



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
VISEU**

Ana Lúcia Quental de Oliveira

Relatório



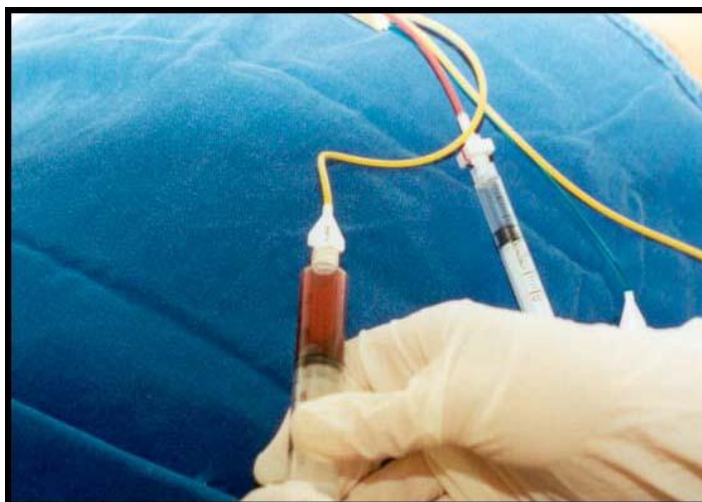
Viseu, 2009 / 2010



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
VISEU**

Ana Lúcia Quental de Oliveira

Relatório



Trabalho realizado no âmbito do
Curso de Pós - Licenciatura de Especialização
em Enfermagem Médico – Cirúrgica,
sob tutoria do Sr. Enfermeiro Jorge Melo

Visu, 2009 / 2010

Resumo

No âmbito do curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, surge a necessidade de realizar um relatório de estágio.

O Estágio correspondeu a um total de 750h de trabalho, estando dividido em 3 Módulos, tendo a orientação do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, Jorge Melo. Decorreu em três períodos diferentes: Módulo I – Serviço de Urgência do Hospital Privado do Porto, orientado pelo Sr. Enfermeiro Duarte Moreira; Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Hospital S. Teotónio EPE de Viseu, orientado pela Sr.^a Enfermeiras Filomena Silva e Maria Elisa Cruz; Módulo III – Bloco Operatório do Hospital S. Teotónio de Viseu, orientada pela Sr.^a Enfermeira Especialista Ana Laceiras.

Em cada um dos diferentes Módulos foram determinados alguns objectivos pessoais. No Módulo I (Urgência) demonstrei capacidade de organização e articulação face às intervenções a realizar, identifiquei e estabeleci prioridades de intervenção na prestação de cuidados, colaborei nas diferentes áreas do serviço de urgência e reconheci situações de Urgência. No Módulo II (Unidade de Cuidados Intensivos Coronários), desenvolvi competências específicas relativas aos cuidados a prestar ao doente com patologia cardíaca. No Módulo III (Bloco Operatório), demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

O estágio, na sua globalidade, trouxe uma visão profunda da organização e funcionamento de um Serviço de Urgência, bem como das particularidades e especificidade do desempenho profissional ao nível da Urgência/Emergência, uma aquisição e aprofundamento relativamente às doenças cardíacas e um reconhecimento de uma realidade das diferentes etapas trabalho organizacional, para a realização de uma cirurgia.

As capacidades de autonomia, liderança, de adaptação a novas situações, de aprendizagem, de aplicação prática de conhecimentos teóricos adquiridos e a realização de planificação e gestão de trabalho para o serviço, foram competências pessoais e profissionais verdadeiramente atingidas.

Ao terminar este relatório, evidencio uma evolução muito positiva, que engrandeceu o meu conhecimento e atuação perante situações novas e complexas dirigidas ao Doente Crítico.

Abstract

Within the course of Post-Graduate Specialization in Medical Surgical Nursing, comes the need for a probation report.

Stage corresponded to a total of 750h of work and is divided into three modules, with the guidance of the Nurse Specialist in Medical-Surgical, Master in Management of Health Services, Jorge Melo. Held in three different periods: Module I - Emergency Service, Hospital Privado Porto, coached by Mr. Nurse Duarte Moreira; Module II - Coronary Intensive Care Unit, Hospital S. Teotónio EPE Viseu, guided by Ms. Nurses Filomena Silva and Maria Elisa Cruz; Module III - Operating Room of the Hospital S. Teotónio Viseu, guided by Ms. Ana Laceiras Nurse Specialist.

In each of the different modules were determined some personal goals. In Module I (ER) demonstrated ability to organize and articulate against intervention to be made, identified and established priorities for assistance in providing care, I collaborated in different areas of emergency service and recognition of emergency situations. Module II (Coronary Intensive Care Unit), developed specific skills relating to care of the patient with cardiac disease. In Module III (Operating Room), demonstrated ability to work properly, the interdisciplinary and multidisciplinary team.

The stage as a whole, brought a profound vision of the organization and operation of an Emergency Department as well as the particular and specific professional performance at the level of urgency / emergency, an acquisition and deepening relation to heart disease and a recognition of a reality different stages of organizational work, to perform surgery.

The capacities of autonomy, leadership, adapting to new situations, learning, practical application of theoretical knowledge and the implementation of planning and work management for service, personal and professional skills were truly met.

After completing this report, was noticed a very positive development, which magnified my knowledge and performance before new and complex situations addressed to Critical Patient.

PENSAMENTO

“O homem é, não apenas como ele se concebe, mas como ele quer que seja, como ele se concebe depois da existência, como ele se deseja após este impulso para a existência.”

JEAN-PAUL SARTRE

Índice

Introdução	8
1- Objectivos de estágio	11
2 . Objectivos e competências a desenvolver	13
2.1 Objectivos gerais	13
2.2.Objectivos específicos comuns a todos os ensinos clínicos	13
3. Bloco Operatório do Hospital São Teotónio de Viseu – Módulo III	16
3.1. Objectivos específicos deste campo de estágio.....	16
3.2. Ensino clínico.....	17
4. Urgência do Hospital Privado do Porto – Módulo II	25
4.1. Objectivos específicos deste campo de estágio.....	26
4.2. Ensino Clínico.....	28
5. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Hospital São Teotónio de Viseu – Módulo I	30
5.1. Objectivos específicos deste campo de estágio.....	31
5.2. Ensino clínico.....	32
Conclusão	38
Bibliografia.....	40
Anexos.....	41

Introdução

No âmbito do curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, surge a necessidade de elaborar um relatório de estágio como compêndio do ensino clínico, dos conhecimentos aplicados e adquiridos.

A profissão de Enfermagem há muito que deixou de se reger apenas por conhecimento de carácter empírico, como sendo os determinantes da sua orientação profissional. Nos últimos anos, e em consequência de uma cada vez maior responsabilização dos seus membros, a enfermagem sustenta-se pelos conhecimentos científicos.

A maior dificuldade na elaboração deste relatório foi definir o ponto de partida e desenvolver uma perspectiva que só poderia resultar da ponderação de vários aspectos. Entre eles, o que mais influenciou a estrutura adoptada, foi a concepção pessoal sobre os objectivos e acima de tudo, um exercício situado entre a introversão individual, sobre a forma como foi registada a aprendizagem e a análise ao contexto que a motivou e dirigiu.

Nesta perspectiva, considerava-se inexequível a elaboração de um texto meramente explicativo, não porque essa não seja uma opção válida e, aliás, dominante neste tipo de relatórios, mas por ponderar que tal perspectiva, além de privilegiar os aspectos externos e formais (em todo o caso fundamentais) precisa de ser complementado com uma atitude mais meditativa face ao contacto com a realidade prática, com o fim de a estruturar e confrontar com a própria teoria que, reconheça-se, tantas vezes nos surge separada das necessidades profissionais sentidas no terreno.

Segundo American Association of Critical-Care Nurses, citado por Thelan et al. (1993:39) “... a enfermagem de cuidados intensivos é a especialidade em que a enfermagem se confronta especificamente com as respostas humanas a problemas que põem a vida em perigo”.

O enfermeiro que desempenha a sua atividade profissional em Bloco Operatório, Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos, deve possuir uma capacidade de adaptação, resposta imediata e adequada às necessidades de âmbito técnico, científico e humano, a todos aqueles que num dado momento da sua vida necessitam desses serviços para assim ultrapassarem da melhor forma possível a fase crítica em que se encontram.

Rothrock (2008), afirma que “... as enfermeiras perioperatórias asseguram que os pacientes cirúrgicos recebam cuidados profissionais de enfermagem com base em evidência científica.”

Para a Associação dos Enfermeiros de Urgência (2001), “...a enfermagem de urgência define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doenças...” refere ainda que “...é pluridimensional, porquanto implica o conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários comuns a outras especialidades de enfermagem.” “... Os papéis assumidos pelos enfermeiros passam pela prestação de cuidados ao doente, investigação, gestão, ensino, consultoria e apoio jurídico.”

Phipps et al. (1990:385), referem que o objectivo principal do enfermeiro em cuidados intensivos é “proporcionar cuidados de enfermagem contínuos e de elevada qualidade a doentes em situações de perigo, permanecendo alerta às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do doente como um ser integrado”.

Em relação à medicina intensiva em concreto, representa uma das áreas que mais fascina os profissionais de saúde, a especificidade e rigor por detrás dos cuidados, o doente crítico, a utilização dos recursos técnicos mais avançados, a constante aprendizagem/investigação, serão certamente algumas das razões para que esta área seja tão apreciada pelos profissionais desta área. Eu não constituo exceção, nutrindo uma grande admiração pelos cuidados intensivos e pelo trabalho que neles se desenvolvem.

É importante que no final dos presentes ensinamentos clínicos, a percepção de que adquirir um importante marco para o meu desenvolvimento como profissional de saúde a nível técnico, científico, relacional e ético-deontológico, contribuindo positivamente para a minha formação, tendo estado sempre à altura dos desafios propostos.

O Estágio corresponde um total de 750h de trabalho, das quais 540h são de contacto, sendo as restantes (210h) para trabalho individual, estando dividido em 3 Módulos.

O Estágio teve a orientação do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, Jorge Melo.

Os Módulos não são precedentes entre si, pelo que poderei iniciar o Estágio, por qualquer um dos Módulos mencionados, os quais se distribuirão por 3 períodos distintos:

- 1º Período – 27/04 – 27/06/09 – Módulo III – Bloco Operatório do Hospital S. Teotónio de Viseu, orientada pela Sr.ª Enfermeira Especialista Ana Laceiras;
- 2º Período – 06/10 – 29/11/09 – Módulo I – Serviço de Urgência do Hospital Privado do Porto, orientado pelo Sr. Enfermeiro Duarte Moreira;

- 3º Período – 2/12/09 – 31/01/2010 – Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Hospital S. Teotónio de Viseu, orientado pela Sr.^a Enfermeiras Filomena Silva e Maria Elisa Cruz;

A cada período corresponde um Módulo de Estágio, num total de 180h de contacto que se deverão distribuir pelas 7 a 8 semanas do período em causa, para que realize 3 a 4 turnos por semana.

O horário a praticar será de acordo com o horário praticado nas diferentes instituições, podendo ser turno da manhã, tarde ou noite, conforme o horário praticado pelo respectivo orientador e a oportunidade para a consecução dos objectivos traçados.

De acordo com o guia orientador de estágio, o formando deve desenvolver o seu processo de formação, de um modo articulado e coerente, permitindo-lhe adquirir os alicerces para construir o seu projeto pessoal de desenvolvimento profissional.

Preconiza-se que no desenvolvimento do processo ensino/aprendizagem intervenham o formando, o enfermeiro orientador de estágio e o professor responsável, de forma a utilizar estratégias que em simultâneo beneficiem a aquisição e aplicação de conhecimentos para o formando e para o serviço/instituição onde decorre o respectivo estágio.

Com a elaboração do presente relatório pretendo refletir sobre a prática de enfermagem, toda a atividade profissional e relatar a vivência e experiências adquiridas.

São Objectivos deste Relatório:

- Descrever as ações realizadas durante os vários Módulos de Estágio;
- Efetuar a análise crítica e reflexiva das ações realizadas;
- Descrever o desenvolvimento de competências adquiridas.

O Relatório divide-se em 5 capítulos gerais: Objectivos de estágio, Objectivos e competências a desenvolver, Bloco Operatório do Hospital São Teotónio de Viseu – Módulo III, Urgência do Hospital Privado do Porto – Módulo II e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Hospital São Teotónio de Viseu – Módulo I.

Elaborei ainda um dossier de Anexos correspondentes a algumas atividades desenvolvidas e material de apoio.

1- Objectivos de estágio

Neste capítulo, serão explanadas, embora de uma forma sucinta, as metas a atingidas com o meu desempenho, evolução técnica e pessoal na prestação de cuidados de Enfermagem diferenciados a doentes de alto risco. Essas metas são traduzidas por objectivos gerais e específicos que foram atingidas durante o tempo de estágio.

Os objectivos de estágio dizem respeito a um fim que se quer atingir, à definição de estratégias a adoptar, onde e como lá chegar. Um objectivo nada mais é do que a luz no fim do túnel. Ter uma clara definição dos objectivos é uma forma de orientar, delinear e definir uma “rota” para os ensinamentos clínicos.

É sempre difícil falar de objectivos gerais e específicos fora de um contexto específico de aplicação, porque as possibilidades são muito amplas e muito diversificadas segundo os contextos. Os objectivos que tocam, por exemplo, a gestão, a coordenação dos cuidados, e os que tocam a prevenção ou a educação, são muito diferentes na sua essência e na sua organização. No entanto, de uma maneira geral eles comportam certas características comuns.

Os objectivos foram delineados inicialmente no projeto de estágio, uma vez que traçaram o caminho a percorrer nesta etapa. Comportam, também, um período de reflexão sobre o percurso pessoal vivido, sobre um interesse novo a prosseguir, sobre um caminho a traçar e sobre a vontade de mudança que isso implica, com o género de modificação ou de orientação de vida a adoptar.

O projeto profissional, por outro lado, vem essencialmente articular-se com o trabalho e encontra-se ligado de perto, ou de longe, com o seu exercício. Pode-se que tem uma relação com um eventual projeto de vida, mas não é o portador principal dos objectivos de mudança pessoal. Ele funda-se num ideal com o qual a pessoa se identifica, num desejo que ela procura satisfazer, num desafio que ela deseja enfrentar ou numa necessidade de que tome consciência no âmbito das suas funções. Qualquer que seja a sua natureza, o projeto profissional assenta sempre em certas capacidades que a pessoa quer atualizar, ou que acredita ser possível mobilizar, para as colocar ao seu serviço. Pode tratar-se de uma formação particular, de um talento distinto ou de um domínio específico de excelência de que esta pessoa quer fazer beneficiar o meio, aplicando-os a um projeto definido. O projeto profissional toma a forma de uma descrição operacional da ação em que se quer empenhar, em súmula de um plano a realizar. Ele constitui um conjunto

coerente, limitado a certos aspectos precisos e bem identificados de um domínio de trabalho. Pode ser a menor ou maior prazo, mas é geralmente bem determinado no tempo (Phaneuf, 2002).

2 . Objectivos e competências a desenvolver

A competência em enfermagem revela-se muito complexa uma vez que supõe uma combinatória de múltiplas dimensões onde os saberes científicos, organizacionais e técnicos se interpenetram e se alimentam uns dos outros. Baseia-se nas qualidades pessoais da enfermeira, as que fazem dela uma pessoa à escuta, atenta ao que se passa com o doente e capaz de decisão, de ação e de empatia. A competência representa mais que a soma dos saberes e das capacidades. (Phaneuf, 2002)

De seguida, apresentam-se os objectivos gerais e específicos propostos pelo Plano de Estudos do Curso, que pretendem orientar globalmente as competências a desenvolver.

2.1 Objectivos gerais

Com o presente Estágio pretende-se:

- Saber aplicar os meus conhecimentos e a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC);
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

2.2.Objectivos específicos comuns a todos os ensinos clínicos

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada;

- Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparo;
- Comunicar os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC;
- Refletir na e sobre a minha prática, de forma crítica;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC;
- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC;
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC;
- Identificar as necessidades formativas na área da EEMC
- Promover a formação em serviço na área de EEMC;
- Colaborar na integração de novos profissionais

Estes objectivos foram conseguidos com sucesso ao longo dos ensinios clínicos.

3 Bloco Operatório do Hospital São Teotónio de Viseu – Módulo III

O BO situa-se no 3º Piso do hospital entre os serviços de UCIP e Esterilização. Existe circuito direto com a UCIP e Esterilização, com o primeiro por porta direta e com o segundo por janela.

Tem uma equipa de enfermagem com 70 enfermeiros dos quais um é Enfermeiro Chefe, um Enfermeiro Especialista em Reabilitação e uma Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica e estão divididos por 6 equipas.

O BO é constituído por 11 salas e o Recobro tem lugar para 11 unidades. Em cada sala ficam destinados 3 Enfermeiros – instrumentista, anestesia e circulante.

3.1 Objectivos específicos deste campo de estágio

- Organizar e preparar a sala de operações antes do ato cirúrgico;
- Verificar o bom funcionamento do equipamento;
- Reunir e abrir o material esterilizado necessário para o instrumentista;
- Contar compressas, cortantes e picantes e instrumentos, em conjunto com o instrumentista, antes do início da cirurgia;
- Chamar a doente na altura adequada;
- Receber o doente;
- Fazer a avaliação inicial pré-operatória do doente:
 - Identificar-me, explicar as minhas funções e identificar se é o doente correto;
 - Rever o processo clínico, verificar o procedimento e o consentimento;
 - Confirmar alergias, jejum, valores laboratoriais, electrocardiogramas e estudos radiológicos;
- Transferir o doente para a mesa operatória em segurança, posicionando-o de acordo com o tipo de cirurgia e preferência do cirurgião;
- Se for usado bisturi eléctrico, colocar adesivo condutor no doente: Preparar a pele deste, colocar eléctrodos para monitorização de ECG;
- Explica brevemente ao doente o que estão a fazer;
- Colaborar com a equipa cirúrgica, apertando as batas e ajustando as mesas;
- Colaborar com o anestesista durante a indução anestésica e a entubação;

- Vigiar continuamente o ato cirúrgico, para detectar qualquer quebra na técnica asséptica ou antecipar qualquer necessidade da equipa; abrir o material esterilizado adicional para o enfermeiro instrumentista.
- Manusear as peças cirúrgicas, conforme regras da instituição;
- Fazer registos nas notas de enfermagem peri-operatória;
- Fazer a contagem de compressas, instrumentos picantes e cortantes, no princípio do encerramento da incisão e no final do ato cirúrgico.
- Colaborar com a enfermeira de anestesia;
- Colaborar com a enfermeira circulante na preparação da sala de operações;
- Realizar portfólio.

Todos estes objectivos foram conseguidos.

3.2 Ensino clínico

O estágio realizado no Bloco Operatório do Hospital São Teotónio, E.P.E. de Viseu, com a duração de 180 horas (8 semanas) decorreu entre os meses de Abril (dia 27) a Julho de 2009, sob a tutoria das Sr.^a. Enfermeira Especialista Ana Ladeiras e orientação do Sr. Enfermeiro Jorge Melo.

Com a realização deste estágio procurei adquirir competências relativas ao doente perioperatório, numa perspectiva holística, habilitando-me a agir em conformidade numa cirurgia na área de anestesia, isto é, incidi mais na vertente de enfermeira de anestesia devido à curta duração do estágio e a enfermeira de recobro.

Com a elaboração deste trabalho pretendo refletir sobre a prática de enfermagem no serviço, toda a atividade profissional e relatar a vivência e experiências adquiridas.

A escolha da realização do estágio no bloco operatório surgiu do interesse que tinha em conhecer melhor o “universo” dos cuidados intra operatórios e pela necessidade de aquisição de mais conhecimentos no que diz respeito aos cuidados a ter com este tipo de doentes nesta fase.

Enfermagem no bloco operatório segundo Rothrock () “Os vários papéis da enfermagem perioperatória incluem todos os elementos dos comportamentos e dos procedimentos técnicos que caracterizam a enfermagem profissional. Provavelmente, nenhuma outra área de enfermagem exige a larga base de conhecimentos, a memória instantânea da ciência cirúrgica, a necessidade de ser guiada intuitivamente pela experiência de enfermagem...”

O estágio é, sem dúvida, uma componente fundamental do curso, pois permite aos discentes o colocar em prática um manancial de conhecimentos adquiridos de uma forma teórica, por um lado, e conhecer outra realidade profissional, por outro. Como tal, procurei tirar o máximo partido desta oportunidade.

Primeiro dia de estágio 27 de Abril de 2009

Neste primeiro contacto com o campo de ensino clínico, tive a oportunidade de me apresentar ao serviço, conhecer a equipa, o serviço, a estrutura e a tutora, a Sra. Enfermeira Especialista Ana Laceiras.

Conheci o tipo de farda que é específico deste serviço e que só se pode usar dentro deste (farda verde, touca e máscara).

Feitas as apresentações, tive acesso ao horário da minha tutora e organizei os dias que poderia estar presente para a realização do meu estágio de acordo com o meu trabalho.

Desta forma planifiquei o meu horário de estágio de acordo com o horário da Sr.^a. Enfermeira Especialista Ana Laceiras:

1ª semana de estágio de 11 a 15 de Maio

O desempenho de funções começa com a passagem de turno, devido a especificidade deste serviço. Faltas de material, problemas com ventiladores, tubos ou problemas com alguns materiais. Numa das situações, abordou-se o material ortopédico da coluna que foi para revisão, um doente proposto para operar mas que não tinha o consentimento assinado e uma alteração do plano cirúrgico de urologia.

Após as passagens de turno, verificou-se o plano cirúrgico, a distribuição dos elementos da equipa de enfermagem, e os alunos de enfermagem pelas várias salas operatórias.

Pude observar e refletir acerca da organização da sala de operações, sobre a estrutura física, as condições ambientais, a segurança no bloco, os recursos humanos, o perfil do enfermeiro do Bloco e os registos.

Quanto à estrutura física, as salas são amplas, as superfícies laváveis e existem 3 portas (equipa cirúrgica; doente; zona de descontaminação);

As condições ambientais pressupõem: temperatura, humidade e luminosidade adequadas e exaustão de gases.

A segurança no bloco operatório é composta por circuitos (área restrita e semi-restrita, adequada manutenção de equipamentos, correto manuseamento de cortoperfurantes, proteções individuais adequadas, equipamento suspenso e plano de emergência.

Os recursos humanos são compostos por três enfermeiros, uma auxiliar de ação médica, uma equipa cirúrgica e uma equipa anestésica, por sala.

O perfil correto do Enfermeiro do bloco operatório deve ter competências técnicas e relacionais, motivação, capacidade de estabelecer prioridades, capacidade de trabalhar em equipa e perspicácia.

Os registos são acerca do procedimento cirúrgico, tipos de anestésicos, tempos de ocupação do bloco e registos de enfermagem.

Por opção minha, demonstrei preferência pela cirurgia geral, uma vez que é com esta que contacto no meu local de trabalho.

Tive oportunidade de seguir vários tipos de cirurgia, como por exemplo, colecistectomia, amputação do membro inferior por gangrena diabética, biopsia ganglionar cervical e biopsia óssea.

Neste tipo de cirurgias fiquei distribuída com a enfermeira de anestesia e tive oportunidade de seguir de perto e participar na anestesia. Esta prepara todos os materiais e fármacos da anestesia e rectifica tudo, várias vezes, para se certificar que não há falhas.

Na preparação dos fármacos (ev) começa-se por 0.5 mg de atropina (que está sempre preparada em todas as cirurgias), fentanil, propofol, esmeron ou rocuronium, paracetamol, dynastat e atropina juntamente com prostagmina.

Outras farmacologias noutras cirurgias dependendo da cirurgia e das características de cada doente:

- Fentanil
- Etomidato
- Nimbex ou cisatracurium
- Insulina (diabético)
- Perfalgan
- 1 atropina mais 3 prostagmina
- Midazolam
- Fentanil
- Propofol
- Esmeron
- Solumedrol
- 1 atropina mais 2 prostagmina

A anestesia geral (situação em que o paciente permanece inconsciente durante todo o procedimento) processa-se em 3 fases: Indução; Manutenção; Recobro. Envolve a administração de fármacos capazes de produzir inconsciência e analgesia, via inalatória (através dos pulmões - gases) ou via endovenosa (pelas veias). A respiração é controlada através da colocação de uma máscara sobre a garganta ou de um tubo nas vias respiratórias.

Os músculos podem ser paralisados a fim de reduzir a tensão muscular e permitir ao cirurgião melhores condições de trabalho, sendo a ventilação assegurada por uma máquina (o ventilador). Geralmente, realiza-se uma indução endovenosa e utiliza-se a via inalatória para a manutenção da anestesia. No final da intervenção, o anestesista procede à reversão de alguns dos fármacos utilizados, até que o paciente recupere o estado de consciência ainda na sala operatória.

Na reversão dos fármacos utilizados até que o doente recupere o estado de consciência, são usadas duas a três ampolas de neostigmina (0,5 mg) e uma de atropina (0,5mg), dependendo da avaliação do anestesista, podendo ser necessário repetir.

Qualquer que seja a técnica anestésica escolhida, o anestesista e a enfermeira de anestesia, permanecem ao lado do paciente durante toda a intervenção, monitorizando os seus sinais vitais (electrocardiograma, tensão arterial, saturação de oxigénio – corresponde a uma relação percentual entre a quantidade de oxigénio existente no sangue e a capacidade do sangue em transportá-lo, etc.), controlando a dose de anestésico usada na manutenção, bem como a reposição de fluidos (soro e sangue).

O anestesista e a enfermeira de anestesia são os guarda-costas do doente no período imediatamente antes, durante e logo após o fim da intervenção, o chamado período peri-operatório.

2ª e 3ª semana de estágio de 18 a 29 de Maio

Tive a oportunidade de assistir e participar numa tiroidectomia total, histerectomia total, videocolicectomia, fistulectomia, histerectomia total e visita à Unidade Central de Esterilização. No que respeita à tiroidectomia total, existiu uma pesquisa mais profunda, onde se verificou que é o procedimento cirúrgico de eleição, seguido por ablação do tecido remanescente com iodo.

Na fase anestésica preparou-se toda a medicação e verificou-se se o tubo endotraqueal, condutor e pinça de maguil, estão eficazes e existiu auxílio na indução anestésica e intubação endotraqueal.

O tipo de anestesia foi geral. A intubação foi feita com tubo orotraqueal 7,5 aramado com cuff (podendo também ser mandrilado, este tipo de tubo também são usados no otorrino). Foi introduzido pela boca até à traqueia, para que os pulmões possam ser adequadamente ventilados, e verificada a posição correta do tubo, foi insuflado o cuff e fixado o tubo com adesivo ou nastro.

Na fase anestésica o decúbito adoptado é normalmente o dorsal, só após a punção (se não estiver puncionado) e a administração do anestésico, o doente deve ser colocado na posição adequada ao acto cirúrgico.

O doente permanece normalmente em decúbito dorsal, uma vez que, no momento da intubação endotraqueal, é necessário hiperestender o seu pescoço, para facilitar a visualização das vias aéreas.

Neste tipo de cirurgia – tiroidectomia total – existe o seguinte procedimento:

- O doente é colocado em posição de supina;
- A enfermeira instrumentista e circulante preparam a unidade electrocirúrgica, pinças, porta – esponja para dissecção e um dreno pequeno (opcional), bisturi eléctrico ou ligaSure Precise;
- Adequar a iluminação;
- Preparar a pele com uma solução antimicrobiana, incluindo o queixo e a região anterior do pescoço, desde os lobos das orelhas até a região externa dos ombros e a região superior do tórax anterior aos mamilos;
- Procedimento cirúrgico;
- Durante o ato cirúrgico são colhidas múltiplas biopsias para determinar a presença, ou ausência de tecido paratireoidiano. A preparação do recipiente (devidamente identificado) e encaminhamento da amostra para o laboratório de anatomia patológica fica ao encargo da enfermeira circulante;
- A região do pescoço é explorada para a pesquisa de tecido paratireoidiano aberrante, que também é ressecado;

- Antes de fechar a ferida operatória a enfermeira circulante e instrumentista fazem a contagem das compressas, do material cirúrgico – as pinças e as agulhas;
- Após término do ato cirúrgico e após a sutura se completar, inicia-se a etapa pós-anestésica;
- Faz-se o penso compressivo.

Etapa pós-anestésica imediata

Quando a equipa cirúrgica está a terminar o procedimento cirúrgico, o médico de anestesia inicia a fase de acordar o doente.

Suprime o sevoflorano administrando drogas antagónicas às administradas no decorrer do ato cirúrgico.

Antes de extubar observa-se se ele consegue respirar sem o auxílio do ventilador e quando o doente inicia movimentos inspiratórios profundos, o tubo endotraqueal é retirado, sendo antes feita aspiração traqueal.

Unidade Central de Esterilização

Neste estágio houve a possibilidade de passar um dia na Unidade Central de Esterilização onde fui muito bem recebida.

A Unidade Central de Esterilização é uma unidade orgânica funcional de apoio clínico, dotada de autonomia técnica e de recursos materiais e humanos próprios, que realiza, centralizadamente, para todos os serviços do Estabelecimento de Saúde em que integra, as atividades inerentes ao processamento global dos dispositivos médicos reutilizáveis e de outros materiais de consumo clínico, quer sejam desinfectados ou esterilizados.

O serviço é constituído por sala de sujos, zona de empacotamento, zona de estéreis e zona de biberões e têxteis. Pude passar por todos os compartimentos do serviço e observar todo o seu funcionamento e obter desta experiência um conhecimento prático desta vertente.

De 8 a 29 de Junho

Tive oportunidade de estar na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

A U.C.P.A. é uma unidade vocacionada para receber utentes submetidos a uma anestesia e cirurgia, a sua admissão assume um carácter importante no contexto global de recuperação pós-anestésica.

A anestesia produz uma alteração temporária da percepção e da sensação, e a recuperação pós-anestésica deve reconduzir o utente ao seu estado pré-operatório, ou ao melhor nível de condição que ele seja capaz no pós-operatório.

A Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos é localizada junto às salas de cirurgia. Os utentes que ainda se encontram anestesiados, ou a recuperar da anestesia, são encaminhados a esta unidade para facilitar o acesso de profissionais especialmente preparados na assistência ao utente no pós-operatório imediato (enfermeiros, anestesistas e cirurgiões), de modo a que o utente se recupere dos efeitos da anestesia e até que retomem as funções motoras, sensitivas e as suas funções vitais estejam estáveis, não havendo evidência de hemorragia.

Caso surja algum problema, a proximidade do cirurgião, do anestesista e da sala de cirurgia proporcionam a segurança de uma assistência habilitada imediata. O utente que progride sem incidentes é transferido da sala de recuperação anestésica para a unidade de internamento.

Na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, ao receber o utente da sala operatória, este vai ser colocado na unidade. Nesta etapa deve-se:

- Comunicar eficazmente entre equipas acerca do estado do utente;
- Receber toda a informação fornecida pelos enfermeiros da sala, assim como dos médicos que anestesiaram ou operaram;
- Verificar todos os dados do utente;
- Verificar o tipo de anestesia, de intervenção e complicações;
- Verificar perdas avaliadas (sangue ou derivados e outros fluidos administrados);
- Verificar sondas, cateteres, drenos ou outros materiais invasivos colocados ao utente;
- Monitorizar e manter uma vigilância contínua e detectar precocemente potenciais complicações, manter a permeabilidade das vias aéreas, assegurar a oxigenação e

ventilação adequada, manter os acessos permeáveis, repor e manter volume intravascular adequado e garantir a segurança do utente.

A qualidade da assistência de enfermagem está dependente duma ação de trabalho de equipa. Por sua vez, só poderemos prestar cuidados de enfermagem científicos e adequados se tivermos um conhecimento completo do utente, sobre as suas necessidades, sobre os cuidados a prestar e sobre os resultados a obter.

Todo o estágio correspondeu às minhas expectativas. Gostei do tipo de serviço, não só pela sua especificidade e dinâmica, mas também pela equipa, nomeadamente a tutora Sr.^a Enfermeira Especialista Ana Ladeiras, que me acolheram da melhor forma possível e aos quais deixo o meu agradecimento.

4 Urgência do Hospital Privado do Porto – Módulo II

O Hospital Privado do Porto faz parte da HPP Saúde, que é um grupo de referência no sector da saúde em Portugal. Desde a sua fundação em 1998, distingue-se por uma visão inovadora, aliada a um forte espírito de melhoria contínua, excelência e rigor. Centrada na personalização e qualidade dos cuidados de saúde, a HPP Saúde proporciona uma oferta de serviços global baseada numa rede, que cobre todo o território nacional, contando com mais de 2000 profissionais de saúde.

Em Portugal, a HPP Saúde detém cinco hospitais: Hospital Privado do Porto, Hospital da Misericórdia de Sangalhos, Hospital dos Lusíadas, Hospital de Santa Maria de Faro e Hospital São Gonçalo de Lagos e o Hospital de Cascais, em regime de parceria público-privada.

O Hospital Privado do Porto com 26 000 m², 160 camas, 36 gabinetes de consulta; 7 salas de bloco operatório, 2 salas de partos; unidade de cuidados intensivos e Hospital de Dia, o Hospital da Boavista desenvolve uma saúde de nova geração, suportada pela tecnologia mais avançada e por uma sólida e experiente equipa de profissionais de saúde, assumindo-se desde logo como um novo centro de referência nas áreas de Cardiologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Atendimento Urgente de crianças e adultos com Unidade de Observação e Sala de Reanimação.

A qualidade do seu corpo clínico, aliada à experiência de 10 anos de atividade na cidade do Porto, aos meios técnicos disponibilizados, à arquitetura dos espaços e a uma localização privilegiada na cidade, tornam o Hospital da Boavista uma instituição única e diferenciada no panorama nacional.

Dadas as características deste hospital privado, a Urgência é um atendimento urgente de crianças e adultos. Tendo decorrido este estágio no dos adultos.

Classificada de polivalente, comporta as valências básicas e diferenciadas. Mas funciona também como atendimento geral para todos os clientes das seguradoras, que possuem acordos com a instituição, ou clientes que pagam a totalidade do serviço prestado, se for a título particular.

Em termos funcionais, apresenta-se estruturado em oito áreas:

- a. Sala de reanimação, onde são tratados os utentes de carácter emergente;

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

- b. Sala de Pequena Cirurgia ou ortopedia, com a capacidade para 1 utente, destinada à execução de pensos de diversa natureza, suturas e pequenas cirurgias e onde se executam procedimentos do foro Ortopédico;
- c. Sala Aberta, com a capacidade para 5 utentes em cadeirões, onde se realizam alguns procedimentos de Enfermagem (execução de colheita de sangue e administração de medicação injectável ou oral, realização de oxigenioterapia, realização de nebulizações);
- d. “Boxes”, são 4 quartos que funcionam como sala de observação, com capacidade para 4 clientes, que se destina aos utentes que requerem um curto internamento, de 24 horas, para melhor vigilância da situação clínica, após a qual poderão ter alta clínica ou necessitar de mais cuidados, seguindo assim para um serviço de internamento ou bloco operatório.

Além destas áreas funcionais, existem vários gabinetes médicos, salas para arrumação dos diversos materiais, sala de espera, corredores comuns, dois elevadores de acesso interno e sala de enfermagem.

4.1 Objectivos específicos deste campo de estágio

- Demonstrar capacidade de organização e articulação face às intervenções a realizar;
- Identificar e estabelecer prioridades de intervenção na prestação de cuidados;
- Colaborar na prestação de cuidados nas diferentes áreas do serviço de urgência;
- Reconhecer situações de Urgência e Emergência que requeiram cuidados de enfermagem imediatos;
- Aplicar conhecimentos técnico-científicos e conhecimentos interpessoais;
- Realizar revisão bibliográfica de acordo com a pertinência de questões técnicas e científicas que forem surgindo no decorrer da prática;
- Colaborar na prestação de cuidados nas diferentes áreas do serviço de urgência;

- Realizar a receção do doente na sala de emergência;
- Aplicar conhecimentos sobre Suporte Básico de Vida – (não surgiu);
- Aplicar conhecimentos sobre Suporte Avançado de Vida – (não surgiu);
- Aplicar o algoritmo (ABCDE) da abordagem ao doente politraumatizado – (não surgiu);
- Prestar cuidados sistematizados em situações de insuficiência respiratória aguda;
- Prestar cuidados sistematizados em situações de choque hemorrágico, cardiogénico e neurogénico – (não surgiu);
- Planear e colaborar na transferência e segurança do doente;
- Conhecer e atuar mediante os protocolos implementados no serviço;
- Participar, ativamente, na prestação de cuidados em diferentes contextos de doença súbita, nomeadamente:
 - Doença interna;
 - Politraumatizados (Não surgiu);
 - Queimados (Não surgiu);
 - Paragem cardiorespiratória (Não surgiu);
 - Doença cardíaca súbita;
 - Alterações psíquicas;
 - Doente crítico (Não surgiu).

Colaborar na prestação de cuidados nas diferentes áreas do serviço de urgência, nomeadamente:

- Sala de reanimação;
- Área médica;
- Cirurgia;
- Especialidades médicas (ortopedia, psiquiatria);
- Unidade internamento de curta duração;
- Identificar situações urgentes/emergentes e encaminhar de forma correta o doente;
- Identificar situações não urgentes e estabelecer o circuito correto;
- Conhecer o circuito de encaminhamento dos diferentes doentes que recorrem ao serviço de urgência;

- Estabelecer comunicação eficaz com o doente e família;
- Prestar cuidados com destreza e segurança;
- Desenvolver uma atitude reflexiva face aos cuidados prestados;
- Conhecer os protocolos de encaminhamento dos doentes;
- Colaborar na prestação de cuidados nas diferentes áreas de atendimento;

4.2 Ensino Clínico

Este ensino clínico proporcionou muitas experiências que se revelaram enriquecedoras no desenvolvimento da minha aprendizagem e, também, muitos momentos de discussão com a equipa de enfermagem acerca do funcionamento, realidade e práticas de enfermagem implementadas no serviço, que considero terem sido bastante enriquecedoras.

Penso ter conseguido alcançar uma visão global sobre a realidade e funcionamento do serviço, bem como do tipo de situações mais frequentes e as características da população que a ele recorrem.

Penso que no decurso do ensino clínico foram desenvolvidas competências técnicas, relacionais e culturais que me permitem considerar ter evoluído de uma forma bastante positiva na prestação de cuidados de enfermagem ao doente.

Progressivamente, houve um contacto mais próximo com os diferentes equipamentos da unidade, à medida que tive necessidade de os utilizar.

Pelo facto de se tratar de um serviço recente, ainda não possui manual de enfermagem e protocolos de enfermagem elaborados. Assim, procurei essencialmente obter informações acerca da organização e funcionamento do serviço através de conversas informais com o tutor e restantes elementos da equipa.

O estabelecimento de boas relações interpessoais com os elementos da equipa, onde exerço funções, sempre foi uma preocupação, pois considero que é um aspecto muito importante, tendo conseguido estabelecer uma relação empática e propícia à aprendizagem com o enfermeiro tutor e com os restantes elementos da equipa.

Este campo de estágio foi pouco fértil em situações de urgência, que não se constituíram como excelentes oportunidades de aprendizagem. Assim, tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes com patologias de intoxicações, disritmias, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratórias, gastroenterites, hipoglicémias, crises de asma e hipertermias (etc).

Procurei atuar sempre de forma a estabelecer uma relação empática com o doente e família. Após a abordagem inicial do doente, procurei estabelecer prioridades de atuação de acordo com a situação, identificar necessidades, planejar, executar e avaliar sistematicamente os cuidados prestados, tendo em consideração as informações do pré-hospitalar, de forma a manter a continuidade dos cuidados.

Mantive uma monitorização do estado dos doentes, administrei terapêutica demonstrando segurança e conhecimentos sobre os seus mecanismos de ação, realizei registos sobre todos os procedimentos realizados e acompanhei doentes na realização de exames e transferência para outras unidades, tendo sempre em atenção a transmissão de informação à equipa que recebe o doente.

Embora no decurso deste ensino clínico não tenha existido nenhuma situação em que pudesse realizar SBV, penso ter realizado de forma segura todas as outras atividades a que me propus para alcançar com sucesso os objectivos.

Tive especial atenção em manter o respeito pelo doente e família, estabelecendo uma relação de ajuda e respeitando sempre a confidencialidade e o sigilo profissional.

No decurso do ensino clínico procurei refletir sobre os cuidados prestados e dificuldades sentidas com o enfermeiro tutor e restantes elementos. O projeto de estágio foi elaborado na primeira semana de ensino clínico e serviu de fio condutor a este percurso formativo.

Todo o material necessário a cada sala está em check list. Toda a informação de cada doente (processo clínico e processo de enfermagem), estão em suporte informático. Todo o material gasto com o doente é debitado no processo dele, uma vez que estamos numa instituição privada.

Nesta urgência existe o atendimento urgente 24horas e também existe os tratamentos contínuos (injetáveis, pensos) de doentes que optam por esta instituição.

Este estágio foi rico em termos de gestão de serviço, uma vez que o tutor era o Chefe de Enfermagem da Equipa de Urgência, onde pude verificar e aprender como se concebe o horário de enfermagem, toda a gestão de stocks, pedidos à farmácia, verificação de validades de medicamentos e implementação orgânica a nível de recursos humanos. Foi realizada e atualizada a *check list* da sala de emergência, armário e mala (em anexo).

5 Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Hospital São Teotónio de Viseu – Módulo I

É uma unidade médica, com oito camas que concentra equipamento e meios técnicos sofisticados que asseguram as funções vitais dos doentes com patologia coronária.

Tem uma sala de “paces”, que concentra equipamento e meios técnicos sofisticados os quais asseguram o tratamento intensivo dos doentes de foro cardíaco para colocação de pace-makers ou troca de pilha destes (p.e.).

A sua localização é estratégica, uma vez que está ao lado do Bloco Operatório, da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e no andar acima do Serviço de Urgência, donde provêm uma grande parte dos utentes internados na unidade.

A disposição do material em braços técnicos permite uma melhor organização do espaço de modo a que se possa circular a vontade sem limitações de movimentos.

Alguns pressupostos que uma UCI deve cumprir são: 1) a observação direta do doente (situação colmatada pela vigilância por vídeo); 2) boa iluminação e arejamento; 3) espaço físico amplo para maior facilidade de abordagem ao doente e deambulação do pessoal da equipe.

A apresentação inicial do serviço facilitou a percepção da localização do material e seu respectivo armazenamento por diferentes secções. Como qualquer serviço o seu funcionamento não depende apenas da quantidade e qualidade dos recursos materiais, mas em grande parte da equipa multidisciplinar que aí desenvolve o seu trabalho.

Caracteriza-se por ser uma unidade funcional fechada, possuindo normas orientadoras sobre critérios de admissão e regulamento próprio, destinada à vigilância e tratamento de doentes críticos do foro médico – cirúrgico. Possui Diretor de Serviço e staff médico próprio a quem competem as decisões de internamento/ alta e o tratamento global dos doentes, bem como, a definição dos limites de intervenção terapêutica.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 16 enfermeiros e chefiada pela Sr.^a Enfermeira Natália M^a Soares. O horário praticado é roulement: tarde, manhã e noite.

O método de trabalho existente nesta unidade é o método individual, os enfermeiros são distribuídos por um ou dois doentes e são responsáveis por prestar todos os cuidados de enfermagem aos mesmos. No entanto, há que realçar, um grande espírito de equipa e inter-ajuda sempre que necessário.

5.1 Objectivos específicos deste campo de estágio

- ✓ Reunir com o enfermeiro chefe para familiarização com organização, protocolos e normas de atuação da UCIC;
- ✓ Consultar protocolos e normas de atuação do serviço;
- ✓ Visitar estrutura física do serviço, de modo a identificar a metodologia utilizada na organização e funcionamento, assim como, os circuitos internos e externos de doentes/família, de materiais e de resíduos;
- ✓ Identificar medidas utilizadas na UCIC, sustentadas pela prática baseada na evidência;
- ✓ Estabelecer relações interpessoais saudáveis com as equipas multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Estabelecer e promover relação empática com o doente/família baseada numa visão holística;
- ✓ Desenvolver competências específicas relativas aos cuidados a prestar ao doente com patologia cardíaca;
- ✓ Lidar e executar o ECG;
- ✓ Desenvolver capacidade de decisão em situações imprevistas e complexas na área de Cuidados Intensivos;
- ✓ Conhecer de modo aprofundado os doentes que estão distribuídos, identificando evoluções ou agravamento do estado e os seus principais medos;
- ✓ Identificar principais ensinamentos a efetuar ao doente que tem alta para domicílio, identificando pessoa significativa para o doente;
- ✓ Proceder aos ensinamentos oportunos relacionados com adesão à terapêutica e com possíveis efeitos secundários da medicação nomeadamente alterações da vivência sexual;
- ✓ Proceder ao registo de todas as ações de enfermagem, bem como respectivos diagnósticos, tendo em conta a CIPE;
- ✓ Realizar portfólio.

5.2 Ensino clínico

Iniciei o meu ensino clínico a 3 de Dezembro, na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do HST Viseu.

Fui bem recebida pela Sr^a Enfermeira Chefe Natália Soares e por todos os elementos do serviço. Conheci a minha tutora, a Sr^a Enfermeira Filomena Silva, que me integrou da melhor forma.

Após integração e adaptação progressiva ao serviço, fui-me inteirando das funções de enfermagem e rotinas de cada turno e especificidades de cada doente e sua patologia.

Turno da manhã:

- √ Realização de ECG a todos os doentes;
- √ Prestação de cuidados de higiene, conforto e posicionamentos conforme as necessidades do doente;
- √ Visita médica;
- √ Verificar alterações;
- √ Preparar medicação e administrar;
- √ Verificar notas e actualizar plano de cuidados/intervenções/problemas;
- √ Monitorizar sinais vitais e respectivos registos;
- √ Vigiar e auxiliar as acções do doente;
- √ Passagem de turno.

Turno da tarde:

- √ Prestação de cuidados de conforto e posicionamentos conforme as necessidades do doente;
- √ Preparar medicação e administrar;
- √ Verificar notas e actualizar plano de cuidados/intervenções/problemas;
- √ Monitorizar sinais vitais e respectivos registos;
- √ Vigiar e auxiliar as acções do doente;
- √ Passagem de turno.

Turno da noite:

- ✓ Prestação de cuidados de conforto e posicionamentos conforme as necessidades do doente;
- ✓ Preparar medicação e administrar;
- ✓ Verificar notas e actualizar plano de cuidados/intervenções/problemas;
- ✓ Monitorizar sinais vitais e respectivos registos;
- ✓ Vigiar e auxiliar as acções do doente;
- ✓ Balanço hídrico;
- ✓ Realização de colheitas sanguíneas para análise;
- ✓ Passagem de turno.

Este serviço tem o processo de todos os doentes informatizado relativamente a notas(p.e.):

- Registo terapêutico;
- Processo de enfermagem;
- História de prescrição;
- Cardex de enfermagem;
- Plano de dieta;
- Resumo de informação;
- Alert – urgência e consulta;
- Izasa - análises;
- Imagiologia RX.

É um serviço com uma dinâmica diferente, bastante interessante e com especificidades próprias (por exemplo: realização de ECG como rotina e na entrada do doente).

No dia 9 tive oportunidade de assistir na sala de paces, à mudança de uma pilha de pace-maker. Neste tipo de procedimento são tomadas todas as medidas de pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório.

A sala de paces funciona como sala de bloco operatório. Neste tipo de procedimentos são tomadas todas as precauções de higiene, fardamento adequado e técnica asséptica.

A mudança de pilha de pace-maker é um procedimento invasivo, requer técnica asséptica, anestesia local e monitorização de sinais vitais.

Na semana seguinte de estágio estive com a Sr^a Enfermeira Chefe Natália Soares. Pude acompanhar todo o trabalho de gestão do serviço que se encontra ao encargo do Enfermeiro Chefe.

A gestão de um serviço é muito importante, é a base da organização e que impulsiona a que haja qualidade no serviço na prestação de cuidados.

Neste período de estágio dedicado à gestão de enfermagem pude verificar:

- Processos;
- Medicação, validades;
- Conjuntamente com a Enfermeira Chefe, pedir material de consumo clínico da arrecadação;
- Material do carro de emergência;
- Medicação do carro de pensos;
- Material dos braços técnicos e boxes;
- Material da sala de pace;
- Material do consumo clínico da sala de pace;
- Manutenção do vacometro humidificado;
- Folha de controle de temperatura dos frigoríficos de medicação;
- Manutenção do desfibrilhador, bombas infusoras e seringas infusoras;
 - Desfibrilhador: uma vez por mês deve ser descarregado a 360 joules, duas vezes sem estar ligado à corrente;
 - Bombas e seringas: de três em três meses devem ser desligados da corrente e deixar descarregar completamente a bateria.

Pude, conjuntamente com a Enfermeira Chefe, organizar o horário, contabilizar feriados e perceber a execução do horário.

Tive oportunidade de organizar em procedimentos CIPE (em anexo), em prol do serviço, o protocolo de cateterismo cardíaco, de implantação de CDI e de pacemakers.

Foi uma experiência enriquecedora, por participar na gestão e ver todo o trabalho que está inerente.

Apesar dos vários objectivos e expectativas com que iniciei este ensino clínico e do empenho que eles me exigiam, foram em minha opinião, de uma forma geral, alcançados na totalidade, sendo motivo de grande satisfação e representando um enorme

contributo para o meu crescimento como profissional. Penso que consegui interiorizar a metodologia, organização e dinâmica de serviço, melhorando com o decorrer do estágio.

Devido à mudança de serviço da Sr.^a Enfermeira Filomena, tive outro tutor no restante ensino clínico, a Sr.^a Enfermeira Elisa Cruz.

No desenvolvimento das atividades inerentes ao ensino clínico, integrei-me na equipa, conheci diferentes profissionais que contribuíram para o meu desenvolvimento e crescimento como enfermeiro e que me fizeram sentir parte integrante da equipa, o que foi para mim muito gratificante. Tomei conhecimento da dinâmica e organização do serviço, pude constatar uma grande preocupação e empenho no cuidado dos utentes, e o esforço por manter a organização e o funcionamento do serviço.

O ambiente criado foi bom e estabeleceu-se uma boa relação favorável à realização das atividades que desempenhei.

A unidade de cuidados intensivos tem uma dinâmica própria, no que diz respeito à interligação com outras valências e serviços, meios técnicos existentes, processo, registos e notas em suporte informático. Para além destes aspectos, foi no contacto diário com o funcionamento, observação e prestação de cuidados, que fui interiorizando as atividades diárias a desenvolver.

Na tentativa de conhecer o material/recursos do Serviço, gerindo-os adequadamente, tentei sempre ao longo do Ensino Clínico fazer uma observação direta dos mesmos aquando da sua utilização, solicitando sempre, junto dos elementos constituintes da equipa de enfermagem, em particular dos meus orientadores de estágio, uma demonstração acerca do funcionamento e potencialidades dos que desconhecia, particularmente dos sistemas de monitorização hemodinâmica contínua.

A unidade de cuidados intensivos coronários é uma unidade muito diferenciada sendo fundamental uma boa integração para se prestar cuidados de qualidade, competência e autonomia. A observação dos cuidados prestados pelos profissionais da manipulação de equipamento técnico e da realização de técnicas invasivas, constituem a base para o aperfeiçoamento de conhecimentos teórico – práticos.

No dia 14 de Janeiro fui acompanhar um doente à sala de hemodinâmica que foi submetido a um cateterismo cardíaco.

Cateterismo cardíaco é o conjunto de métodos de diagnóstico e tratamento cardíacos, que tem em comum o facto de criar acesso ao interior do coração através de um *cateter* de 2,7 milímetros de diâmetro e 1 metro de comprimento, um tubo colocado

por um vaso sanguíneo periférico. Tem como objectivo corrigir problemas em veias, como obstruções.

A **angioplastia** é uma cirurgia realizada com o intuito de desobstruir uma artéria do paciente. Essa técnica hemodinâmica utiliza um minúsculo balão na ponta de um catéter, que é insuflado dentro da artéria, que está obstruída com placas de gordura e sangue, além de uma mini tela de aço chamada stent que, aberta, facilita o fluxo sanguíneo. O procedimento é utilizado nos Estados Unidos desde 1983. A substância, conhecida como *abciximab*, impede a união de plaquetas, células sanguíneas responsáveis pela coagulação. O *abciximab* torna a cirurgia mais eficiente e reduziu para 4% a mortalidade entre infartados atendidos em hospitais.

A angioplastia não pode ser usada em:

Pessoas com mais de 80 anos;

Pessoas que sofrem de doenças hemorrágicas, uma vez que o remédio impede a coagulação;

Quem fez cirurgia nos últimos 6 meses;

Quem sofreu de derrame cerebral nos últimos dois anos.

Neste doente foi realizado um cateterismo cardíaco de diagnóstico, onde não foi detectado nada de anormal. Foi feita uma tentativa pela via radial, mas sem sucesso e foi conseguido através da femoral.

Foi uma experiência enriquecedora e todos os enfermeiros que lidam com este tipo de doentes devem ter este tipo de experiência.

No decurso do ensino clínico várias foram as situações em que pude colaborar na prestação de cuidados a doentes com instabilidade hemodinâmica, quer na abordagem e estabilização do doente no momento de admissão ao serviço, bem como de doentes que já aí se encontravam e que por alguma razão ocorreu a descompensação do estado clínico. Em alguns casos com necessidade de suporte com drogas vasoactivas.

Penso ter conseguido fazer uma abordagem correta e estruturada dos vários doentes com que contactei ao longo do ensino clínico. Consegui envolver-me ativamente nos cuidados fazendo a ponte entre os conhecimentos teóricos que adquiri durante o curso e a prática dos cuidados,

Na minha opinião, chego ao fim deste ensino clínico com capacidade de identificar de forma autónoma uma situação não urgente, urgente ou emergente,

avaliando a evolução do doente face aos cuidados prestados e participando ativamente na tomada de decisão.

Relativamente ao desenvolvimento de competências a nível relacional/comunicacional com o doente e familiares pude constatar que os doentes, enquanto membros de um sistema familiar, necessitam, para além de cuidados diretos, de alguém que cuide da sua família envolvendo-a em todo o processo de tratamento. Desta forma reduz-se notoriamente a ansiedade dos doentes e dos acompanhantes. Muitas foram as experiências com doentes em estado crítico, auferidas ao longo deste estágio, que permitiram o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados a estes doentes no âmbito hospitalar e acompanhamento dos seus familiares.

Os registos de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários são extremamente importantes, já que tratando-se de doentes com um grau de severidade em termos de patologias bastante elevado, é de extrema importância a qualidade dos registos efectuados para uma efetiva continuidade dos cuidados. Nesse sentido, foi minha preocupação efetuar registos de enfermagem o mais completos possíveis, com linguagem técnica e científica adequada, de uma forma estruturada. Da mesma forma, procurei e penso ter alcançado, transmitir a informação de forma clara aquando das passagens de turno.

Em suma, considero que foi um estágio muito rico no que concerne a experiências e aos objectivos pretendidos.

Conclusão

Com a realização deste relatório tive oportunidade de organizar os meus objectivos e definir as minhas metas em ensino clínico.

O estágio opcional no bloco operatório veio trazer novas experiências e outra forma de ver este tipo de serviço e seus profissionais.

Tive oportunidade de realizar um estágio numa instituição privada, o estágio de urgência no Hospital Privado do Porto, com outra filosofia, o que foi muito enriquecedor. Foi com alguma expectativa que iniciei este ensino clínico, principalmente devido ao facto de este se desenrolar numa realidade geográfica e cultural diferente.

Considero ter alcançado uma visão global sobre a realidade e funcionamento do serviço, bem como do tipo de situações mais frequentes.

Na minha opinião, o que de mais positivo transparece deste ensino clínico é a visão global com que fico da organização e funcionamento de um Serviço de Urgência diferente, bem como das particularidades e especificidade do desempenho profissional ao nível da Urgência/Emergência.

Este estágio foi uma experiência gratificante, pois contribuiu para o meu crescimento e aperfeiçoamento científico, técnico e humano que sem dúvida se irá refletir na minha vida profissional.

Penso que fui o instrumento máximo da minha formação, tentando obter ao máximo oportunidades de aprendizagem e as melhores experiências, o que se deveu em muito ao facto de ser motivado pela equipa pedagógica. Procurei sempre refletir sobre o meu percurso e avaliar-me sistematicamente no sentido de uma maior evolução, rumo a uma melhor prestação de cuidados.

O ensino clínico é um momento de excelência de formação, onde o saber prático se desenvolve sustentado pelo saber teórico. Permite a aquisição de conhecimentos e competências necessárias às intervenções autónomas e interdependentes para o exercício de enfermagem de excelência.

Procurei ajustar todo o meu percurso pela busca de sentido para cada atitude e atividade planeada, numa perspectiva de construção de um corpo de conhecimentos e experiências na área do cuidado ao doente crítico e sua família.

Com todas as oportunidades diferentes que surgiram durante o decorrer do meu ensino clínico, sinto que consegui alcançar os conhecimentos, aptidões e objectivos exigidos, o que me deixa muito satisfeita.

Não poderia concluir este relatório sem agradecer às equipas multidisciplinares dos serviços, por onde passei, pela forma como me acolheram e potenciaram a minha aprendizagem.

O ser humano como ser insatisfeito que é, busca incessantemente por desenvolvimento a fim de que a sua valorização seja um eterno desafio na qualificação e promoção da sua atitude. A ambição por novos “saberes”, a persistência, o empenhamento e a determinação são uma constante na minha vivência e por isso a pedra basilar da minha cultura de aprendizagem.

Durante o Estágio concretizei muito positivamente os objectivos por mim delineados e os preconizados pelo Curso, sendo este último determinante para a modificação de algumas práticas no meu desempenho.

A consolidação de informação adquirida foi de crucial interesse para o reforço da minha aprendizagem favorecendo o reconhecimento das minhas competências instrumentais, pedagógicas, investigativas e sistémicas.

As capacidades de autonomia, liderança, de adaptação a novas situações, de aprendizagem, de aplicação prática de conhecimentos teóricos adquiridos e a realização de planificação e gestão de trabalho para o serviço, desenvolveram as minhas competências sistémicas.

Alarguei as minhas competências interpessoais na realização de trabalho com novas equipas, na comunicação com especialistas de outras áreas, na habilidade para trabalhar em equipas multidisciplinares de outros serviços e na capacidade de crítica e auto-crítica.

A convergência das minhas atividades e atitudes visaram um patamar de melhoria contínua da qualidade de cuidados a prestar ao doente que ocorre ao hospital, priorizando a parceria com o mesmo.

Ao terminar este relatório, evidencio uma evolução muito positiva, que engrandeceu o meu conhecimento e atuação perante situações novas e complexas dirigidas ao Doente Crítico.

Refletindo sobre todas as atividades desenvolvidas, posso afirmar que os objectivos propostos pela UCP, concomitantemente com os objectivos pessoais delineados, foram atingidos na sua plenitude em todos os módulos do estágio.

Bibliografia

Aehlert, Barbara (2007). *ACLS – Advanced Cardiac Life Support – Emergências em Cardiologia*. 3ª Edição. Elsevier

Associação dos Enfermeiros de Urgência (2001). *Sheehy's Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática*. 4ª Edição. Lusociência, Loures.

Rothrock, Jane, C. (2008). *Alexander Cuidados de Enfermagem Ao Paciente Cirúrgico*. 13ª Edição. Lusodidacta.

Phaneuf, M.(2002.). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociências, Loures.

Elkin, Perry & Potter. *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos*. (2ª Edição). Lusociência.

Hudak, Carolyn M.; Gallo, Barbara M.; Benzs, Julie J. (1997) – *Cuidados Intensivos de Enfermagem: Uma abordagem holística*. 6ª ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Phillips, Wilma J.; Sands, Judith K.; Marek, Jane (2003) — *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. 6ª ed.: Lusociência, Loures

Thelan, Lyne A. [et ai.],(1996) - *Enfermagem em cuidados intensivos diagnóstico e intervenção*. 2ª ed.: Lusodidacta, Lisboa

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Angioplastia>

http://www.lava.med.br/livro/pdf/adamastor_angioplastia.PDF

<http://images.google.com/imgres?imgurl=http://enfpaulareis.files.wordpress.com/2008/0>

http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/imagens/foto_sanguemisto.jpg

http://www3.uma.pt/liliana/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=46

Anexos



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
VISEU

Ana Lúcia Quental de Oliveira
Luzia Ribeiro

Posicionamentos



Viseu, 23 de Junho de 2009



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
VISEU**

Ana Lúcia Quental de Oliveira
Luzia Ribeiro

Posicionamentos



Trabalho realizado no âmbito do
Curso de Pós - Licenciatura de Especialização
em Enfermagem Médico – Cirúrgica, sob orientação
de Sr. Enf. Jorge Melo e sob tutoria
de Sr.^a Enf. Esp. Ana Ladeiras

Viseu, 23 de Junho de 2009

ÍNDICE:

Introdução	pág. 2
Posicionamentos	pág. 3
Medidas de segurança	pág. 4
Equipamento Necessário	pág. 5
Tipos de Posicionamentos	pág. 6
1-Decúbito Dorsal e suas Variantes	pág. 6
2-Decúbito Ventral e suas Variantes	pág.7
3-Decúbito Lateral	pág. 8
4-Posição de Fowler (Sentado)	pág. 9
Conclusão	pág. 10
Bibliografia	pág. 11

INTRODUÇÃO:

O posicionamento adequado do doente é essencial para os procedimentos cirúrgicos seguros e bem-sucedidos. O posicionamento correto do doente na marquesa cirúrgica é tão importante para a segurança do doente como qualquer outro cuidado perioperatório. É um procedimento com riscos, cujas consequências podem afectar o equilíbrio hemodinâmico, ventilatório, provocar lesões nervosas, vasculares e cutâneas.

Todos os elementos da sala cirúrgica têm a sua participação e responsabilidades próprias, pelo que, é necessário cada um saber concretamente o que lhe compete fazer. Requer do enfermeiro conhecimentos próprios nas áreas de anatomia e fisiologia bem como o manuseamento de todo o equipamento necessário.

A responsabilidade da escolha do posicionamento é do cirurgião, que, previamente, deve falar com o anestesista para decidirem dos “ajustes necessários”, muito dependentes da situação clínica do doente.

A responsabilidade do posicionamento em si é do enfermeiro e do anestesista, de modo a prevenir qualquer tipo de lesão. Ao enfermeiro circulante, cabe a responsabilidade do posicionamento e da monitorização constante do estado fisiológico do doente.

POSICIONAMENTOS

Posicionamento é a capacidade de colocar, mover e manter o corpo numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica e um mínimo de compromisso das funções fisiológicas. O posicionamento para uma cirurgia deve ser um “acto prescrito”, que não deve ser iniciado sem o consentimento do anestesista.

Para um correcto posicionamento, são requeridos, ao enfermeiro perioperatório, conhecimentos específicos de anatomia e fisiologia bem como do funcionamento de todo o equipamento necessário para a realização do mesmo.

O posicionamento do doente cirúrgico depende da técnica, da abordagem cirúrgica que vai ser realizada e das vias de acesso necessárias à anestesia. Está também condicionada pela idade, peso, estatura e ou patologia associada do doente.

O momento do posicionamento do doente é decidido pelo anestesista, tendo em conta a técnica anestésica, a dor e o grau de consciência do doente. Na maior parte das situações, o doente só é posicionado depois de anestesiado. O enfermeiro deve ter sempre em conta que:

- Um doente anestesiado não pode manifestar a dor ou o desconforto;
- Diferentes cirurgias requerem diferentes posicionamentos;
- A mesma cirurgia pode requerer posicionamentos diferentes, dependendo do tipo de abordagem;
- A anestesia altera alguns mecanismos fisiológicos que modificam o comportamento orgânico face a determinados posicionamentos;
- Um pequeno “erro” de posicionamento pode deixar sequelas permanentes num doente.

O enfermeiro perioperatório deve ter conhecimentos das alterações anatómicas e fisiológicas provocadas pela anestesia, pelo posicionamento e procedimento cirúrgico aplicado ao doente. Estas alterações envolvem os sistemas: cardiovascular, respiratório, nervoso e músculo-esquelético.

A nível cardiovascular pode ocorrer hipotensão, durante o posicionamento, e a nível respiratório pode haver comprometimento desta função por compressão diafragmática. O

sistema nervoso deprimido pelos fármacos anestésicos conduz a uma comunicação deficiente entre o sistema nervoso central e os diversos segmentos do corpo, não havendo a devida compensação pelo posicionamento. O sistema músculo-esquelético também deprimido pelos fármacos (relaxantes musculares), fica mais susceptível de sofrer danos articulares e ou estiramento pelo posicionamento.

O plano individualizado de cuidados de enfermagem, deve atender às necessidades específicas de cada doente – idoso, desnutrido, obeso, diabético, paraplégico, cardíacos ou com limitações articulares.

E deve ainda, incluir a forma apropriada e segura de transportar e transferir o doente, o equipamento e os meios auxiliares de posicionamento, bem como o número e qualificação das pessoas necessárias à realização do posicionamento.

Um posicionamento tem como objectivos:

- Providenciar uma óptima exposição e acesso ao local da cirurgia;
- Manter o alinhamento corporal;
- Permitir óptima função respiratória e circulatória;
- Permitir um acesso fácil para administração de fluidos, fármacos e agentes anestésicos;
- Não comprometer as estruturas neuromusculares e vasculares e nem a integridade cutânea;
- Permitir o máximo conforto ao doente, promovendo o seu bem-estar e a sua segurança;
- Permitir conforto à equipa cirúrgica.

MEDIDAS DE SEGURANÇA

Antes de se iniciar um posicionamento, há determinadas medidas de segurança que devemos respeitar ou considerar. Estas medidas incluem:

- Identificação do doente e do local da cirurgia antes da colocação na marquesa;
- Marquesa adequada à cirurgia, travada e testada;
- Disponibilização de todos os acessórios e apoios, antes de iniciar o posicionamento do doente;

- Existência de um número suficiente de elementos para realizar a mobilização/posicionamento do doente;
- Presença do anestesista que ficará responsável pela “cabeça” do doente;
- Presença de um cirurgião, no caso de fracturas, que ficará responsável pela sua imobilidade;
- Se o doente tem perfusões em curso, o local de inserção do cateter periférico ou central é da responsabilidade do enfermeiro de anestesia;
- Cabos da monitorização, cateteres, sondas e sistemas de drenagem devem estar bem fixos e soltos aquando da mobilização para evitar risco de arrancamento;
- Se o doente já está anestesiado ou é muito idoso, deve ser movido lentamente para que o sistema circulatório se adapte às mudanças;
- Um doente nunca deve ser deixado sozinho, necessita de uma monitorização constante para evitar as quedas.

É da responsabilidade do enfermeiro, confirmar com o cirurgião o tipo de posicionamento, providenciar todo o equipamento necessário para o posicionamento bem como os recursos humanos que permitam um posicionamento seguro.

EQUIPAMENTO NECESSÁRIO

Todo o equipamento que se utiliza para posicionar um doente, tem como objectivo estabilizá-lo na posição desejada, de modo a facilitar a cirurgia e as suas condições fisiológicas enquanto anestesiado.

A marquesa cirúrgica adequada à cirurgia, estatura e peso do doente, deve possuir os acessórios necessários ao posicionamento – suportes para braço, correias de segurança, arco de separação da aérea da anestesia e o específico para o posicionamento em causa.

São também, normalmente, necessários colchões anti escaras, rolos de gel ou outro material de vários tamanhos, almofadas de várias dimensões e feitios, cotoveleiras, protecções de calcanhares, faixas de imobilização, lençóis, cobertores térmicos. No caso de ter que se improvisar material de suporte e apoio, isso deve ser feito antes de se iniciar o posicionamento.

Pode, também, ser necessário usar ligaduras ou meias elásticas devido ao tipo de posicionamento

TIPOS DE POSICIONAMENTOS



1-DECÚBITO DORSAL E SUAS VARIANTES

É o posicionamento mais utilizado nas várias áreas cirúrgicas porque permite uma abordagem à maior parte das cavidades do corpo humano. É, também, nesta posição que é efectuada a indução anestésica de um doente, quando submetido a anestesia geral.

O doente posicionado em decúbito dorsal (DD), ou de supina, fica deitado de costas sobre a marquesa operatória, a cabeça alinhada com o tronco, os membros superiores podem estar apoiados ao longo do corpo ou em abdução, com uma amplitude inferior a 90° e os membros inferiores ligeiramente afastados e estendidos. Este tipo de posicionamento é utilizado em diversas intervenções: cirurgia da face e pescoço, craniotomias supratentoriais e procedimentos cervicais anteriores, cirurgia cardíaca e abdominal e cirurgia dos membros superiores e inferiores.



1.1 -TRENDELENBURG OU POSIÇÃO DE PROCLIVE

Tem indicação na cirurgia abdominal, da face e pescoço e na laparoscópica (supra mesocólica).

1.2-TRENDELENBURG INVERTIDO OU POSIÇÃO DE DECLIVE

Tem indicação na cirurgia abdominal inferior, pélvica e na laparoscopia (infra mesocólica).

1.3-POSIÇÃO DE LITOTOMIA

Tem indicação na cirurgia urológica, ginecológica e rectal. É importante identificar os doentes portadores de próteses/implantes de anca e ou de joelho. A parte superior do doente é posicionada em decúbito dorsal sendo as pernas ligeiramente flectidas e mantidas suspensas com equipamento específico. Para este posicionamento, e só para a colocação das pernas são necessárias duas pessoas.

1.4-POSIÇÃO DE FOWLER (SENTADO)

Tem indicação para cirurgias de cabeça e face.



2-DECÚBITO VENTRAL E SUAS VARIANTES

O doente em decúbito ventral ou de pronação fica deitado de ventre sobre a marquesa operatória, a cabeça pode estar lateralizada sobre um apoio/almofada, de modo que, a coluna cervical esteja alinhada com o resto do corpo ou permaneça alinhada se for utilizado um apoio próprio.

Os membros superiores podem estar apoiados ao longo do corpo ou em abdução com os ombros, os cotovelos em flexão e os membros inferiores ligeiramente afastados e estendidos. Para melhor equilíbrio hemodinâmico, deverão ser colocados apoios entre a região torácica/abdominal e a marquesa, assim como nos membros inferiores.

Para este posicionamento é muito importante ter o pessoal necessário, normalmente cinco pessoas, de modo a que a mobilização seja feita de forma suave e lenta, para que o ajuste hemodinâmico do doente seja feito de forma progressiva de modo a evitar intercorrências.

Este tipo de posicionamento obriga a que haja duas mudanças de posição durante o intra-operatório, na fase da indução anestésica e na fase do acordar em decúbito dorsal.

A posição de decúbito ventral tem indicação mais frequente para as cirurgias da coluna vertebral posterior (laminectomias lombares e cervicais), craniotomias da fossa posterior e cirurgia dos membros inferiores.

2.1-POSIÇÃO DE KRASKE OU DE JACKKNIFE

Têm indicação na cirurgia proctológica, difere da posição inicial por existir uma angulação maior ou menor da marquesa ao nível da anca, isto é, verifica-se uma acentuada flexão ventral do tórax em relação aos membros inferiores e uma compressão da região abdominal sobre a marquesa.

2.2-POSIÇÃO DE GENOPEITORAL OU DE LAMINECTOMIA

É utilizada preferencialmente na cirurgia da coluna torácica ou lombar. Esta variante permite a ausência de lordose lombar com a consequente abertura dos espaços intervertebrais, reduz também o risco de hemorragia por diminuição da compressão abdominal. Para este posicionamento podem ser utilizados: rolos próprios, tala convexa de Wilson ou de Kambi ou a tala de Relton ou de CHOP. Com quatro apoios oscilantes. Com utilização do fixador de Mayfield – têm indicação para as abordagens da coluna cervical posterior e craniotomias da fossa posterior. Há necessidade da cabeça ficar livre do apoio da marquesa sendo suspensa pelo fixador.

3-DECÚBITO LATERAL



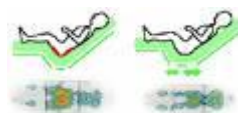
O doente posicionado em decúbito lateral fica deitado de lado sobre a marquesa, com a cabeça e a coluna cervical apoiadas e alinhadas com o resto do corpo. Os membros superiores devem estar semi-flectidos em frente à face e os membros inferiores flectidos. Para melhor estabilização do tronco poderão ser utilizadas faixas ou apoios fixos à marquesa, deverão ser usados apoios entre os membros e também entre estes e a marquesa.

Dependendo da abordagem cirúrgica e da necessidade de uma maior expansão da grelha costal, deverá ser colocado um rolo de gel debaixo da axila e a marquesa poderá ser “dobrada” a meio, implicando posterior ajuste do posicionamento e da estabilidade do doente.

A posição de decúbito lateral tem indicação mais frequente na cirurgia torácica, do rim, da coluna e da anca e em algumas técnicas de neurocirurgia. Este posicionamento pode ser um lateral puro com alguma inclinação anterior ou posterior do tronco e com ou sem rolo a nível da região lombar.

As variantes deste posicionamento relacionam-se quanto à posição do membro superior: em suspensão ou em declive sobre o tórax.

Como acontece no posicionamento de decúbito ventral, aqui, também há necessidade de duas mudanças de posição durante o intra-operatório, ou seja, na fase da indução anestésica e na fase do acordar, em decúbito dorsal.



4-POSIÇÃO DE FOWLER (SENTADO)

É um posicionamento utilizado em neurocirurgia, para craniotomias infratentoriais e laminectomia cervical posterior e também para cirurgias da face e cavidade oral. Deriva do decúbito dorsal puro e é realizada por manipulação da marquesa operatória até à posição de sentado.

A embolia gasosa, devido à pressão negativa na área da cabeça e pescoço do doente e a entrada de ar em circulação são alguns dos riscos deste posicionamento que poderão ser fatais para o doente. É obrigatória monitorização específica por parte da anestesia, a sua inexistência poderá implicar a não realização da cirurgia.

O posicionamento só se realiza após a monitorização.

A cabeça é fixada ao apoio de Mayfield, com três pinos e suporte próprio para a posição de sentado, permitindo estabilidade e abordagens seguras.

Para este posicionamento é mandatório a utilização de meias de contenção.

CONCLUSÃO:

O posicionamento cuidadosamente planejado resulta na maximização da segurança do doente e exposição do sítio cirúrgico, bem como o acesso à cabeça e pescoço para administrar os cuidados anestésicos. Todos os membros da equipa cirúrgica compartilham a responsabilidade de proteger o doente contra lesão durante o posicionamento. Todos os membros da equipa devem estar familiarizados com os possíveis riscos para manter a segurança do doente.

A enfermeira perioperatória deve participar ativamente na monitorização do alinhamento corporal e da integridade tecidual do doente durante e depois do posicionamento.

BIBLIOGRAFIA:

- * Aorn, (2004). *Association of perioperative nurses*. USA: Standards, Recommended Practices, and Guidelines, Aorn Inc.
- * Atkinson, L., & Kohn, M. L. (1984). *Técnicas de quirófano* (5ª ed.). México: Interamericana.
- * Fuller, J. R., (1999). *Instrumentacion quirúrgica – Principios y Práctica* (2ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- * Gruendemann, B., & Fernsebner, B. (1995). *Comprehensive perioperative nursing*. Boston: Jones and BARTLET Publishers.
- * Manica, J, et all, (1997). *Anestesiologia principios e técnicas* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- * Meeker, M. H., & Rothrock, J.C., (1991). *Alexander's care of the patient in surgery* (9ª ed.). USA : Mosby – Year Book, Inc.
- * Ministério da Saúde (1996). *Decreto de lei nº161/96* (1ª série - A). Regulamenta o exercício profissional da enfermagem. Diário da República.
- * Ordem dos Enfermeiros (2002). *Conselho de Enfermagem – Divulgação – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Revista Ordem dos Enfermeiros, nº6.

ARMÁRIO DA MEDICAÇÃO SALA DE EMERGENCIA PORTA ESQUERDA

		NIMODIPINA 50ML (1)-09/2011			PROPOFOL 1 % (2)- 03/2011	
1	ATROPINA	ADENOSINA	ADRENALINA	AMINOFILINA	Á.C.AMINOCAPRÓICO	AMIODARONA
Q	20	6	20	3	3	12
VAL	02/2010	04/2010	02/2010	04/2012	01/2013	01/2010
2	BUSCOPAN	CLEMASTINA	CLONAZEPAM	CL. CÁLCIO	CL. POTÁSSIO	CL. SÓDIO
Q	5	4	5	5	10	5
VAL	02/2013	03/2013	03/2010	02/2010	03/2013	11/2011
3	CL. SÓDIO HIPER	DEXAMETASONA	DIAZEPAM	DIGOXINA	DNI - PO	DROPERIDOL
Q	2	5	2	4	5	2
VAL	05/2012	08/2010	04/2011	08/2010	10/2010	10/2010
4	DNI - INJ.	DOBUTAMINA	DOPAMINA	ESMOLOL	EFEDRINA	ETOMIDATO
Q	10	2	2	3	4	3
VAL	03/2012	12/2010	09/2010	01/2010	04/2010	03/2011
5	FENERGAN	FENITOÍNA	FENTANIL	FLUMAZENIL	FUROSEMIDA	GL. CÁLCIO
Q	5	5	4	3	20	3
VAL	02/2010	03/2010	03/2010	09/2011	09/2012	04/2010
6	HALOPERIDOL	HEPARINA SÓDICA	HIDROCORTISONA	HIDROXIZINA	ISOPRENALINA	LABETALOL
Q	3	2	8	5	3	2
VAL	05/2013	07/2010	08/2013	04/2012	09/2010	07/2010
7	LAC. BIPERIDENO	LIDOCAÍNA	METOCLOPRAMIDA	MIDAZOLAN	MORFINA	NALOXONA
Q	2	2	5	3	2	5
VAL	02/2013	01/2013	11/2012	11/2010	05/2010	04/2010
8	NEOSTIGMINA	NORADRENALINA	OMEPRAZOL	PROPANOLOL	PROPOFOL	SULF. MAGNÉSIO
Q	8	5 + 2 (10mg)	2	3	3	3
VAL	12/2012	03/2010 e 07/2010	02/2010	07/2012	11/2011	07/2011
9	TIOPENTAL	TOXOGONIN	VITAMINA K	ATROVENT	COMBIVENT	PULMICORT
Q	3	2	3	6	10	10
VAL	04/2010	10/2011	03/2011	11/2010	02/2010	08/2010

ARMÁRIO DA MEDICAÇÃO SALA DE EMERGÊNCIA - PORTA DIREITA

1	LÍDOCAINA SPRAY	SOLU-MEDROL	BIC. DE SÓDIO	PARACETAMOL	AUGMENTIN
Q	1	2	2	2	2
VAL	03/2011	04/2013	11/2010	03/2010	04/2011
2	VALPR. SÓDIO	PILHAS	MÁQ. PGC/LANTERNA	OTOSCÓPIO	GLUCOSE 30%
Q	5	2-LR 14-C+1-LR6A	1	1	4
VAL	11/2011				09/2010
3	KIT GASIMETRIA	SERINGAS 2cc	SERINGAS 5cc	SERINGAS 10cc	SERINGAS 20cc
Q	3	10	10	10	8
VAL	09/2010	06/2013	06/2013	02/2014	02/2014
4	TUBO HEMOGRAMA	TUBO BIOQUIMICA	TUBO EST. COAGULAÇÃO	ADAPTADOR MEMBRANA	BUTTERFLY / AGULHA DE COLHEITA
Q	10	10	10	10	5
VAL	05/2010	11/2011	04/2010	12/2010	02/2011
5	CATÉTER 14 G, 16G	CATÉTER 18 G	CATÉTER 20 G	CATÉTER 22 G	BIOCONECTOR
Q	2/2	4	4	2	10
VAL	09/2012	09/2013	09/2013	08/2013	02/2012
6	AGULHAS IM	AGULHAS SC	AGULHAS 23 G	AGULHAS EV	SERINGAS DE INSULINA
Q	10	10	10	20	5
VAL	11/2012	05/2011	04/2011	06/2012	03/2011
7	TORNEIRAS DE 3 VIAS	MINI-SPIKE	TRANSFERES	COPOS DE URINA	ADESIVO
Q	5	5	5	1	-
VAL	07/2012	03/2013	06/2013	11/2013	

ARMÁRIO DA MEDICAÇÃO SALA DE EMERGÊNCIA - FRONTAL

Tabuleiro Superior	CL. SÓDIO 1000 (2) 04/2013	LAC. RINGER 1000 (2) 05/2011	G5% 100 (3) 08/2012	ÁGUA BIDESTILA 100 (3) 12/2011	BIC. DE SÓDIO 8.4% (2) 11/2010	G10% 500 (3) 06/2010	BIC. DE SÓDIO 1.4% (2) 12/2009	OSMOFUNDINA (2) 09/2012	ÁGUA BIDESTILADA 1000 (2) 02/2013	IONO S 500 (1) 11/2010	IONO G 500 (1) 08/2011	IONO G 1000 (1) 07/2014	G5% 1000 (2) 04/2013	HAE MA CEL (4) 07/2010
Tabuleiro superior	Tetraspan 60mg/ml 500ml	Cloreto de sódio 0.9% 500												
Q	(4)	(2)												
VAL	08/2010	08/2012												
1	Kit Nebuliz. p/ ventilad.	Cabo laringoscópio	Laminas curvas 3/4/5	Laminas rectas 3/4/5	TOT 6/6,5	TOT 7/7.5	TOT 8/8.5	TOT 9						
Q	1	1	5	3	RAE - 2 Normal - 4	RAE - 2 Normal - 2	RAE - 2 Normal - 3	RAE - 1 Normal - 2						
VAL	-	-	-	-	03/2013	08/2013	08/2013	01/2013						
2	Fita de nastro	Mandril TOT	Cachimbo/filtro	Traq. Vent. Portátil	Traq. Vent.	Linha co2 + filtro vent.	Peça T	Tubo Guedel	Cân. Asp. Ríg.	Conexão Y				
Q	-	4	3	1	1	1	3	2	4	3				
VAL	-	12/2013	03/2013	07/2010	-	-	03/2014	02/2012	09/2012	04/2013				
3	Sonda Asp. Nº10	Sonda Asp. Nº12	Sonda Asp. Nº14	Sonda Asp. Nº16	Sonda Asp. Nº18	Sist. Colheita secreções	Ventimask / Cânula	Másc. Alto Débito	Kit Nebulização	Másc. Ventilador Adulto	Másc. Ventilador Pediátrico			
Q	4	4	4	4	4	2	2	4	2	2	2			
VAL	04/2013	09/2011	01/2012	03/2011	12/2012	07/2012	10/2011	05/2013	04/2013	-	-			
4	Saco de Aspiração	Kit pericardiocentese	Dreno Torácico 16/24/32	Válvulas Unidireccionais	Reservatório Dreno torácico	Eléctrodos Adulto/Pediátrico	Placa Desfibrilhação	Placas gel						
Q	2	2	7	2	1	-	2	2						
VAL	-	7/2011	3/2011	4/2013	4/2013	-	04/2010	-						
5	Cateter Alto débito	Central 2 vias	Central 3 vias	Linha arterial	Sistema de soros	Sistema Máquina Perfusora	Sistema de soros c/ control de gotas	Prolongados opacos	Seringas 50cc	Seringas opacas	Seringas de 100cc	Kit Entubação Nasogástrica	SNG 14	SNG 16
Q	-	2	2	1	6	4	4	4	2	4	2	1	2	2
VAL	-	8/2013	12/2013	05/2012	02/2013	04/2011	07/2013	05/2013	01/2014	12/2011	03/2010	03/2010	12/2012	07/2013
5	SNG 18	SNG 21												
Q	2	2												
VAL	02/2013	09/2012												

6	Kit Algaliação	Sondas de Bequille	Algália 12	Algália 14	Algália 16	Algália 18	Algália 3 vias 20	Sacos esterilizados da urina	Kit drenagem supra-pública		
Q	1	-	1	2	2	2	2	3	2		
VAL		10/2012	12/2011	08/2013	01/2013	01/2013	06/2011	05/2013	09/2013		
7	Compressas não esterilizadas	Pranchetas	Compressas esterilizadas 20x20	Compressas esterilizadas 10x10	Compressas esterilizadas 5x5	Penso oftálmico	Spongostan				
Q	-	2	6	10	15	3	5				
VAL	-	11/2009	11/2011	08/2011	05/2011	12/2012	04/2012				
8	Ligaduras elásticas 5 cm	Ligaduras elásticas 10 cm	Ligaduras elásticas 15 cm	Ligaduras de algodão 10cm	Ligaduras de algodão 15cm	Adesivo Mefix	Kit pensos	Kit peq. cirurgia	Campo c/ óculo	Campo s/ óculo	
Q	4	4	4	3	2	-	4	-	-	-	
VAL	09/2011	07/2012	01/2011	-	-	-	09/2010	03/2013	09/2013	05/2013	
9	Laminas de Bisturi	Giletes	Adesivo Seda	Adesivo Castanho	Luvas esterilizadas 6,5	Luvas esterilizadas 7	Luvas esterilizadas 7,5	Luvas esterilizadas 8	Pensos impermeáveis		
Q	4	5	-	-	3	3	3	3	-		
VAL	02/2013	-	-	-	06/2012	07/2012	08/2012	08/2012	10/2011		
10	Bata esterilizada	Aventais	Aventais com Manga	Manta de Aquecimento							
Q	-	-	-	2							
VAL	10/2013	-	-	-							
11	SF 100	SF 250	SF 500								
Q	6	4	2								
VAL	04/2010	12/2011	04/2012								
Prateleira do Fundo	Sistema Respiratório Completo	Soro de Sódio 0.9% p/ irrigação 3000ml									
Q	3	1									
VAL	06/2013	05/2010									

Sala de Ressuscitação SAU Adultos HB

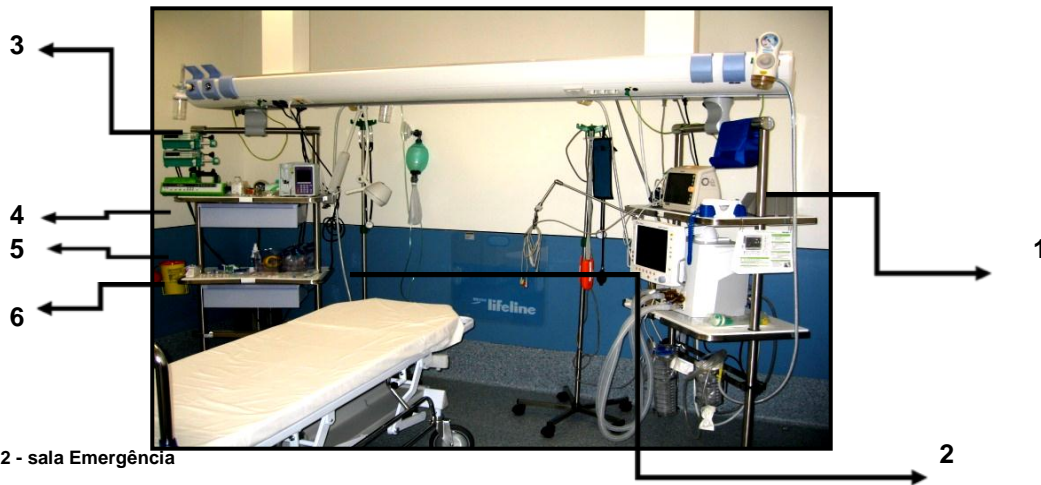


Fig. 2 - sala Emergência

1 - Braço Dto

Ref.	Designação	Qtd.	Validade	Operacionalidade
Monitor		1		
	Cabo de ECG	1	x	Ok
	Cabo de Oxímetro	1	x	Ok
	Braç Pediátrica	2	x	Ok
	Oxímetro Pediátrico	1	x	Ok
	Cabo Pressões Invasivas	1	x	Ok
	Termómetro Auricular	1	x	Ok
	Asp. Secreções Adulto e Pediatrico + cânula rígida	1 cada	x	Ok
	Electrodos	vários	x	Ok
Ventilador DATEX-OHMEDA		1		
	Cachimbo com Filtro	1	Mar-13	x
	Más. Fac. Adulto e Ped.	1 cada	x	Ok
	Cabresto	1	x	Ok
	Traqueia	1	x	Ok
	Balão de teste	1	x	Ok

2 - Zona Central

Ref.	Designação	Qtd.	Validade	Operacionalidade
	Manga Pressões Invasivas	1	x	Ok
	Aquecedor Soros	2	x	Ok
	Ambu c/ Reservatório + Másc. Fac.	1	x	Ok
	Estetoscópio	2	x	Ok
	Suporte Soros C/ Rodas	2	x	Ok
	Foco	1	x	Ok
	Maca	1	x	Ok
	Nuvem Aquecimento + Manta Térm.	1	x	Ok

Plano Duro	1	x	Ok
------------	---	---	----

3 - Braço Esq.

Ref.	Designação	Qtd.	Validade	Operacionalidade
	Máquina Perfusora PLUMA	1	x	Ok
	Seringa Perfusora BRAUN	2	x	Ok
	Seringa Perfusora FRESENIUS	1	x	Ok
	Água Bidestilada (100 ml)	1	Dez-11	x
	Espigão Duplo	1	Mai-14	x
	Luvas Latex Ñ.Est.	1 caixa	x	Ok
	Sistema Máq. Perfusora	1	Abr-11	x

4 - 1ª GAVETA

	Máscara Laríngea Nº 3; 4 e 5	1cada	Ago-10	x
	Tubos de Guedel Nº 0;1;2;3;4	1 cada	Fev-12	x
	Peça em T	2	Out-11	x
	Kit MiniTrack	1	Nov-13	x
	Tubos Endotraq Nº 6; 6,5; 7; 7,5; 8; 9	1 cada	Fev-13	x

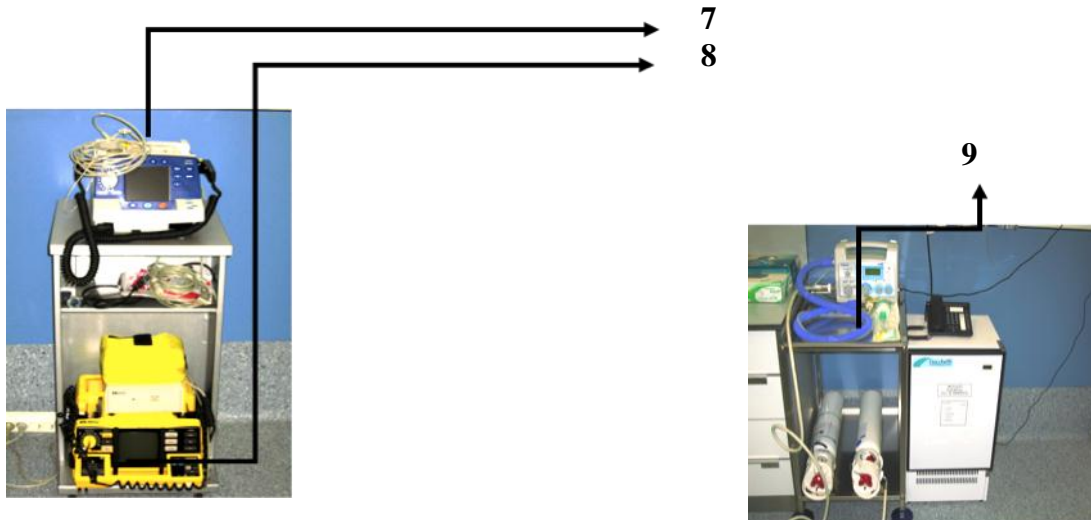
5 - PRATELEIRA

	CVP Nº 22; 20; 18; 16; 14	1 cada	Mar-13	x
	Tubos de Colheita H+B+ EC	1 cada	Abr-10	x
	Bioconector	3	Jul-12	x
	Multi-adaptador para Catéter	1	Fev-11	x
	Adaptador C/ Membrana	1	Jan-12	x
	CutaSept	1	Fev-11	x
	Garrote	2	x	Ok
	Compressas Ñ Est. 5x5		x	Ok
	Adesivo Mefix		x	Ok
	Máscara Venturi	1	Jun-14	x
	Máscara Nebulização	1	Fev-14	x
	Máscara Hudson	1	Mai-13	x
	Máscaras Ambu Nº 3; 4; 5	1cada	x	Ok
	Catéter Nasal	1	Mar-13	x
	Kit Gasimetria	3	Set-10	x

6 - 2ª GAVETA

	Cabo Laringoscópio	2	x	Ok
	Lâminas Laringoscópio	4 C, 3 R	x	Ok
	Pinça de Magill	2	x	Ok
	Fios Guia	2	x	Ok
	Lidocaína Spray	1	Jan-11	x
	Seringa 10 cc	1	Fev-14	x

Adesivo Castanho	1	x	Ok
Fita de Nastro	1	x	Ok



Material de Apoio

Ref.	Designação	Qtd.	Validade	Operacionalidade
	Tesoura Corta-Roupa	1	x	Ok
	Tesoura Corta-Metals	1	x	Ok
	Transfer de Doentes	1	x	Ok
	7 - Monitor Desfibrilhador	1	x	Ok
	8 - Monitor Desfibrilhador de Transporte	1	x	Ok
	Electrodos P/ Desfibrilhação	2	Abr-10	x
	Frigorífico	1	x	Ok
	Aspirador Secr. Transporte	1	x	Ok
	Maca Pluma	1	x	Ok
	Pás Multifunções	1	Dez-10	x

9 - Ventilador de Transporte		1		
	Traqueia	1	Mai-10	x
	Válvula Inspiratória	1	x	Ok
	Bala de Oxigénio	3	x	Ok
	Cachimbo com Filtro	1	Mar-13	x

Plano Duro		1		
	Cabrestos	2	x	Ok
	Cintas Imobilização	3	x	Ok
	Imobilizadores Laterais de Cabeça	2	x	Ok

Aranha de Imobilização		1	x	Ok
------------------------	--	---	---	----

Colares Cervicais

3

XS - Verde		1	x	Ok
M - Laranja		1	x	Ok
L - Azul		1	x	Ok

Equipamento de Protecção Individual

Luvas Palhaço		Ind.	x	OK
Aventais		Ind.	x	OK
Batas Esterilizadas		2	Jul-13	x
Máscaras c/ Viseira e Bico Pato		Ind.		OK
Óculos		2	x	OK



10

10 - Carro de Cateterismo venoso Central e Arterial

1

Catéter Central 2 Vias		2	Jun-14	x
Catéter Central 3 Vias		1	Jun-13	x
Catéter Arterial		1	Abr-14	x
Kit Peq. Cirurgia		1	Set-10	x
Resguardo Descartável		1	x	Ok
Campo Est. C/ Óculo		1	Mar-13	x
Campo Est. S/ Óculo		2	Jan-14	x
Lidocaína 1% 20 ml		1	Ago-12	x
Heparina 5 ml		1	Abr-13	x
Seringa 10cc		1	Jul-13	x
Agulhas EV; IM; SC		3cada	Mai-11	x
Fio Sutura Seda 2/0		1	Jul-12	x
Iodopovidona Dérmica 10 ml		2	Jan-12	x
NaCl 0,9% (100 ml)		1	Abr-10	x
Mini Spike		1	Mar-13	x
Bata Esterilizada		2	Out-13	x
Touca		1	x	Ok
Luvas Est. 6,5 a 8		1 par cada	Jun-12	x

Data de Verificação ___/___/___


Hora: ___:___

Enf.: _____

Motivo de Verificação: _____

Próximo Produto a expirar:

Tubos de Colheita; Eléctrodos para desfibrilhação; NaCl 100cc - ABRIL 2010

 HST – Viseu UCIC	<p align="center">Procedimento nº</p> <p>UCIC</p> <p align="center">Actuação de Enfermagem na Implantação de CDI</p>	<p align="center"><i>Data:</i> 19/12/06</p> <hr/> <p align="center">Próxima Revisão: _____2008_____</p> <hr/> <p align="center"><i>Revisão N.º 0</i></p>
--	--	---

ÁREA/TÓPICO: Uniformização de procedimentos.

ÂMBITO: Serviço de Enfermagem.

FUNDAMENTOS: A uniformização de procedimentos facilita a integração dos Enfermeiros, padroniza as práticas e assegura a melhor qualidade na prestação de cuidados.

OBJECTIVOS: Protocolar as acções de Enfermagem.

DESCRIÇÃO:

Material necessário para além do já existente na Sala de PM:

Carro de Emergência selado;

Kit “Lifepack”;

Monitor cardíaco;

Medicação a disponibilizar:

ATROPINA – 3 mg (6 Ampolas);

ADRENALINA – 1 mg (1 Ampola);

AMIODARONA – 300 mg (2 Ampolas) em 100 c.c. de S. F.;

PROPOFOL a 1% – Ampolas;

Acções de Enfermagem:

Confirmar “*Folha de Verificação Pré-Operatória*”;

Permeabilizar 1 (um) AVP, no membro superior direito;

Preparar Kit de entubação endo-traqueal;


Imobilizar tronco e Membros. Superiores;

Colocar eléctrodos do desfibrilhador e monitorizar em 5 derivações ECGráficas, SpO2 e TA;

Vigiar estado de consciência, hemodinâmico e ECGráfico;

Efectuar registos.

Elaborado por: Enf ^o Luís Correia e Enf ^o Luís Marques	Revisto por: Enf ^a Natália Soares	Aprovado por: <hr/> <hr/>
---	--	---

 HST – Viseu UCIC	Procedimento nº 2.13 UCIC IMPLANTAÇÃO DE PACEMAKER	Data: 06/03/08
		Próxima Revisão: 03 2011
		Revisão N.º 1

ÁREA/TÓPICO:	Uniformização de Procedimentos
ÂMBITO:	Serviço de Enfermagem
FUNDAMENTOS:	A uniformização de procedimentos facilita a integração dos Enfermeiros, padroniza as práticas e assegura a melhor qualidade na prestação de cuidados.
OBJECTIVOS:	Protocolar as acções de Enfermagem.
DESCRIÇÃO:	<p align="center">=PACEMAKER DEFINITIVO=</p> <p><u>Antes da implantação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectuar o preenchimento da folha de verificação pré-operatória - Efectuar tricotomia da região deltopeitoral esquerda (direita no caso de substituição de gerador já implantado no lado direito); - Vestir bata cirúrgica; - Colocar lona na maca de transporte do doente; - Permeabilizar veia periférica no braço direito ou no braço esquerdo se já for portador de gerador de pacemaker implantado à direita. - Administrar terapêutica pré-operatória: <p>Antibiótico prescrito;</p> <p>Hidroxizina 1 comprimido duas horas antes da implantação;</p> <p>Administrar Hidroxizina (1 ampola) intramuscular se o início previsto para a implantação ocorrer num período inferior a 2 horas.</p>

DESCRIÇÃO:

Após implantação:

- Actualizar tabela terapêutica
- Vigiar e manter penso compressivo;
- Manter membro superior, do local da intervenção, em repouso durante as 1^{as} 6 horas;
- Efectuar levante protocolar após 6 horas;
- Efectuar penso simples no dia seguinte;
- Providenciar ECG com parâmetros e RX no dia seguinte;
- Efectuar ensino com vista à alta clínica.

DESCRIÇÃO:

=PACEMAKER PROVISÓRIO=

Antes da implantação:


- Efectuar o preenchimento da folha de verificação pré-operatória
- Efectuar tricotomia da região inguinal bilateral;
- Vestir bata cirúrgica;
- Colocar lona na maca de transporte do doente;
- Permeabilizar veia periférica no braço esquerdo;
- Administrar terapêutica pré-operatória:
Antibiótico prescrito;
Administrar Hidroxizina (1 ampola) intramuscular se o início previsto para a implantação ocorrer num período inferior a 2 horas.

Após implantação:

- Monitorizar o doente e vigiar traçado electrocardiográfico;
- Vigiar estado hemodinâmico e de consciência;
- Manter sistema do Pacemaker integro e vigiar todas as conexões;
- Actualizar tabela terapêutica;
- Despistar sinais de hemorragia;
- Providenciar repouso do membro do local intervencionado.

--	--

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por: <hr/> <hr/>
-----------------------	---------------------	-------------------------------------

 HST – Viseu UCIC	Procedimento nº UCIC <i>PROTÓCOLOS DE CATETERISMO CARDÍACO</i>	Data: 28/05/2007
		Próxima Revisão: <u>2008</u>
		Revisão N.º 1

ÁREA/TÓPICO: Organização da prestação de cuidados/Prestação de cuidados aos doentes submetidos a cateterismo cardíaco

ÂMBITO: Serviços de Enfermagem.

FUNDAMENTOS: Uniformizar as práticas de Enfermagem

OBJECTIVOS: Estabelecer uma prática de cuidados aos doentes submetidos a cateterismo cardíaco e uniformizar procedimentos .

DESCRIÇÃO:

Normas para cateterismo Cardíaco

Pré-cateterismo

Jejum na manhã do exame:

pode tomar a medicação da manhã com pouca água;

se cateterismo programado para depois das 12h pode tomar pequeno almoço (dieta líquida);

Retirar próteses dentárias e qualquer tipo de adornos (fios, pulseiras e anéis);

Tricotomia inguinal bilateral, (tipo “calção” até ao terço inferior das coxas);

Doente vestido com bata de BO;

Requisição de cateterismo devidamente preenchida;

Não esquecer peso, altura e consentimento assinado

Cateterizar veia periférica, preferencialmente no membro superior esquerdo;

Se doente hipocoagulado:

Heparina de baixo peso molecular – não administrar nas 12h anteriores ao cateterismo;

Heparina ev intermitente – suspende 6h antes do cateterismo;

Heparina ev contínua – suspende 4-6h antes do cateterismo.

Ficha de verificação pré-operatória devidamente preenchida e assinada.

Se doente instável a suspensão da terapêutica depende da indicação médica

Coronários:

Na perspectiva de eventual **ACTP** (caso o doente não tenha prescrito clopidogrel) deve ser administrado 600mg (8 cps) de clopidogrel preferencialmente seis horas (ou mais) antes do cateterismo

Insuficientes Renais Não Oligúricos

Inicia 6 Horas antes perfusão a 100ml/h de soro heminormal

(s. fisiológico 0,45% NaCl);

Mantêm perfusão após Cateterismo Cardíaco até 6 / 12 horas depois.

Insuficientes Renais Terminais

Soro salino 0,9%: perfusão de 1ml/Kg/h 12horas antes e 12horas depois do procedimento,ou;

Bicarbonato de Sódio 1,4%: perfusão de 3ml/Kg/h na hora anterior ao procedimento, seguido de 1,2ml/Kg/h durante as 6 horas posteriores ao procedimento;

Acetilcisteína (**Fluimucil**) 600mg per os de 12/12h no dia anterior e no dia do procedimento (para procedimentos de Emergência dar perfusão ev de 150mg/kg em 500cc de Soro Fisiológico 0.9% 30 minutos antes seguido de 50mg/Kg em 500cc de Soro Fisiológico a 0,9% em 4horas.

Pós – cateterismo (s/ introdutor)

Acompanhar o doente da sala de recobro da Hemodinâmica até à UCIC, ajudando-o a passar para a cama sem mobilizar o membro cateterizado;

Vigiar o penso do local da punção e sinais neurocirculatorios ;

Avaliar TA/pulso do lado cateterizado inicialmente de 15/15min, durante as primeiras duas horas;

Verificar pulsos periféricos (radial-membro superior; e pulso dorsal e tibial posterior – membro inferior) do membro cateterizado;

Ensinar o doente:

para quando tossir ou espirrar, comprimir com os dedos o local do penso;

utilizar técnicas posicionais de forma a minimizar o desconforto da imobilidade no leito

Alertar o doente para o caso de sentir dor ou sensação de “líquido quente”, na zona cateterizada chamar o Enfermeiro(a).

No caso de hemorragia deve ser chamado o médico e efectuar novamente a compressão manual do local ou colocar femostop;

Se surgir hematoma, vigiar evolução

Instituir ingestão de líquidos , um copo de leite meia hora após o exame e dieta ligeira 2 horas após;

Reinstituir medicação cardioactiva e anticoagulante segundo indicação médica;

Relembrar o doente da não mobilização do membro cateterizado, não levantar a cabeça e que só se poderá movimentar 6 a 8 horas após o exame;

Efectuar levante protocolar no dia seguinte, despistando sinais de hipotensão e hemorragia. Iniciar actividade progressiva.

Retirar penso compressivo no dia seguinte após os cuidados de higiene, fazendo-o com técnica asséptica, se este não estiver repassado e não existir hematoma.

Informar o doente para não realizar esforços nos primeiros 7 dias após cateterismo, tais como, levantamento de pesos, e se observar hemorragia, rubor, edema exsudato no local cateterizado comunicar imediatamente ao médico.

No acesso braquial:

manter o braço semi-flectido durante 4 horas;

não utilizar o braço para levantar qualquer peso ou apoiar o corpo;

após 4 a 6 horas efectuar levante protocolar;

vigiar a venotomia;

Pós – cateterismo (c/ introdutor)

Vigiar sinais de hemorragia e neurocirculatórios do membro cateterizado;

Retirar introdutor 6 a 8 horas após terminus de perfusão de tirofiban; a não ser que haja informação médica em contrario.

Efectuar compressão manual;

Se necessário colocar femostop.

Prestar Cuidados de Enfermagem como no procedimento anterior (sem introdutor).

Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:
Enf. Luis Marques	Enf ^a Natália Soares	Dr. Oliveira Santos
Enf. José Silva	Dr Luis Nunes	Enf ^a Natália Soares
Enf. Natália Soares	Dr Joao Pipa	