

NEWSBLOKER

"INSPIRAÇÃO E CONHECIMENTO NO PERIOPERATÓRIO"

Uma publicação periódica do Grupo Feridas BO



20 ANIVERSÁRIO



Nesta edição comemoramos o 2º aniversário da NewsBlokер. Foi há dois anos que o Grupo Feridas do Bloco Operatório do CHL trouxe até nós uma newsletter com o propósito de contribuir com rigor, relevância e criatividade o trabalho desenvolvido no perioperatório. Ao longo das 8 edições já publicadas, destacamos os contributos de vários profissionais que relataram e partilharam com os demais os seus conhecimentos, saberes e experiências que em muito enriqueceram as edições que foram partilhadas.

Foram diversos os temas, conteúdos científicos e áreas de atuação do perioperatório que mereceram a divulgação, despertaram e incitaram à obtenção e aprofundamento de conhecimentos técnico-científicos tão importantes para o dia a dia do cuidado ao doente cirúrgico. Todos os contributos foram importantes para o crescimento profissional da

equipa e proporcionaram visibilidade e reconhecimento pelo trabalho desenvolvido nas mais diversas áreas.

A nossa Newsblokер tem também contribuído para a divulgação e reportagem de eventos lúdicos e de caráter científico e/ou formativo. Tomara que o impacto desta publicação continue a proporcionar informação pertinente e que se torne cada vez mais um veículo para ampliar conhecimento e reflexão sobre o que cada um dos profissionais realiza na sua prática diária.

Este é o momento para agradecer a todos! Aqueles que contribuíram com conteúdos ricos e singulares e a todos aqueles que leem e divulgam esta ferramenta que é de todos e para todos. Juntos somos mais fortes.

Grupo Feridas BO

"A criança não é um adulto pequeno..."

"Como Enfermeiros Perioperatórios, temos a responsabilidade de ajudar a diminuir esses medos/ansiedade..."

Uma mensagem do Grupo de ORL, como forma de alertar, para uma realidade presente, que pode mudar o futuro próximo. Um tema, que está a ser desenvolvido pelo Grupo como um Projeto de Melhoria Contínua e Segurança do Doente. (Pag. 3)



NOTÍCIAS, IDEIAS, PERCEÇÕES

- 1- "A CRIANÇA NÃO É UM ADULTO PEQUENO..."
- 2- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS PROCEDIMENTOS DE RESSEÇÃO TRANSURETRAL.
- 3- QUALIDADE NO BLOCO.
- 4- PREVENÇÃO DO CONTROLO DE INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO PERIFÉRICO.

Intervenções de Enfermagem nos procedimentos de Resseção Transuretral

As intervenções de enfermagem na resseção transuretral (RTU), englobam uma multiplicidade de práticas e conhecimentos, que se traduzem em cuidados "exigentes e complexos" com muitas características específicas e particulares da sua técnica. É neste contexto que Lucinda Brás nos descreve a importância dos cuidados Perioperatórios na RTU, o procedimento cirúrgico urológico endoscópico, mais realizados pela urologia. (Pag.2)



"Maravilhoso mundo da ORL" é o tema do segundo episódio do podcast "Faz-te ouvir" no perioperatório, apresentado pelo Grupo Feridas do Bloco Operatório. Uma entrevista do Enf. Márcio Santos, à Enf. Susana de Jesus, que nos falou do seu percurso profissional, de algumas experiências vividas, de como se tornou melhor pessoa, da satisfação que sente por poder trabalhar nesta área, a que chama, o "mundo da ORL" e do seu novo projeto que defende o acompanhamento da criança na indução anestésica.

Uma conversa cativante e muito interessante que vale apenas ouvir. <http://bit.ly/3mSWv2l>



Intervenções de Enfermagem nos procedimentos de Ressecção Transuretral

A ressecção transuretral (RTU) é a excisão de tecido prostático ou tecido de bexiga, num procedimento realizada através da uretra. Esta técnica, é realizada, com o auxílio de um aparelho designado por ressetoscópio onde é acoplada a lente, a ansa de corte ou coagulação, o cabo de eletrocoagulação, o cabo luz fria e o soluto de irrigação. Este procedimento permite utilizar energias bipolar ou monopolar. A técnica bipolar é habitualmente utilizada na RTU da próstata e irrigação, com solução salina. Evita a incidência da síndrome pós-RTU, contudo existe a síndrome de sobrecarga de fluidos que deve ser considerada (Klein et al. 2017). A técnica monopolar implica a utilização de um eléctrodo neutro e a solução de irrigação a utilizar, é a água destilada (Patrão e Nunes, 2012). Stoller (2010) menciona como complicações imediatas; a rutura intraperitoneal ou extra peritoneal da bexiga, perfuração do reto, incontinência, incisão do orifício ureteral, hemorragia, explosão de gases (nomeadamente, na ressecção de lesão na cúpula vesical), sepsis,

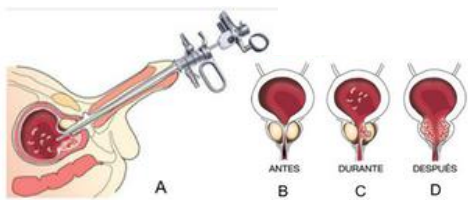


Figura 1 - A - Ressecção transuretral da próstata; B - Próstata comprimindo a uretra; C - Próstata ressecada apresenta esvaziamento central; D - Próstata ressecada deixa de comprimir a uretra.

Fonte: <https://www.teknon.es/es/especialidades/gil-vernet-sedo-jose-maria/prostata/tecnicas-quirurgicas>

epididimite e síndrome da ressecção transuretral. Após a RTU, com auxílio da seringa de Elik, o urologista extrai os fragmentos ressecados. Em seguida, verifica a hemóstase ou a necessidade de alargamento da ressecção e coloca uma algália com três vias, habitualmente é uma algália Foley em silicone ch 22 de 3 vias. Em casos específicos, neste serviço, o urologista poderá colocar a algália com ponta Dufour. Podem ainda ser utilizadas outras técnicas para o tratamento da HBP, através de laser e do sistema Rezum, que ainda não estão disponíveis no Centro Hospitalar de Leiria (CHL). Contudo este último, está previsto ser implementado brevemente.

No âmbito deste procedimento, de forma segura e com qualidade, o enfermeiro deve proceder a intervenções nas suas diferentes fases:

Durante o procedimento: Explicar ao utente o posicionamento e esclarecê-lo de dúvidas que possam existir; monitorizar os parâmetros vitais; administrar fármacos consoante a

Lucinda Brás
Enfermeira Perioperatória, coordenadora da área de Urologia. Bloco operatório Central - CHL

prescrição médica; ter e manter o equipamento e material, operacionais e os solutos disponíveis; manter sempre a irrigação sem interrupções; contabilizar a entrada e saída de fluidos; se ocorrer reflexo do nervo obturador, o urologista poderá solicitar a redução do efeito (profundidade) do eletrobisturi.

Após término do procedimento: Manter a irrigação sem interrupções (solução salina de 3000ml) e confirmar a drenagem da sonda vesical mantendo-a permeável; transportar o utente com o soluto de irrigação colocado em suporte de soros e o saco coletor de drenagem deve ser mantido sempre abaixo da pélvis.

No pós-operatório imediato: é importante a vigilância do utente, antecipando possíveis complicações (Blandy et. al., 2005). Assim o enfermeiro deve monitorizar os parâmetros vitais, estando atento a sinais como: hipotensão, taquicardia, agitação, suores, tremores e confusão mental; administrar fármacos consoante prescrição médica; elevar os pés 20-30° de modo a estimular o retorno venoso dos membros inferiores; promover o conforto e estar atento a sinais de obstrução uretral, tais como a hematúria excessiva ou coágulos vermelhos vivos, dor supra púbica, dor lombar, espasmos vesicais ou abdómen distendido. Por indicação médica deve manter-se a tração correta da sonda vesical, uma ação que contribui para a hemóstase; manter a lavagem vesical com soro fisiológico a 0,9%, com fluxo de irrigação contínuo no máximo, durante 24h, salvo raras exceções; monitorizar o volume de soro irrigado e o débito urinário, verificando a cor e as suas características a cada hora, nas primeiras 24h. No caso de hematúria franca deve-se comunicar ao Anestesiologista e ao Urologista. Deve ainda esvaziar o saco coletor com regularidade, não ultrapassando os 2/3 da sua capacidade; manter o saco fixo à



cama e caso ocorra desadaptação ou manipulação da sonda vesical, as conexões devem ser desinfetadas com álcool a 70° de acordo com o procedimento (PI.CHL. 026.03), assegurando sempre a permeabilidade da sonda vesical. (cont. Pag. 3)

A ressecção transuretral da próstata (RTUP) está indicado no tratamento da hiperplasia benigna da próstata (HBP) (Lima e Lorenzetti, 2010). É um tratamento padrão selecionado para as obstruções benignas. Representa cerca de 95% das cirurgias efetuadas a próstatas com dimensões inferiores a 60cc (Vilchez et al., 2022). A RTUP é um procedimento em que é removido apenas uma porção do seu interior, nomeadamente pequenas porções das células hiperplásicas, como se observa na figura 1 (Gabriel, 2021).

A ressecção transuretral da bexiga (RTUB) é o tratamento de primeira opção para diagnóstico e tratamento de lesões tumorais da bexiga (figura 2) (Matheus, 2010).

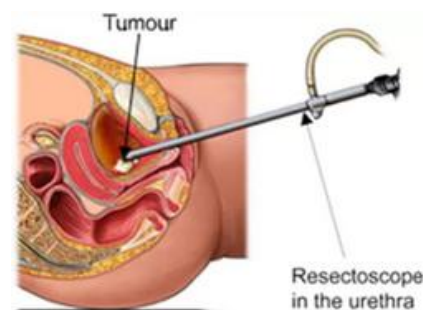


Figura 2 - Ressecção transuretral da bexiga
Fonte: <https://drmikaelvieira.com.br/resseccao-transuretral-de-bexiga/>

HPB - caracteriza-se pela proliferação do tecido prostático, não maligno e é associado à idade. Ocorrem alterações microscópicas da próstata que só passam a ter importância clínica quando estas alterações passam a ser macroscópicas causando o aparecimento de sintomas a nível do aparelho urinário inferior. O aumento do volume prostático, pode levar à obstrução da saída da bexiga, não permitindo o seu esvaziamento (Gray e Moore, 2012). Abelha et al. (2022) citando Lima (2010), refere que os sintomas se dividem em: sintomas de armazenamento (polaquiúria, aumento da frequência em urinar durante a noite, urgência/emergência urinária e enurese noturna); sintomas de esvaziamento (jato fraco, bifido ou intermitente, hesitação, esforço miccional e gotejamento terminal); sintomas pós-miccionais (sensação de esvaziamento incompleto).

Intervenções de Enfermagem nos procedimentos de Resseção Transuretral

No caso de existirem coágulos grandes, não havendo drenagem, é obrigatório verificar-se a permeabilidade da sonda, drenando livremente para uma "cuvete". Não havendo resposta, a lavagem vesical deve ser efetuada com soro fisiológico, a fim de evitar rutura de bexiga por distensão. A lavagem é realizada com técnica asséptica, injetando com uma seringa de 100cc, lenta e cuidadosamente soro fisiológico a 0,9% (50-60cc) através da sonda, aspirando de seguida metade do conteúdo injetado e deixando drenar livremente o restante, efetuando sempre a contabilização da entrada e saída, de modo

O sistema Rezum - É uma técnica transuretral que utiliza a energia térmica convectiva armazenada sob a forma de vapor de água estéril (Cantrill, Zorn, & Gonzalez, 2019).

Síndrome pós-RTU - é devido à absorção de grandes volumes de líquidos, sobretudo hipotónicos (Klein et al, 2017). É caracterizado por uma hiponatremia, podendo causar confusão mental, insuficiência cardíaca congestiva ou edema pulmonar (Stoller, 2010).

a não agravar a retenção. Esta técnica deve ser repetida até à eliminação dos coágulos, de modo a permitir drenagem livre. Em seguida reinicia a lavagem contínua com soro fisiológico a 0,9%. No caso de obstrução da sonda, havendo necessidade de realgar o utente, deve ser contactado o urologista (Dias, Leite, & Figueiredo, 2012). O sucesso dos cuidados exigentes e complexos, prestados aos utentes em contexto do perioperatório, envolve uma equipa multidisciplinar, com profissionais treinados (Matos, Baqueiro, & Bilbao, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Abelha, G. P., Barbosa, R. G., & P., D. L. (2022). Tratamento cirúrgico endoscópico para Hiperplasia benigna da próstata. *Brazilian Journal of Health Review*, 22(17), 22149. Obtido em 2022, de <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/53942/59999>
Blandy, J. F., Notley, R. G., & Reynard, J. M. (2005). *Transurethral resection (5ª ed.)*. Londres: Taylor & Francis, Obtido em 2022
Cantrill, C. H., Zorn, K. C., & Gonzalez, R. (2019). The Rezum system - a minimally invasive water vapor thermal therapy for obstructive benign prostatic hyperplasia. *The Canadian Journal of Urology™*. Obtido em 2023, de <https://sanomedrezum.com/wp-content/uploads/2019/06/7-The-Rezum-System.pdf>
Dias, L. P., Leite, O., & Figueiredo, R. (2012). Instalações e lavagens Uretrovessicais. Em A. Duarte, J. Galo, M. M. Silva, & N. Domingues, *Enfermagem em Urologia*. Lidel: Obtido em 2022.
Gabriel, A. J. (2021). Complicações em doentes com hiperplasia benigna da próstata submetidos a prostatectomia transvesical. Relatório de Estágio Profissional, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. Obtido em 2022, de https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23702/1/Gabriel_Ana.pdf
Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia no adulto e na criança*. (D. Almeida, F. Parreira, L. Peixoto, N. Parreira, & S. Silva, Trad.) Cascais: Lusociência. Obtido em 2022
IN. (s.d.)
Klein, J., Gozen, A. S., Fiedler, M., Rieker, P., & Rassweiler, J. J. (2017). TUR-P: Em A. Rané, B. Turna, R. Autorino, & J. J. Rassweiler, *Practical Tips in Urology*. London: Springer.
Lima, H., & Lorenzetti, F. (2010). Hiperplasia Prostática benigna. Em A. N. Júnior, M. Z. Filho, & R. B. Reis, *Urologia Fundamental*. São Paulo: Planmark. Obtido em 2022
Mathews, W. E. (2010). *Câncer de Bexiga*. Em A. N. Júnior, M. Z. Filho, & R. B. Reis, *Urologia Fundamental*. São Paulo: Planmark. Obtido em 2022
Matos, F. M., Baqueiro, L., & Bilbao, M. (2021). *Cirurgia segura*. Em F. Barros, L. Sales, S. Ramos, A. M. Diniz, A. M. Grilo, A. Resendes, ... V. Florêncio, *Guia prático para a segurança do doente*. Lisboa: Lidel. Obtido em 2022
Patrão, R., & Nunes, P. (2012). *Semiologia Urológica, Técnicas Diagnósticas e Material Urológico*. Em M. M. Silva, A. Duarte, J. Galo, & N. Domingues, *Enfermagem em Urologia*. Lisboa: Edições Lidel. Obtido em 2022
Stoller, M. T. (2010). Instrumentação retrógrada do trato urinário. Em W. J. Amend, K. E. Andersson, S. Barbour, L. S. Baskin, T. L. Berger, P. R. Carroll, ... J. S. Wolf, *Urologia Geral de Smith (C. H. Cosdeny, G. Taranto, & M. M. Vasconcelos, Trad.)*. McGrawHill. Obtido em 2022
Vilches, L. F., Costa, M. P., Giacchi, M. C., Cestari, I. A., & Guerra, G. M. (2022). Protótipo de cateter vesical de três vias para a Lavagem Vesical. *Revista O Mundo da Saúde*. Obtido em 2022, de <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1353/1178>



QUALIDADE NO BLOCO

Tânia Ferreira | Texto

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

A qualidade do bloco é missão de todos!

Cada vez mais os profissionais procuram prestar cuidados de qualidade ao doente que é operado, para além de todas as exigências associadas à segurança, a qualidade é também a forma como estabelecemos contato com o doente. O doente avalia certamente a qualidade dos cuidados que prestamos, pelo modo como comunicamos com ele, até porque todo o processo que envolve a cirurgia é estranho para si. Neste âmbito todos temos um papel fundamental que é criar um ambiente de conforto e segurança ao doente que recebemos na entrada para o serviço, que transportamos pelos longos corredores e que colocamos em salas frias cheias de inúmeros equipamentos.

Para além destes cuidados é nosso dever cumprir com as metas internacionais para a segurança do doente. Elas são 6, mas apenas irei mencionar a primeira.

A Meta 1- " Identificação Correta do doente"

A identificação correta do doente é a primeira etapa efetuada aquando da admissão do doente na instituição e é um passo fundamental para que todos os restantes cuidados sejam um sucesso.

Apesar de às vezes acharmos que somos repetitivos, até porque os nossos doentes quando lhe perguntamos o nome já têm a resposta na ponta da língua e dizem 2 dos identificadores obrigatórios na nossa instituição (nome e data de nascimento), não podemos deixar de o fazer, pois esta confirmação é um pilar nos cuidados de segurança.

Existem vários doentes com o mesmo nome e o risco de erro está sempre à espreita.

Já ouvimos certamente inúmeras histórias de doentes mal identificados, que por esta repetição sistemática deixaram de ser um erro, e passaram a ser um *near miss* (quase erro ou potencial evento adverso).

Na nossa instituição existe uma política (PL.CH.L.015) que nos ajuda a orientar a identificação dos doentes. Devemos todos conhecê-la e orientar as nossas práticas diárias de acordo com a mesma. No Bloco devemos manter todos os doentes identificados com pulseira, e sempre que prestamos algum cuidado devemos efetuar a validação do doente com 2 indicadores, não esquecendo de confirmar os dados com o doente e respetiva pulseira.

Monitorizar para melhorar

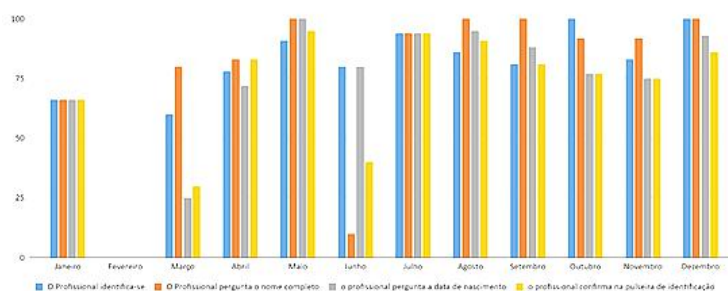


Gráfico 1

Fonte: Grupo Qualidade do BO

A monitorização pode determinar o sucesso de uma estratégia mas, para isso, é preciso medir os seus indicadores.

O gráfico 1, mostra a avaliação da Meta 1, durante o ano de 2022.



“A criança não é um adulto pequeno...”

“A criança não é um adulto pequeno...” apresenta especificidades anatómicas, fisiológicas e farmacológicas que influenciam a prática clínica desde a consulta pré até ao pós-operatório, exigindo nesta área de cuidados à criança e jovem, de profissionais perioperatórios qualificados.

A interação e o brincar são necessidades inerentes à própria criança e podem ser o instrumento mais importante para diminuir o medo ou ansiedade induzida pela experiência cirúrgica e anestésica. Como Enfermeiros Perioperatórios, temos a responsabilidade de ajudar a diminuir esses medos/ansiedade e contribuir para reforçar a autoestima da criança, como uma experiência boa e aceitável e não, um momento traumatizante. É importante que a criança e os pais/pessoa significativa participem em todo o processo. A informação pré-operatória, o acolhimento personalizado, o acompanhamento na indução anestésica e o recobro promovem sem dúvida um ambiente mais seguro, diminuindo a preocupação da criança e pais/ pessoa significativa, relativamente a todo este ambiente novo para ambos.

No bloco verificamos muitas vezes que a criança é separada dos pais/pessoa significativa, antes da indução anestésica, ficando nervosa, a chorar e até por vezes a gritar, pela sensação de perda do familiar e que, no final da cirurgia, leva a um acordar da anestesia, também muito agitado. A presença dos pais junto da criança/jovem até ao momento da anestesia, é por lei um direito. Neste âmbito e no sentido de promover e melhorar os cuidados Perioperatórios, foi realizada formação em serviço a toda a equipa, sobre esta temática: “Acompanhamento da criança/jovem na indução anestésica”, como forma de incentivar a aplicação do Despacho nº 6668/2017 de 2 de agosto e da IT.CHL.249.00 em vigor na nossa instituição desde 2017. Também com o objetivo de continuar a promover esta temática, participamos no PND de 2023 uma iniciativa da AESOP, com um Projeto de Melhoria Contínua e Segurança do Doente, uma oportunidade para motivar os profissionais do Bloco Operatório para a aplicação do respetivo Despacho.

Grupo de ORL, 2023 | Texto
Bloco Operatório Central no CHL

PRÓTESE DO OMBRO FORMAÇÃO

No Perioperatório, a formação e o conhecimento são uma prioridade, necessária e permanente para o enfermeiro na sua prática clínica. Com a evolução da ciência, as técnicas cirúrgicas mudam, evoluem e é preciso profissionais disponíveis para mudar, aprender novas tecnologias e novas práticas.

Foi neste contexto que no dia 4 de março se realizou no CHL mais um encontro formativo teórico e prático no âmbito da artroplastia do ombro, promovido pelo Grupo de Ortopedia do bloco operatório, a Dra. Paula H. Silva responsável pela Unidade Funcional do ombro e cotovelo do CHL, e “Lima Corporate”, um especialista nesta área.

Foi uma experiência única, que deixou todos os participantes satisfeitos, com a oportunidade que tiveram, para aprender e treinar novas técnicas cirúrgicas no âmbito da instrumentação, posicionamento e segurança do doente.



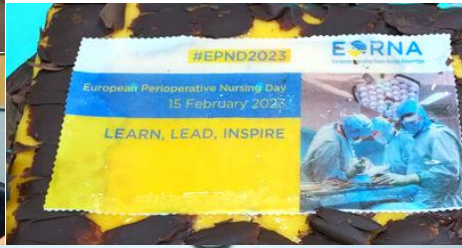
PND 2023



Os Enfermeiros do bloco operatório central (BOC) do Centro Hospitalar Leiria (CHL) comemoraram, a 15 de fevereiro, o Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório - PND, um evento promovido pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP, no âmbito da sua filiação na EORNA (European Operating Room Nurses Association) com o Slogan "APRENDER, LIDERAR, INSPIRAR".

Para celebrar este Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório, foram desenvolvidos, no serviço, projetos de melhoria contínua na área da segurança do doente.

A prestação de cuidados perioperatórios seguros é conseguida através da investigação científica, pela atualização constante de conhecimentos e cumprimento das recomendações e normas de boas práticas institucionais, nacionais e internacionais, que são alicerçados em evidência científica, tornando a prática baseada na evidência uma questão central da atividade profissional.



"LEARN, LEAD, INSPIRE"

AESOP / EAORNA

Os Enfermeiros perioperatórios (PO) do CHL participaram nesta iniciativa com projetos, que tiveram como foco a "Presença dos pais/pessoa significativa da criança/jovem no bloco operatório", como forma de contribuir para a melhoria da experiência cirúrgica/anestésica da criança/jovem em situação perioperatória; a "Comunicação eficaz no processo de transição de cuidados ao doente cirúrgico", promovendo uma melhoria da comunicação eficaz, na transição de cuidados; as "Competências das Assistentes Operacionais (AO) na sala de cirurgia ortopédica", promovendo a melhoria no desempenho profissional das AO em Sala de Cirurgia Ortopédica, assegurando que realiza as suas funções de forma eficiente e responsável aumentando a qualidade e segurança dos procedimentos cirúrgicos e por último, a "Formação e

treino de competências dos enfermeiros na realização de colangiografia e coledoscopia intra-operatória", para melhorar o desempenho dos enfermeiros em sala operatória, otimizando através do treino a resposta do enfermeiro instrumentista na mesa operatória.

Os trabalhos tiveram como objetivo a melhoria contínua na área da segurança do doente, mas também, uma aprendizagem, com liderança e inspiração no perioperatório.

Os grupos de trabalho estão de parabéns pelo seu empenho e toda a equipa do BOC, Enfermeiros e AO, pelo apoio, colaboração e participação no desenvolvimento dos projetos.

Paula Bagagem | Texto

Enfermeira Perioperatória - Bloco Operatório Central-CHL

PREVENÇÃO DO CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO PERIFÉRICO

Sónia Pereira | Texto

Enfermeira Perioperatória - Bloco Operatório Central-CHL

O QUE DEVEMOS SABER?

Sabe-se que o Cateter Venoso Periférico (CVP) é o dispositivo intravascular mais utilizado em contexto de cuidados de saúde, para fins terapêuticos ou de diagnóstico. Estabelece a ligação do meio exterior com o sistema vascular, estando-lhe por isso associado algumas complicações, onde se destaca a infeção da corrente sanguínea.

O cateterismo permite um ambiente favorável ao crescimento de microrganismos patogénicos, que podem desencadear uma infeção da corrente sanguínea. Havendo uma lesão do endotélio da veia durante o cateterismo venoso, existe o risco de desenvolver flebite, que é um fator favorável à colonização bacteriana, permitindo assim a infeção da corrente sanguínea e, até sépsis.

Em Portugal, os enfermeiros são os profissionais de saúde responsáveis pela gestão do procedimento associado ao cateterismo venoso periférico (inserção, otimização e remoção do cateter), pelo que lhes são exigidos conhecimentos científicos e competências para a execução de melhores cuidados na prática clínica.

Tendo por base as orientações nacionais e internacionais, assim como alguns estudos sobre esta temática e no sentido de melhorar a prática clínica para a prevenção de infeção associada à presença do CVP, existem boas práticas que devem ser respeitadas nos momentos de inserção e otimização do CVP. Relativamente a estas boas práticas deve-se ter em conta: o local de inserção do cateter, o calibre do cateter, a higienização das mãos, o uso de garrotes de uso único, limpeza da pele do local da punção e fixação correta do cateter



com penso estéril transparente, de forma a permitir e garantir a assepsia e a vigilância do local de inserção do cateter. Este penso pode permanecer até sete dias, sendo trocado antes se estiver sujo, húmido ou descolado. A fixação adequada previne a irritação mecânica. Se o penso estiver sujo e húmido pode levar à formação de biofilme e proliferação de bactérias do local de inserção do CVP até ao interior do lúmen do cateter. Sabe-se que o uso de penso não transparente pode culminar com o risco de exteriorização accidental do CVP, que para além da dor e ansiedade causada no doente pela necessidade de inserir novo CVP, implica custos com o material e necessidade de mais tempo disponibilizado pelo enfermeiro na prestação de cuidados. Por fim, a equipa de enfermagem tem um papel primordial no que diz respeito à prevenção da infeção associada ao cateterismo periférico, desde a inserção do cateter até à sua remoção. Assim, é crucial que os enfermeiros devam ter por base o conhecimento e evidências científicas atualizadas para garantir as boas práticas na clínica.

CAMião Stryker



O CAMIÃO STRYKER PASSOU POR LEIRIA!

Foi no dia 27 de março que o Centro de Formação sobre rodas da Stryker esteve estacionado no parque do Hospital Santo André - Leiria para apresentar o que há de mais moderno em tecnologia e inovação médica.

Este camião móvel de última geração, está totalmente equipado para dar formação e permitiu aos profissionais do bloco Operatório, das diferentes especialidades cirúrgicas, conhecer novas tecnologias, no âmbito da eficiência técnica e segurança em ambiente cirúrgico.

Foi uma experiência importante, da qual os Enfermeiros do Bloco Operatório, saíram mais informados e satisfeitos com a oportunidade.



QUIZ NA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO E SEGURANÇA

1 - Perante um caso de Hipertermia Maligna na sala operatória e de acordo com o procedimento do serviço, quem vai buscar o carro de hipertermia Maligna?

- a)- Enfermeiro 1 (Anestesia)
- b)- Enfermeiro 2 (Circulante)
- c)- Enfermeiro 3 (Instrumentista)
- d)- Assistente Operacional

2 - O tratamento bem-sucedido de uma crise de Hipertermia Maligna depende não só do seu diagnóstico precoce, mas também de um tratamento agressivo e eficaz. De acordo com o procedimento do serviço, quem prepara e administra o DANTROLENO?

- a)- Enfermeiro 1 (Anestesia)
- b)- Enfermeiro 2 (Circulante)
- c)- Enfermeiro 3 (Instrumentista)

• Respostas ao QUIZ da edição 8 - 1b) e 2b)

NÃO PERCA NA PRÓXIMA EDIÇÃO:

- Práticas Seguras, Ambientes Seguros
- "Bloqueio PENG - o que é?"
- Qualidade no Bloco- Meta 2
- Saber Mais !...
- Respostas ao QUIZ da edição 9



Ficha técnica: Editor: Grupo Feridas BO - Paula Bagagem, Márcio Santos, Lúgia 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