgias exigem posições ortostáticas e manipulação de equipamentos, que requerem uma grande carga física e com meios de radioproteção de elevado peso tornam difícil o exercício da atividade, principalmente na instrumentação. Sempre que um profissional tenha que permanecer próximo da fonte durante a emissão de radiação, este deverá usar o equipamento de proteção individual, bem como a utilização correta de dosímetros individuais para determinação da dose efetiva. Ao enfermeiro cabe zelar pela sua proteção e dos demais, em particular do doente, que com eles se encontra em ambiente operatório sujeitos aos efeitos da radiação emitida, sendo que as práticas de segurança possíveis e conhecidas devem ser respeitadas.

https://comum.fcapp.pt/bitstream/10400/26/9276/2/Revista%20Percursos%20n30_Risco%20Radiol%C3%B3gico%20em%20Cirurgia%20de%20Ortopedia.pdf
<http://www.forumfarmagem.org/glossar-tec-risco/revistas/nursing/item/5544-risco-radiologico-ocasional-na-bloco-operatorio>
https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8233/1/Paula%20Perdigoto_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf



SABER MAIS!...

CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA (ALTEMEIER)

Saber classificar corretamente a ferida cirúrgica também é cuidar com qualidade e segurança.

Segundo a definição do National Research Council – 1964, **as feridas são classificadas de acordo com a probabilidade e o grau de contaminação da ferida no momento da intervenção cirúrgica**, mas também da capacidade do organismo para reagir a essa contaminação. Perante esta realidade o Centers of Disease Control (CDC) em 1982 elaborou uma classificação standart para as feridas cirúrgicas, que até á data se encontra em vigor:

Ferida **Limpa** – Cirurgia eletiva, não traumática, não infetada, sem transgressão da técnica cirúrgica, sem penetração no trato respiratório, digestivo ou génito-urinário, nem na cavidade orofaríngea (ex.: reparação de hérnia).

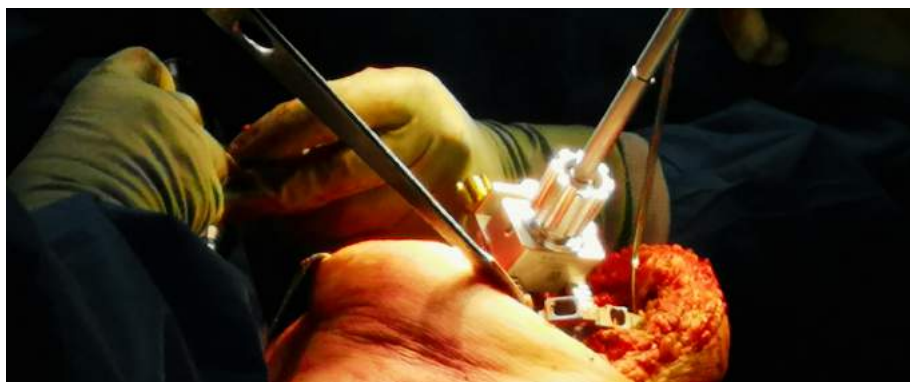
Ferida **Limpa-contaminadas** – cirurgia em que penetrou no trato respiratório, digestiva ou genito-urinário em condições controladas (técnica cirúrgica correta) e sem contaminação (ex.: colecistectomia eletiva). Incluem-se nesta categoria as cirurgias limpas com carater urgente e as re-intervenções dentro de 7 dias de um procedimento inicial classificado como limpo.

Ferida **Contaminada** – cirurgia em que se penetrou no trato respiratório, digestivo ou génito-urinário na presença de infeção ou com grave transgressão da técnica cirúrgica ou feridas traumáticas (ex.: apendicectomia)

Ferida **Suja ou Infetada** – cirurgia em que o tratamento cirúrgico é tardio, ou em feridas cirúrgicas com tecidos desvitalizados ou com corpos estranhos e ou com contaminação fecal (ex.: operação Hartmann em diverticulite perforada)

A AORN nas suas práticas recomendadas para o registo dos cuidados de enfermagem perioperatória, assinalam a importância de registar a classificação da ferida no registo do doente.

O registo deve ser feito no Sclínico, "Informação clínica" em "Detalhes intervenção" e no caso de intercorrências ou alteração da técnica cirúrgica, a classificação inicial do grau de contaminação da ferida cirúrgica, deverá ser alterada.



[HTTPS://ANES.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2017/05/NORMA-DGS-024_2013-PREVENCC%CC%A7A%CC%830-DA-INFEC%CC%A7A%CC%830-DO-LOCAL-CIRU%CC%8BIRGICO.PDF](https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/NORMA-DGS-024_2013-PREVENCC%CC%A7A%CC%830-DA-INFEC%CC%A7A%CC%830-DO-LOCAL-CIRU%CC%8BIRGICO.PDF) - NORMA N° 024/2013 DE 23/12/2013

NÃO PERCA NA PRÓXIMA EDIÇÃO:

- Intervenções do enfermeiro no controlo homeostático do doente cirúrgico - NORMOTERMIA NO PERIOPERATÓRIO
- FUMO CIRÚRGICO - um risco profissional
- Saber Mais!...
- Respostas ao QUIZ na edição 3

Ficha técnica: Editor: Grupo Feridas BO - Paula Bagagem, Márcio Santos, Lígia Paz, Celinia Gomes, Elsa Carmo, Carla Rodrigues, Sónia Pereira, André Pereira. Imagem1: internet. Fotografia: Grupo Feridas BO e GPCIBO (cedidas pelos próprios). Email: grupoferidas.bochl@gmail.com



As V Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria, irão decorrer nos dias 11 e 12 de novembro de 2021 em formato on-line, dado o contexto atual de pandemia provocado pela Covid-19. Com o tema, "**Enfermagem Perioperatória 2030 - Pensar o futuro, construir o presente**", as Jornadas abordam temas diversificados, visando as diferentes áreas da Enfermagem Perioperatória, numa perspetiva abrangente dos cuidados ao doente cirúrgico.

Destaca-se ainda, para os profissionais interessados, a apresentação de Pósteres e Comunicações livres, trabalhos que podem submeter até 04/10/2021 na página:

http://bit.ly/VJORNADAS_PERIOPERATORIAS_LEIRIA

QUIZ NA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO

1- Quanto tempo deve um paciente que foi confirmado com infeção por Covid 19 mas que teve assintomático, esperar para ser submetido a cirurgia eletiva?

- a) Quatro semanas
- b) Cinco semanas
- c) Seis semanas
- d) Sete semanas

2- A administração da profilaxia antibiótica é efetuada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, de modo a assegurar níveis tecidulares adequados na altura da incisão cirúrgica e deve estar completa antes da incisão. Qual o nível de evidência?

- a) Nível de Evidência A
- b) Nível de Evidência B
- c) Nível de Evidência C

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