

# NEWSBLOKER

"INSPIRAÇÃO E CONHECIMENTO NO PERIOPERATÓRIO"

Uma publicação periódica do Grupo Feridas BO



## V JORNADAS PERIOPERATÓRIAS DE LEIRIA

"**Enfermagem Perioperatória 2030 - Pensar o futuro, construir o presente**" foi o tema do encontro científico promovido pela Associação de Enfermeiros Perioperatórios de Leiria (AEPOL), com o apoio do Centro Hospitalar Leiria (CHL), que decorreu com sucesso, nos dias 11 e 12 de novembro, em formato virtual. Foram discutidos em painel, temas no âmbito da enfermagem perioperatória permitindo uma reflexão sobre a prática clínica a pensar no futuro.

Os "**Recursos legais em Enfermagem**" foi o tema do Painel I, com moderação do Prof.º José Carlos Gomes, onde foram partilhadas reflexões que permitiram perspetivar o desenvolvimento da enfermagem perioperatória a médio e a longo prazo, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e do reconhecimento desta importante área de intervenção da enfermagem. Neste painel foram abordadas as competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Enf.ª Ana Fonseca, Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, que clarificou as diferenças entre os dois títulos, fundamentando a necessidade de mais enfermeiros especialistas no setting peri operatório e assumiu interesse em autonomizar a enfermagem perioperatória num colégio próprio, a médio prazo.

(Cont. na página 4)



### Olhar o Bloco Hoje...

Um concurso de fotografia promovido para assinalar o terceiro aniversário da Associação de Enfermeiros Perioperatórios de Leiria (AEPOL). Conheça as fotos concorrentes e as premiadas!...

(Ver na página 7)

## NOTÍCIAS, IDEIAS, PERCEÇÕES

- 1- Intervenções no controlo homeostático do doente cirúrgico. "CONTROLO DA GLICÉMIA NO PERIOPERATÓRIO".
- 2- "URGÊNCIAS CIRÚRGICAS EM UROLOGIA".
- 3- V JORNADAS PERIOPERATÓRIAS DE LEIRIA - 2021
- 4 - DIA INTERNACIONAL DE STOP À ÚLCERA POR PRESSÃO
- 5 - Concurso fotográfico AEPOL
- 6- "Banho Pré-operatório" na prevenção da infeção.

## Dia Internacional STOP Úlcera por Pressão

O Bloco Operatório central do CHL, celebrou a 18 de novembro o "**Dia Internacional STOP UPP**", com o objetivo de sensibilizar gestores e profissionais, para a importância da prevenção e tratamento de úlceras por pressão no perioperatório. (Ver página 5)



# INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NO CONTROLO HOMEOSTÁTICO DO DOENTE CIRÚRGICO

## CONTROLO DA GLICÉMIA NO PERIOPERATÓRIO

O controlo da glicemia pode ser um desafio em doentes diabéticos; tipo 1 e Tipo 2, mas também nos não diabéticos. Segundo a Norma da DGS e de acordo com o feixe de intervenção de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico é recomendada uma "glicemia <180mg/dl durante a cirurgia e nas 24h seguintes". A OMS por sua vez, na **Recomendação 16** – sugere a "utilização de protocolos para controlo intensivo da glicemia no intra e pós-peratório imediato", de forma a reduzir o risco de infeção do local cirúrgico. Considerada como uma resposta benéfica e como uma forma de aumentar a energia aos órgãos vitais durante um período de stress, a hiperglicemia induzida pelo stress caracteriza-se por elevações acentuadas e transitórias dos níveis glicémicos em situações agudas e de muita ansiedade. Durante muito tempo foi desvalorizada, atualmente, é considerada como fator preditivo de um mau prognóstico em doentes críticos. No perioperatório, a indicação para o controlo glicémico de doentes com ou sem diabetes está aconselhada, nomeadamente em cirurgias major, como é o caso da artroplastia da anca e joelho, hysterectomias, cesarianas, colecistectomias, recesso colo rectal, procedimentos vasculares, cardíacos, entre outras.



**Lúcia Paz.**  
Enfermeira perioperatória no bloco operatório central do CHL. Grupo Feridas

### MONITORIZAR A GLICÉMIA PORQUÊ?

A resposta neuro endócrina e metabólica ao stress cirúrgico inicia-se no pré-operatório, quando a ansiedade e o medo em relação à anestesia e à cirurgia provocam aumento das concentrações plasmáticas das catecolaminas e dos glucocorticoides, resultando numa insuficiência de insulina, comprometendo a regulação e captação de glicose. A hiperglicemia resultante, estimula a libertação de mediadores inflamatórios, diminuindo a resposta inflamatória, dificultando a cicatrização e afetando os principais componentes da imunidade, interferindo na capacidade do organismo em combater a infeção.

Neste contexto a Diabetes Mellitus (Tipo 1) destaca-se por acarretar no doente alterações na fisiopatologia da cicatrização, como é o caso das complicações vasculares neuropáticas e efeitos inibitórios dos mecanismos de defesa. O mesmo pode acontecer em doentes sem diabetes, cujo o stress associado á cirurgia pode levar a hiperglicemias transitórias. A hiperglicemia aumenta o risco de complicações no pós-operatório, de infeção da ferida operatória, de lesão, de complicações tromboembólicas e de infeção articular.

O tipo de anestesia influencia a resposta hiperglicémica durante a cirurgia. A anestesia geral contribui para uma maior hiperglicemia do que a anestesia local ou a analgesia epidural.

Determinados procedimentos cirúrgicos e patologias, podem também causar uma diminuição da secreção de insulina por um curto período de tempo durante o pós-operatório imediato, e por isso é fundamental, um protocolo de controlo glicémico no perioperatório.

A monitorização ideal, não existe, uma vez que não existe evidencia que suporte uma abordagem única destes doentes, mas é fundamental, um planeamento com implementação dos protocolos institucionais que visem uma adequada avaliação pré operatória e minimizem fatores de riscos para complicações pós-operatórias.

Alexandre Almeida Guedes, The importance of perioperative glucose control, RMMG. Volume: 20. (4 Suppl.1), <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1019>  
Ana Margarida Monteiro \*, Marta Alves e Olinda Marques - Diabetes e cirurgia de ambulatório protocolo de atuação não período perioperatório <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-endocrinologia-diabetes-e-356-pdf-S1646343916300074>  
<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>

## Controlar a Glicémia como!...

O plano sugerido por vários autores é:

- **Avaliação de hora a hora,**
- **Glicemia estável e igual, se 3 valores consecutivos dentro do objetivo (< 180 mg/dl), passa a**
- **Avaliação 2/2 horas,**
- **Ou, seguir indicações do Anestesiologista**

**No bloco operatório** do CHL a instrução de trabalho para o controlo da glicémia no perioperatório (IT.CHL.141.01), tem como objetivo:

- Manter os níveis glicémicos estáveis durante o perioperatório.
- Diminuir o risco de complicações médico-cirúrgicas.

### Abordagem perioperatória é:

#### Diabético tipo 1 - Tabela 1

**Procedimentos de curta duração** ou no diabético bem controlado:

- Suspender a insulina regular.
- Administrar na manhã da cirurgia ½ da dose em NPH + Soro Glicosado 5% (75-125ml.h-1).
- Resgate com Insulina rápida IV conforme escala progressiva (Tabela 3).

**Procedimentos no diabético mal controlado:**

- Suspender o procedimento OU
- Controlar de acordo com escala progressiva.

**Procedimentos com mais de 2 horas de duração no diabético mal controlado:**

- Infusão IV contínua de insulina (tabela 4); **USO EXCLUSIVO NO BLOCO OPERATÓRIO**

#### Diabético tipo 2 - Tabela 2

- Controle com dieta: monitorizar glicemia e controlar com insulina SC, se necessário (Tabela 3).
- Sulfonilureias, Biguanidas: suspender 24 h antes da cirurgia e reiniciar após dieta normal.
- Inibidores da alfa-glicosidase (duração de acção: 4 h): suspender antes da cirurgia e reiniciar após dieta normal.
- Insulina (terapia combinada): metade da dose em NPH + Soro Glicosado 5% como no DM 1.
- **Doente hiperglicémico no pré-operatório: controlar a glicemia antes do início da cirurgia.**

#### Tabela 3: Escala progressiva para correção da glicemia no per-operatório

| GLICEMIA (mg/dl) | DOSE DE INSULINA REGULAR (UI) IV |
|------------------|----------------------------------|
| 0 - 180          | Zero                             |
| 180 - 240        | 4 U.                             |
| 241 - 300        | 6 U.                             |
| 301 - 360        | 8 U.                             |
| 361 - 400        | 10 U.                            |
| > 401            | 12 U.                            |

Objetivo: manter a glicemia entre 100 e 200 mg/dl

Em regra, uma unidade de Insulina diminui a glicemia plasmática em até 30 mg/dl num doente de 70 kg.

**Tabela 4: Regime de perfusão de Insulina** (consultar a IT.CHL.141.01)

**No Bloco Operatório Central do CHL, está disponível a instrução de trabalho, "Controlo de Glicemia no Per operatório", que pode consultar também na INTRANET.**

IT.CHL.141.01 - Instrução de Trabalho "CONTROLO DA GLICEMIA NO PER-OPERATÓRIO"



# URGÊNCIAS CIRÚRGICAS EM UROLOGIA

As doenças urológicas são muito frequentes e constituem uma percentagem significativa de admissões à urgência, no entanto, nem todas requerem um tratamento cirúrgico urgente.

Os tipos de afeções urológicas relacionadas com situações de urgência são: parafimose, retenção urinária, priapismo, lesão do aparelho excretor, trauma do pênis, torção ou rutura testicular, gangrena de Fournier, hematuria e cólica renal por urolitíase obstrutiva.



**Catarina Rodrigues**  
Enfermeira perioperatória no bloco operatório central do CHL. Grupo urologia.

Existem situações que requerem um tratamento cirúrgico emergente dado que a sua não resolução pode provocar lesão definitiva ou falência de órgão, situações como a retenção urinária aguda requerem também uma intervenção emergente pelo desconforto e instabilidade causada ao doente. Nestas situações os doentes são referenciados à Urgência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) onde existe a Especialidade de Urologia presente no serviço de Urgência e o tratamento é realizado no sentido de resolver esta situação aguda. No entanto, durante o período de presença dos nossos urologistas no hospital existem situações que por requererem um tratamento cirúrgico urgente, são tratadas no nosso Bloco Operatório.

Os doentes que são submetidos a cirurgia urológica em contexto de urgência são provenientes essencialmente do serviço de urgência e do serviço de especialidades cirúrgicas do nosso hospital. As patologias mais comuns em contexto de urgência urológica no Bloco Operatório são patologias que levam à obstrução do trato urinário quer por hematuria macroscópica e/ou bexiga de coágulos quer pela limitação de drenagem do trato urinário superior.

**Hematuria Macroscópica ou bexiga de coágulos:** definida pela presença de sangue na urina visível a olho nu. As causas da hematuria podem ser divididas em duas categorias: **Urológicas/Cirúrgicas:** por litíase, infeção, traumática, congénitas, de etiologia oncológica, doenças estruturais como a hiperplasia benigna da próstata (HBP) ou por outras causas como por exemplo a cistite rídica e as **Nefrológicas/Médicas:** por doença parenquimatosa renal ou por outras situações como doenças da coagulação, doenças vasculares, necrose papilar renal ou hipocoagulação iatrogénica.

As infeções da bexiga, da próstata ou da uretra são as causas mais frequentes de hematuria, representando cerca de 25% dos casos. A litíase urinária é responsável por cerca de 20% dos casos de hematuria. Um ou mais episódios de hematuria, sem qualquer outro sintoma associados podem estar frequentemente associados a neoplasia da bexiga. Outras situações como a HBP podem provocar hematuria, no entanto, importa excluir e esclarecer outras causas, os tumores da próstata raramente provocam hematuria.

No caso de se verificar um quadro de hematuria acompanhada de coágulos, a indicação de tratamento é a algaliação com lavagem vesical ativa, seguida de lavagem contínua com soro fisiológico. Em alguns casos de hematuria abundante com formação de coágulos há a necessidade de intervenção cirúrgica de urgência e no nosso bloco é então efetuada uma ressetoscopia transuretral da bexiga (RTU-V) ou apenas realização de hemostase da mucosa da bexiga.

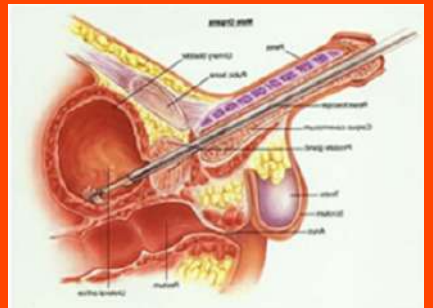
A **Obstrução do trato urinário superior**, cujas principais causas são: · Obstrução urinária completa com hidronefrose (por calculose, estenose do ureter por causa benigna ou extrínseca, obstrução da junção uretero-pélvica), · Febre, infeção ou ambos, · Insuficiência Renal Aguda, · Rim transplantado, · Dor refratária à terapêutica analgésica, · Náuseas e vômitos com desidratação grave e · Gravidez.

Nestas situações os doentes são propostos para cateterismo renal (colocação ou substituição de duplo J), com eventual litotricia ou colocação de nefrostomia percutânea (realizada na consulta externa).

**Para responder a dúvidas relativas a estes procedimentos foi criado um “Guia Prático de Consulta em Cirurgia Urológica no Contexto de Urgência”, que se encontra na sala 7 do BO central.**

## RTU-V

Cirurgia endoscópica realizada através da uretra com introdução de um ressetoscópio com ansas de corte e coagulação monopolar que vai permitir ressecar os tecidos afetados pela lesão, assim como promover a hemostase que levam ao quadro de hematuria do doente. É um procedimento que se realiza em contexto de urgência como tratamento, e que também serve para a caracterização do tumor. Após o procedimento o doente fica com sonda vesical de 3 vias em lavagem contínua com soro fisiológico a 0,9% de 4000ml.



## CATERETERISMO RENAL, COLOCAÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE DUPLO J

Duplo J : tubo fino flexível que é colocado por via retrógrada com a utilização de ureterorenoscópio ou cateterismo renal, vai desde a bexiga até ao bacinete com o objetivo de manter/ permitir a drenagem de urina.

**Tipos de Duplos J utilizados no B.O. :**

Boston Cientific



**Polaris Ultra**



**Polaris Loop**

# V JORNADAS PERIOPERATÓRIAS DE LEIRIA



O Prof.º José Freitas (ESECVP) construiu uma reflexão sobre 3 questões centrais: 1) Como pode a academia promover utilização de evidência científica nas práticas clínicas; 2) Que formação para os supervisores clínicos; 3) Que ligação entre academia e clínicas no âmbito do Peri operatório, numa perspetiva de uma sucessiva autonomização da área de intervenção, com uma forte ligação á construção de ciência em enfermagem perioperatória...

E por último a Enf.ª Liliانا Lourenço (CHUC) que trouxe a sua perspetiva sobre as mais-valias da formação avançada em Peri operatório no teatro clínico, da utilização dos Centros de simulação cirúrgica para a formação em peri operatório e da comunicação entre as diferentes equipas do peri operatório. Partilhou ainda uma proposta de como pode a formação avançada em perioperatório capacitar os enfermeiros para a autonomia e tomada de decisão através da utilização da evidência científica no perioperatório.

*Texto elaborado por Enf.ª Dora Nunes*



O Painel II, dinamizado pelas enfermeiras; Ana Cristina Matias, Lina Caetano e Tânia Ferreira, fez uma reflexão sobre a "**Cultura de Segurança em perioperatório**". A enfermagem perioperatória tem por base uma abordagem dinâmica e global do doente. Associada a este paradigma há que avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros e a segurança dos mesmos, sendo pertinente considerar a cultura de segurança do doente e a sua importância na identificação de áreas problemáticas das unidades prestadoras de cuidados perioperatórios e as suas implicações na melhoria a nível organizacional.

Moderado pela Enf.ª Ana Cristina Matias, este painel teve como palestrantes: Joana Raquel Pinto (ESEnfC), Cláudia Maio (Centro Hospital Vila Nova de Gaia) e Cláudia Gonçalves (Hospital Santa Marta), que analisaram a importância da existência de uma cultura de segurança em perioperatório, e o impacto da Covid -19 na adoção de estratégias para a segurança do doente e dos profissionais, proposto como objetivo geral,

A cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é, segundo a Organização Mundial da Saúde, para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes (Mendes & Barroso, 2014). É avaliada por várias dimensões, entre elas a formação e o trabalho em equipa.

A formação contínua permite a aquisição de competências e desenvolver as habilidades de pensamento crítico permitindo avaliar, diagnosticar, planejar, intervir, à pessoa antes, durante e após a cirurgia e consequentemente contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. E perante o atual contexto de pandemia, o trabalho em equipa é um elemento-chave para a adoção de estratégias e medidas excecionais a nível organizacional, assim como, na elaboração de protocolos com o propósito de garantir as boas práticas, a segurança da pessoa e dos profissionais.

*Texto elaborado por Enf.ª Ana Matias e Enf.ª Lina Caetano*



No segundo dia de trabalhos, foi feita uma reflexão em contexto atual, com o tema, "**Anestesia Fora de Portas... uma realidade que Futuro?**", abordado no Painel III. A constante reorganização e preocupação com a satisfação dos utentes e melhoria de cuidados prestados tem exigido dos profissionais e das instituições uma constante atualização e readaptação.



# V JORNADAS PERIOPERATÓRIAS DE LEIRIA



Com a moderação da Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Campos, neste painel foi abordado o tema **"Consulta pré-operatória do CHL"** pela Enf.<sup>a</sup> Lúcia Batista que apresentou os resultados do estudo realizado aos utentes da Consulta Pré-operatória do CHL, no sentido de perceber a sua satisfação, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas.

A Enf.<sup>a</sup> Vanessa Simões fez uma contextualização sobre a **"Visita da Dor Aguda"** no pós-operatório do CHL, apresentou os dados estatísticos entre 2019 e 2020 e ainda abordou as "perspectivas para o futuro" no âmbito da dor aguda.

A Enf.<sup>a</sup> Susana Jesus abordou o tema **"Visita da Dor Aguda no Pós-operatório: Representação Social do Enfermeiro"** com um estudo realizado para perceber qual o valor atribuído ao enfermeiro que efetua a visita da dor aguda do pós-operatório. Concluindo que a representação social do enfermeiro na visita da dor aguda, tem a *equipa* como núcleo central, salientando a importância da *vigilância da dor* e seu *controlo* para promover o *alívio da dor*.



Este painel foi finalizado pela Dr.<sup>a</sup> Elisabete Valente que abordou a anestesia fora de portas nas suas mais diversas formas; consulta pré-operatória, visita da dor aguda, sala de emergência e exames com anestesia fora do Bloco Operatório, salientando a importância de continuar a melhorar o presente numa perspetiva de futuro.

Neste contexto, o Grupo de trabalho refletiu, defendendo que cada pessoa é única, com todas as suas particularidades (crenças, valores, literacia, medos, traumas, experiências e conhecimento) em situações de vulnerabilidade e realçando que única é também cada abordagem de Enfermagem, dirigida à pessoa em questão, tendo por princípio que são os enfermeiros, eles de ligação/suporte, os impulsionadores em todo o processo de melhoria do estado de saúde.

Texto elaborado pelo Grupo de enfermagem, Painel III - "Anestesia Fora de Portas... uma realidade que Futuro?", V Jornadas Perioperatórias de Leiria



Foi ainda promovido um **Simpósio** pela Indústria, **"Bloco operatório do futuro - papel do enfermeiro"** pelo Dr. João Pedro Marques da Metronic, que fez uma reflexão sobre o futuro das salas de cirurgia, as "Smart OR" (espaços adaptados e conectados), o futuro das novas tecnologias em cirurgia e o futuro dos hospitais como instituição. Referiu a Realidade Virtual (RV), como uma tecnologia que será essencial no futuro, para ensino e treino. A Realidade Aumentada, que nos dá uma realidade não virtual, mas um sistema que permite observar a 3D com uma atuação do cirurgião com mais eficiência. A cirurgia Robótica, atualmente todos com câmaras 3D, que permite aos cirurgiões executarem a cirurgia mais precisa, com maior segurança dos procedimentos, mas que apesar de introduzida há 20 anos, atualmente, só 3% das cirurgias são executadas com robots. E a Cirurgia Minimamente Invasiva, menos traumática, uma vez que a evolução da cirurgia é no sentido de reduzir o dano, a ferida cirúrgica e os efeitos secundários, promovendo uma recuperação mais rápida do doente.



O orador André Leonardo fez acontecer com a sua palestra motivacional **"Faz acontecer"** e com a sua história, mostrou a importância de ser positivo e saber relativizar, uma vez que, "qualquer que seja o problema, faz parte da solução" e também, como é possível e necessário "fazer do não uma motivação".

Para terminar as V Jornadas Perioperatórias de Leiria, certos de que este encontro, promoveu sem dúvida, mais conhecimento científico e mais união na comunidade de Enfermagem Perioperatória, foram entregues os prémios das Comunicações Livres e Pósteres, apresentados durante o encontro e do primeiro concurso de fotografia AEPOL.





# DIA INTERNACIONAL DA ÚLCERA POR PRESSÃO



Foto da Internet

A prevenção de úlceras por pressão é um desafio global, requer uma abordagem multidisciplinar e adaptada ao risco específico de cada doente, sendo necessário uma cultura organizacional que promova o trabalho em equipa e a comunicação eficaz. E foi com este propósito que o bloco operatório central do CHL, promovido pelo Grupo Feridas, celebrou a 18 de novembro o "Dia Internacional STOP UPP".



Com a missão de promover a prestação de cuidados de saúde com qualidade e em segurança, estas ações visam lembrar, para a importância da prevenção e do melhor tratamento disponível, aos doentes na área das feridas.

Sabe-se que 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco e que os profissionais de saúde trabalham para proteger, difundir, divulgar e apoiar as boas práticas



É foi com este propósito que o grupo feridas assinalou este dia, sensibilizando os profissionais da equipa e os gestores, para este problema que é mundial, com pequenas palestras, um filme, uma sessão de fotos e um questionário.



Fotos: "Dia Internacional STOP às UPP"

## Prevenir Úlceras Por Pressão é uma obrigação...

Porque as Úlceras Por Pressão (UPP) são a maior causa de sepsis, sendo esta a maior causa de morte no mundo, e porque são eventos adversos evitáveis, para os evitar é imprescindível o envolvimento de todos os profissionais no planeamento do cuidado a ter com o doente.

É necessário ter em conta as especificidades do doente, o ambiente em que ele se encontra, a utilização de equipamento de proteção individual e as ferramentas de avaliação de risco, como a Escala de Braden, utilizada no nosso hospital (CHL) e a Escala de ELPO, ainda não reconhecida no nosso país, mas definida como um guia orientador para a prevenção das UPP no perioperatório.

A Escala de Braden no adulto e Braden Q na criança, avaliam o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão nos doentes, analisando as características da pele; sua percepção sensorial: relacionada ao desconforto, a humidade, a atividade física, a mobilidade, a nutrição, a ação de forças por fricção e cisalhamento, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.

A Escala ELPO, é uma ferramenta para identificar o risco de desenvolvimento de lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico. Desenvolvida no Brasil em 2013, avalia o risco de desenvolver UPP em ambiente cirúrgico, considerando como fatores a avaliar; o tipo de posição cirúrgica, o tempo de cirurgia, o tipo de anestesia, as superfícies de suporte, a posição dos membros, as comorbidades, e a idade do doente.

As recomendações de boas práticas devem ser aplicadas por profissionais de saúde qualificados, após cuidada avaliação clínica de cada caso individual, tendo em consideração as necessidades do doente e os recursos disponíveis.

É importante estar atento a todas as características de avaliação. A equipa de saúde/enfermeiro deve saber avaliar o doente em risco, estar atenta, planear e estabelecer ações preventivas e assertivas, para evitar o desenvolvimento de lesões por pressão, garantindo a segurança do doente e o sucesso da assistência em saúde.

Enf.ª Lígia Paz

<http://www.cofen.gov.br/risco-to-cirugia-criada-por-enfermeiro-avalia-risco-de-lesao-decorrente-da-posicao-na-cirurgia-48972.html>  
Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) - Colaboração: 11/2011 de 19/09/2011. Departamento de Qualidade na Saúde - AqSI/AgSi





# "Olhar o Bloco hoje..."

Foi o tema do concurso fotográfico organizado pela AEPOL- Associação de Enfermeiros Perioperatórios de Leiria, no âmbito da comemoração, do 3º aniversário da sua fundação.

Aberto a todos os colaboradores do Bloco Operatório e Cirurgia do Ambulatório, este concurso acabou por ser, um testemunho de atitudes e comportamentos vivenciados no perioperatório, procurando estimular a criatividade daqueles que têm o prazer de captar e fixar imagens. Nesta página pode conhecer as fotos concorrentes e as fotos premiadas.



"OLHAR DISCRETO"



1º prémio

"ANJOS DA GUARDA"

Foto de Lúcia Batista



"FOCUS"

Foto de Pedro Mendes



3º prémio

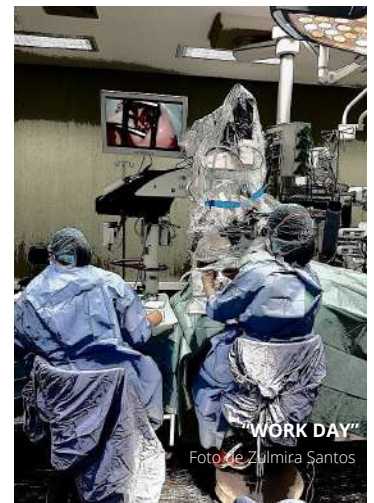
"CURAR O MUNDO"

Foto de Lúcia Batista



"DÚPLA PROTEÇÃO OCULAR"

Foto de Mariana de Jesus



"WORK DAY"

Foto de Zulmira Santos



"A SOGA DA TI Q..."

Foto de Mª Albertina Sousa



2º prémio

"TIME FLOWING"

Foto de Pedro Mendes



"OPERAR COM A 'MORAL' EM BAIXO"

Foto de David Gonçalves



"QUANDO TE CONHECI"

Foto de Carina Costa



"A CURA PELA UNIÃO"

Foto de Lúcia Batista



"LOOKING CLOSE"

Foto de Pedro Mendes



## SABER MAIS!...



Foto: Internet

# BANHO PRÉ-OPERATÓRIO

As infecções do local cirúrgico (ILC) são infecções da ferida operatória que ocorrem após procedimentos invasivos ou cirúrgicos consideradas, uma complicação cirúrgica grave que geralmente adia a alta do doente e aumenta os custos hospitalares. São várias as estratégias utilizadas para minimizar a ILC, entre elas a tentativa de reduzir a carga microbiana da pele.

A pele, ao mesmo tempo que funciona como barreira aos microrganismos, também abriga agentes patogênicos que podem ocasionar o desenvolvimento ILC.

Em 1999 o Hospital Infection Control Practices Advisory Committee - Centers for Disease Control and Prevention (HICPAC - CDC-P) emanou uma guideline para prevenção de ILC, a recomendar a utilização de um agente antisséptico no banho pré-operatório. No entanto, durante muito tempo esta recomendação não mostrou evidências que comprovem o benefício do procedimento mas atualmente e apesar das controvérsias o banho do doente com soluções antissépticas, no pré-operatório é recomendado como medida para reduzir o risco de ILC.

Mesmo com baixa evidencia o banho pré operatório é considerado como benéfico, uma intervenção que poderá contribuir para a redução dos microrganismos sobre a pele próximo da incisão cirúrgica, minimizando assim o risco de infecção.

Em 2015 o "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico, norma no O20/2015, define como obrigatória a implementação de "Realizar banho com clorohexidina  $\geq$  2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência".

No Centro Hospitalar Leiria (CHL), o processo de lavagem e desinfecção da pele é implementado com esponjas impregnadas em Clorohexidina  $\geq$ 2%, aos doentes submetidos a um "procedimento cirúrgico com duração  $\geq$  1 hora, incluindo cesarianas, que se encontrem em modalidade de Ambulatório ou de internamento no próprio dia da cirurgia".

A vigilância de todo o processo da higienização pré-operatória deve ser uma prioridade, incluindo o ensino destas práticas aos doentes autónomos. O banho deve ser efetuado na véspera da cirurgia e no próprio dia, "num período máximo de 2 horas antes da cirurgia e deve incluir o couro cabeludo e a higiene cuidada das unhas".

Este procedimento aplica-se aos profissionais do CHL que exerçam funções nos serviços cirúrgicos, Bloco Operatório Central (BOC) e consulta pré-anestésica. As esponjas são entregues na Consulta Pré-Anestésica, nas situações em que a cirurgia se encontre marcada num período inferior a 3 meses, ou pelos serviços de internamento se esse período for superior.

No BOC, a execução deste procedimento deve ser sempre confirmado junto do doente e registado na cirurgia segura, como forma de confirmar o cumprimento ou não do procedimento, permitindo a sua monitorização. (Consultar PI.CHL.245.00)

Enf.ª Paula Bagagem

PI.CHL.245.00 - BANHO PRÉ-OPERATÓRIO - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO LOCAL CIRÚRGICO  
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

## NÃO PERCA NA PRÓXIMA EDIÇÃO:

- Utilização de Garrote em Orto traumatologia
- Posicionamento Cirúrgico
- Saber Mais!...
- Respostas ao QUIZ na edição 4

**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 BO (cedidas e autorizada pelos próprios) e Internet. Email: [grupoferidas.bochl@gmail.com](mailto:grupoferidas.bochl@gmail.com)

## VOLTOU A ACONTECER ...



Foto: Árvore de Natal, 2021, BO

A árvore de Natal é um dos símbolos mais populares da época natalícia. Segundo a tradição esta deve ser enfeitada com outros objetos que simbolizam o Natal, como bolas de várias cores, fitas coloridas, luzes e tudo o que a imaginação permita. E foi mesmo essa originalidade que tiveram, os promotores da árvore construída no Bloco operatório.

Embebidos de uma enorme inspiração criaram do improvável uma linda árvore de Natal. E como se não bastasse foi decorada com uma surpresa personalizada para presentear todos os colaboradores do Serviço.

Um agradecimento especial pelo enorme gesto de partilha e inspirador, do grupo da Humanização do Bloco operatório pela iniciativa com que mimosearam os colaboradores nesta quadra festiva. Obrigada

Enf.º Márcio Santos

## QUIZ

### PREVENÇÃO DE INFEÇÃO E SEGURANÇA

1- A preparação de medicação em seringas identificadas com rótulos coloridos de acordo com a classe do medicamento, é um procedimento suficiente para evitar o erro?

- a) Sim
- b) Não

2- O conteúdo de uma caixa de instrumentos está suficientemente esterilizado se o invólucro azul estiver livre de perfurações e a fita indicadora externa e a etiqueta indicadora tiverem mudado de cor.

- a) Verdadeiro
- b) Falso

Respostas ao QUIZ da edição 3 1b) e 2d)