Enformação

Enfermagem em contínuo movimento

Juntos somos MELHORES & MAIS FORTES

Enfermagem em Movimento – Associar - Promover - Desenvolver

N.º 2 > abril-setembro 2013
ISSN 2182-8261

HIPERGRANULAÇÃO: Boas práticas em Enfermagem

Vigilância Epidemiológica de Infeção do Local Cirúrgico Pós Alta Hospitalar em Cirurgia de Ambulatório

ACE
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

editorial

Filomena Leal
Presidente

Juntos
somos Melhores e mais Fortes

Caros Colegas

Nem sempre é fácil percorrer o Caminho que consideramos ideal, o mais profícuo, aquele que nos permite obter resultados de forma mais eficaz e com celeridade.

Por natureza, sou uma pessoa reflexiva, entusiasta, crítica do meu trabalho e das minhas opções. Assim, considero que no 1.º semestre deste ano, conseguimos realizar alguns dos objectivos a que nos tínhamos proposto, tais como: divulgar a ACE no Hospital Curry Cabral, participar activamente nas comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro no CHLC, apoiar alguns sócios através do programa de formação/investigação, proceder à 2.ª edição da revista, com o lema **Enfermagem em Movimento – Associar - Promover - Desenvolver.**

Para segundo plano ficou o propósito de nos deslocarmos a todas as unidades funcionais, dos restantes hospitais do Centro, para divulgação da Associação. Por parte dos corpos sociais, existe a consciência que muitos sócios não têm navegado no site da ACE e nem têm conhecimento dos benefícios que podem usufruir. É urgente que actualizem os dados pessoais (área reservada) para procedermos à emissão dos novos cartões de sócio.

Igualmente, não nos foi possível reunir com as diferentes direcções das Escolas Superiores de Enfermagem com o objectivo de realizarmos protocolos de parceria.

Mas, nada acontece por acaso. O porquê desta situação? Não quero desresponsabilizar-me, nem arranjar desculpas que para alguns podem não ser credíveis, mas, maioritariamente os elementos dos corpos sociais estiveram envolvidos na resposta ao processo de acreditação, CHKS, no Hospital de S. José e Hospital Santo António dos Capuchos. Todo o processo envolveu muitas horas de trabalho, dedicação e empenho das equipas de saúde que foram bem visíveis nos excelentes resultados obtidos nas auditorias (Outubro de 2012 e Junho de 2013).

Parabéns aos Enfermeiros!

Deram excelentes e decisivos contributos para o êxito deste processo de melhoria contínua que se repercute no Cuidar ao Utente/Família e na organização como um todo.

É interessante observar que a envolvência actual do contexto sócio político e económico faz-nos sentir a necessidade, nos instantes de pausa, diariamente, ter pequenas tertúlias… Momentos úteis para partilharmos preocupações, discordâncias, tristezas, risos, enfim: comunicarmos.

Pensar de modo distinto é estimulante. Faz-nos reconsiderar, criar, gerir stress, inovar, caminhar.

Como já afirmei, noutros momentos, é importante todos nós apostarmos no incremento da produção científica, publicarmos os trabalhos desenvolvidos em contexto de trabalho e académico. Para tal, contem connosco. Aguardamos as vossas propostas, sugestões, artigos. Em breve, serão publicadas as condições para os sócios concorrerem a um Prémio Anual de Investigação, cujo montante previsto é de 500 Euros.

Não nos podemos manter na penumbra, numa concha, mas sim, com humildade, perseverança, auto-disciplina, lutar por demonstrar que os Enfermeiros estão activos, conscientes das suas competências e da sua importância como pilares no seio das Equipas de Saúde.

A ACE é muito nossa! É dos Enfermeiros para os Enfermeiros! É dos Enfermeiros para as Equipas de Saúde! É dos Enfermeiros para os Utentes! Associação cujo objecto se baseia e sobrevive na Formação e como tal aposta nas capacidades, na criatividade, na evidência, no sucesso. Quando começamos a aprender a andar, caímos, levantamo-nos, voltamos a cair. Aprendemos com as criticas, crescemos, tornamo-nos mais maturos com as contrariedades, com o caminhar lado a lado com o Outro. Não conseguimos nos primeiros meses atingir os objectivos mas, não desistimos. Queremos aumentar o número de sócios, desenvolver e promover novas actividades.

Saudações Cordiais

Conselho Directivo
Filomena Leal
Elsa Folgado
Emília Bártolo
Lino Janeiro
Helena Xavier
[enformacao.direcao@gmail.com]

Conselho Redatorial
Fátima Ramalho
Helena Xavier
Maria Falcão
Paula Duarte
Ricardo Braga
Ivete Monteiro
[enformacao.cr@gmail.com]

Conselho Científico
Ana Marinho
Delmira Pombo
Lígia Malaquias
Maria das Neves Dinis
Raquel Correia
Pedro Jácome
[enformacao.cc@gmail.com]

Sede
Direção dos Serviços de Enfermagem
Rua José António Serrano1150 Lisboa
Telefones 218 841 451 / 218 841 486
Fax 218 864 616

Design Gráfico
Cognição
www.cognição.pt

Revista Digital
Periocidade Quadrimestral
ISSN 2182-8261

Ajude-nos a conseguir
mais parceiros institucionais.

ACE
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE
Hospital S. José Lisboa - Pena
Rua José António Serrano
1150-199 LISBOA

Tel.: 218 841 315 • Fax: 218 841 087

+ inovação
+ benefícios
+ vantagens

- Acessos específicos para sócios
  - Apoio à formação / investigação
  - Protocolo de cooperação
  - Actividades e Eventos
- Espaço de Conteúdos Científicos
  - Submissão e publicação de artigos na revista
  - Biblioteca de artigos publicados
  - Revista digital
- Links de utilidade profissional

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Promova o nosso site!

www.acenfermeiros.pt

Enformação

Hipergranulação:
Boas práticas em Enfermagem 14

Elsa Menoita, Cláudia Gomes, Vítor Santos, Ana Santos, Carlos Testas, Carmo Cordeiro

Vigilância Epidemiológica de Infeção do Local Cirúrgico
Pós Alta Hospitalar em Cirurgia de Ambulatório 21

Maria das Neves Nerantzoulis Dinis

Apesar de todas as intempéries, desde 2000 que estamos a crescer e a apoiar cada vez mais os nossos sócios.

Crescimento
do número de sócios
2000 - 2012

Faz-te sócio em **www.acenfermeiros.pt**

VEM CRESCER CONNOSCO!

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

ACE
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Enformação

VISIBILIDADE

08 **CHLC sempre a mexer**
Notícias e outras novidades do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

09 **Enfermagem na actualidade**
Dia Internacional do Enfermeiro
Homenagem a Florence Nightingale
Enf. Maria Jesus Falcão

AGENDA

13 **Calendário**
Eventos e actividades ACE

EMPENHO

28 **Entrevista**
Equipa Multidisciplinar da Unidade de Patologia Colo-rectal (UPCR) do CHLC, EPE

10 **Marcar a diferença**
Missão Sorriso
Sónia Dias

12 **Viver Verde**
Ações para um desenvolvimento sustentável do planeta

EVIDÊNCIA

Aconteceu

31 I Jornadas de Traumatologia Vertebro-Medular
Ana Formigo, Fernanda Paquete, Isabel Terra, Marta Salvado, Natacha Sousa, Telma de Melo

33 Dia Internacional do Enfermeiro
A sua segurança é a nossa prioridade
Paula Duarte, Helena Xavier e Filomena Leal

sempre a mexer

Fátima Palmeiro
Gabinete de Assessoria e Comunicação
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - CHLC

Sonhos realizados na Cardiologia Pediátrica

A Terra dos Sonhos deu mais um presente à Cardiologia Pediátrica do CHLC – Hospital de Santa Marta.

Em Fevereiro, um grupo de voluntários da **Terra dos Sonhos** "invadiu" o Serviço de Cardiologia Pediátrica Dra. Fernanda Sampayo do Hospital de Santa Marta para dar cor a alguns quartos de internamento.

As fotos do trabalho e do resultado podem ser vistas no site do CHLC e nas páginas de Facebook do Serviço de Cardiologia e da Terra dos Sonhos.

Bem hajam pela cor e alegria que levaram!

Biblioteca do Hospital D. Estefânia festejou 15 anos

A **Biblioteca do Pólo Hospital D. Estefânia** assinalou o seu **15.º Aniversário** no passado dia 23 de Abril, Dia Mundial do Livro.

As comemorações incluíram a realização de uma exposição de Livros Técnicos e uma sessão de Divulgação da Base de Dados "ClinicalKEY" da Else-vier, destinada a médicos e enfermeiros do CHLC.

Foi também inaugurada a exposição subordinada ao tema "A Arte do Azulejo em Portugal", que esteve patente na Biblioteca até 14 de Maio.

Esta iniciativa do CHLC contou com o apoio da Direcção Municipal da Cultura da Câmara Municipal Lisboa, da Lusodoc e do Museu Nacional do Azulejo.

Lisbon Summer Meeting

Como é habitual, este ano a Cardiologia do CHLC – Hospital de Santa Marta organizou novamente o **"Santa Marta Lisbon Summer Meeting"** que reuniu na capital especialistas nacionais e estrangeiros de renome que debateram temáticas ligadas a esta especialidade.

Realizada a 5 e 6 de Julho, no Centro Cultural de Belém, esta iniciativa foi organizada pelo Dr. Rui Cruz Ferreira, responsável da Cardiologia do Hospital de Santa Marta e Coordenador nacional para as Doenças Cardiovasculares e pelo Dr. Marco Costa, Case Western Reserve University Hospitals, em Cleveland, Estados Unidos.

Em debate estiveram a terapia celular nas doenças cardiovasculares; Imagem intra-arterial e perspectiva integrada da fibrilação e as intervenções percutâneas na doença pulmonar tromboembólica.

Colheita e Transplantação de Órgãos em análise

Será em Outubro, nos dias 24 e 25, que terão lugar as **2.as Jornadas do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital de S. José - Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (GCCT).**

Com organização do GCCT e da Associação Científica de Enfermeiros, os trabalhos versarão sobre a actividade e resultados da Colheita de Órgãos e da Transplantação em Portugal; a Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação; a Assistência e Circuito do Doente Neurocrítico no Serviço de Urgência; os Novos Desafios na Colheita de Órgãos e Tecidos Transplantação em Portugal e o seu Posicionamento na Europa e no Mundo; a Importância dos Registos na Actividade de Colheita e Transplantação; a Ética, Direito e Comunicação Social na Doação de Órgãos.

O prazo para a submissão de trabalhos termina a 1 de Outubro.

Enf. Maria Jesus Falcão

DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO

Homenagem a Florence Nightingale

"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!"

Florence Nightingale

O dia Internacional do Enfermeiro celebra-se no dia 12 de Maio, assinalando o nascimento de Florence Nightingale.

Considerada a "mãe da enfermagem" ou precursora da enfermagem moderna; nascida a 12 de Maio de 1820 na cidade italiana de Florence, filha de ingleses, criada num meio aristocrático. Aprendeu grego, latim, francês, alemão, italiano, história, filosofia e matemática. A aquisição de conhecimentos e saberes era algo que a fascinava, mas tinha consciência do que a sociedade esperava das mulheres que viviam no seio da aristocracia. Inteligente, determinada, perseverante decidiu dar outro rumo à sua vida; dedicar-se à caridade iniciando a sua caminhada na enfermagem, numa época em que os doentes eram cuidados por irmãs de caridade e voluntárias sem qualquer qualificação consideradas pouco mais que prostitutas.

Ficou famosa pela sua grande prestação durante a guerra da Crimeia (1854-1856); o seu trabalho de assistência aos enfermos assim como de organização de infra-estruturas hospitalares com as suas preocupações higienistas:"ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz" conseguiu baixar significativamente a taxa de mortalidade. Ficou conhecida na história pela " Dama da lâmpada", objecto que utilizava na iluminação quando cuidava dos feridos durante a noite.

Pioneira na utilização do modelo biomédico; também nos deu o seu contributo na área da estatística, servia-se da colheita e análise de dados, utilizando métodos de representação visual, como por exemplo o gráfico sectorial. Para Florence os dados não eram abstractos porque mostravam-lhe e ajudavam-na a mostrar aos outros como salvar vidas.

Em 1860 fundou a primeira escola secular de enfermagem no mundo.

Com uma abordagem inovadora dos conceitos de enfermagem e relacionando factores que até então não eram valorizados influenciou muitas teóricas que a sucederam e que muito também contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem.

Marcar a diferença

10.º aniversário a ajudar quem mais precisa

Missão Sorriso apoia 43 instituições nas áreas de saúde infantil, envelhecimento ativo e luta contra a fome

Após uma década a tornar mais feliz a vida de milhares de crianças e seniores de todo o país, a 27 de fevereiro foram apresentadas as Instituições e os projetos meritórios, que este ano vão receber o apoio da Missão Sorriso, nas áreas da Saúde Infantil, Envelhecimento Ativo e Luta Contra a Fome. A Cerimónia decorreu no Auditório do Edifício Egas Moniz da Faculdade de Medicina de Lisboa – Hospital de Santa Maria e contou com a presença de Sua Excelência, Dra. Maria Cavaco Silva.

Pelo 10.º ano consecutivo os portugueses juntaram-se à Missão Sorriso com uma grandiosa prova de solidariedade, envolvimento e determinação, angariando cerca de 1.4 milhões de Euros. Deste valor foram hoje distribuídos 912 mil euros por 43 instituições portuguesas para a implementação de projetos nas áreas da Saúde Infantil, Envelhecimento Ativo e Luta Contra a Fome, contribuindo para a melhoria das condições de vida das crianças e seniores.

O restante valor foi angariado através da campanha de recolha de Alimentos, em parceria com a Cruz Vermelha Portuguesa que permitiu doar 522 mil Euros em alimentos que ajudaram certamente muitas famílias que procuram ajuda, bem como do Jogo Solidário Portugal-Equador, resultante da parceria com a Federação Portuguesa de Futebol, no qual foram doados 50 mil euros à Missão Sorriso.

Este ano foram batidos recordes nos números de projetos recebidos a concurso, 176 participações, e na votação dos mesmos, que decorreu até dia 31 de

dezembro, foram contabilizados cerca de 1.5 milhões de votos online, que se traduzem na maior votação alguma vez contabilizada desde a implementação desta iniciativa.

De salientar que desde 2003, a Missão Sorriso já angariou cerca de 6.9 milhões de Euros para a aquisição e melhoria de equipamentos hospitalares e materiais diversos, contribuindo para a melhoria de prestação de cuidados de saúde a crianças e idosos de todo o país.

Este balanço de 10 anos é a prova verdadeira do reconhecimento público já alcançado por este projeto, que conta com o apoio de todos os portugueses. Mais uma vez o Continente continuará a dar todo o seu contributo, empenhado para que a Missão Sorriso continue a desenvolver mais e melhores respostas sociais, ajudando cada vez mais famílias portuguesas a viverem histórias felizes.

43 Instituições apoiadas pela Missão Sorriso 2012

Unidade de Saúde da Ilha de S. Miguel Enfermagem de Reabilitação em Contexto Domiciliário 21.532 €

Centro Social Paroquial da Vera Cruz Clube VERITAS - Saudavelmente Feliz 44.000 €

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo Baleizão - Aldeia Amiga das Pessoas Idosas 25.000 €

Associação Humanitária da 3.ª Idade D. Ana Pacheco Montes de Sorrisos 26.439 €

Centro Hospitalar do Alto Ave Nascer por um Mundo Melhor 10.000 €

ACES do Cavado II - Gerês/Cabreira Recomeçar 14.000 e

Centro Social e Paroquial de Paços Mais Idade, Mais Mobilidade 12.000 €

ACES Cavado I - Braga Envelhecimento Saudável 30.000 €

Associação Entre-Famílias - Bragança Preciso de um Sorriso 28.000 €

Associação de Pais e Amigos de Pessoas com Necessidades Especiais Refeitório Solidário/Comunitário 17.500 €

Centro Hospitalar Cova da Beira "Nascer Bem" no Centro Hospitalar Cova da Beira 44.000 €

Associação Spina Bífida e Hidrocefalia de Portugal Campo de Treino "Arco Íris - Dar Cor ao Sucesso… Capacitando 2013" 20.000 €

Associação Oncológica do Alentejo Qualidade de Vida em Oncologia, uma prioridade 18.047 €

ACES Central Crescer e Viver em Segurança 5.000 €

Associação de Portadores de Trissomia 21 do Algarve - APATRIS 21 Clínica Social - Crescer XXI 34.352 €

Unidade Local de Saúde da Guarda Risco Reduzido, Bebé Seguro 19.000 €

Centro Hospitalar do Oeste Via Domus 21.566 €

Centro Hospitalar Lisboa Norte Nascer em Segurança 12.000 €

Liga dos Amigos do Hospital de Pulido Valente Banco de Ajudas Técnicas da Liga dos Amigos do Hospital de Pulido Valente 9.000 €

Fundação São João de Deus Projeto Ferro de Soldar 25.000 €

Raríssimas - Associação Nacional de Deficiências Mentais Raras Programa de Educação Infantil sobre Doenças Raras 28.000 €

Associação para a Promoção da Segurança Infantil Segurança - um direito de todos 40.000 €

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca Quedas Menos; Sorrisos Mais 50.000 €

Fundação Ernesto Roma Bem comer, comer bem 10.000 €

Associação de Cidadãos Auto-Mobilizados "Queremos ir para a escola em segurança!" 36.000 €

Casa do Povo do Curral das Freiras Projeto "Vale Só(r)isos" 23.365 €

Associação Nomeiodonada Abertura de uma Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos para crianças dos 0 aos 16 anos 26.165 €

ACES Grande Porto I Santo Tirso/Trofa Hipodermoclise no domicílio 4.200 €

(Re)Integrar - Associação de Reabilitação Psicossocial Clube Sénior (Re)Integrar 15.000 €

ACES Grande Porto III Maia/Valongo Quedas Evitam-se 23.000 €

ACES Tâmega II Vale do Sousa Sul O Idoso em Movimento Seguro 10.000 €

Centro Hospitalar de São João ADN Apoio ao Doente Neurocirúrgico 30.000 €

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde O Ninho do Recem-nascido 6.236 €

Santa Casa da Misericórdia Do oito ao oitenta 6.500 €

ACES da Lezíria Aproximar para Cuidar 10.000 €

Hospital Garcia de Orta Envelhecer sem quedas 8.000 €

Centro Social Paroquial de S. Sebastião de Setúbal Bem Alimentar 20.000 €

Unidade Local de Saúde do Alto Minho Prevenir a cegueira em Viana do Castelo 10.000 €

Centro Social e Cultural de Vila Praia de Âncora Âncoras 17.500 €

Associação de Parelisia Cerebral de Vila Real Unidade de avaliação e reabilitação neuropsicológica - Continente e APCVR, juntos a pintar sorrisos 13.598 €

ACES Alto Tâmega e Barroso Reabilitar para bem Respirar 35.000 €

Centro Social e Paroquial de Torgueda Liga-te à Rede 9.000 €

Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental de Viseu "Porque a chuva quando cai também é para Todos" 44.000 €

Para mais informações, contactar: GCI | **Sónia Dias** | Tel:. 21 359 15 36 | Email: sdias@gci.pt

Ações
para um desenvolvimento sustentável do planeta

Reduzir, Reutilizar e Reciclar
conhecidas como os 3 Rs estas ações são essenciais.

Reduzir
Consiste em diminuir o consumo, desperdiçando menos e usando só o necessário. Reduzir significa ainda sermos cidadãos mais conscientes e mais atentos.

Reutilizar
Após o uso, vamos voltar a usar, por vezes para a mesma função, outras com uma função diferente, mas não deitar fora. Há um grande número de coisas que podem ser reaproveitadas ou reutilizadas.

Reciclar
Processo que visa transformar materiais usados em novos produtos. Por este processo, materiais que seriam destinados ao lixo permanente podem ser reaproveitados.

Conselhos práticos

Diminua em 2 graus o ar condicionado, está a contribuir para a redução de toneladas de CO_2 na atmosfera.

Desligue as luzes do seu gabinete sempre que não sejam necessárias.

Ao receber ou enviar um e-mail pense se é mesmo necessário imprimir.

Use o verso de folhas impressas para rascunho ou novas impressões.

Em vez de usar copos de papel ou plástico, utilize a sua própria chávena.

Coloque os tinteiros e toners das impressoras num recipiente e entregue-os em locais próprios.

Proponha fazer a separação dos materiais que podem ser reciclados.

Conheça e coloque os materiais a reciclar nos contentores adequados:

1

Papel e Cartão

Caixas de cartão liso ou canelado e outras embalagens de papel; Sacos de papel; Jornais, revistas, folhetos e outros.

✖ Papel metalizado ou plastificado; Embalagens ou papéis sujos com comida, gordura ou produtos tóxicos.

ⓘ Desmanche e espalme as caixas.

2

Vidro

Garrafas de vidro; Frascos de vidro (iogurte, doce, conservas, medicamentos, etc).

✖ Lâmpadas; Vidraças e espelhos; Loiça (porcelana, barro ou pirex).

ⓘ Escorra e retire tampas e rolhas.

3

Plástico e Metal

Embalagens de plástico (iogurte, detergente, manteiga, higiene, etc.); Garrafas de plástico (água, sumo, óleo, etc.); Latas de bebidas ou de conservas; Esferovite; Sacos; Pacotes de líquidos alimentares (leite, sumos, etc.).

✖ Objectos de metal (utensílios de cozinha). Pequenos electrodomésticos.

ⓘ Escorra e espalme as embalagens.

agenda

04 outubro

Congresso de Enfermagem do Grupo Espírito Santo Saúde
Auditório do Hospital da Luz, Lisboa
Tema: **Refletir o Presente - Construir o Futuro**

17-19 outubro

International Conference on "Gender and Health: (In) determinations and Approaches"
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

18 outubro

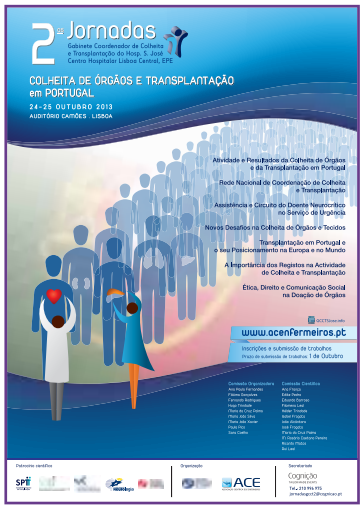
Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica
Instituto de Ciências da Saúde,Lisboa

23-25 outubro

XXXIII Congresso Nacional de Ortopedia e Traumatologia 2013
Organizado pela Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT), Algarve

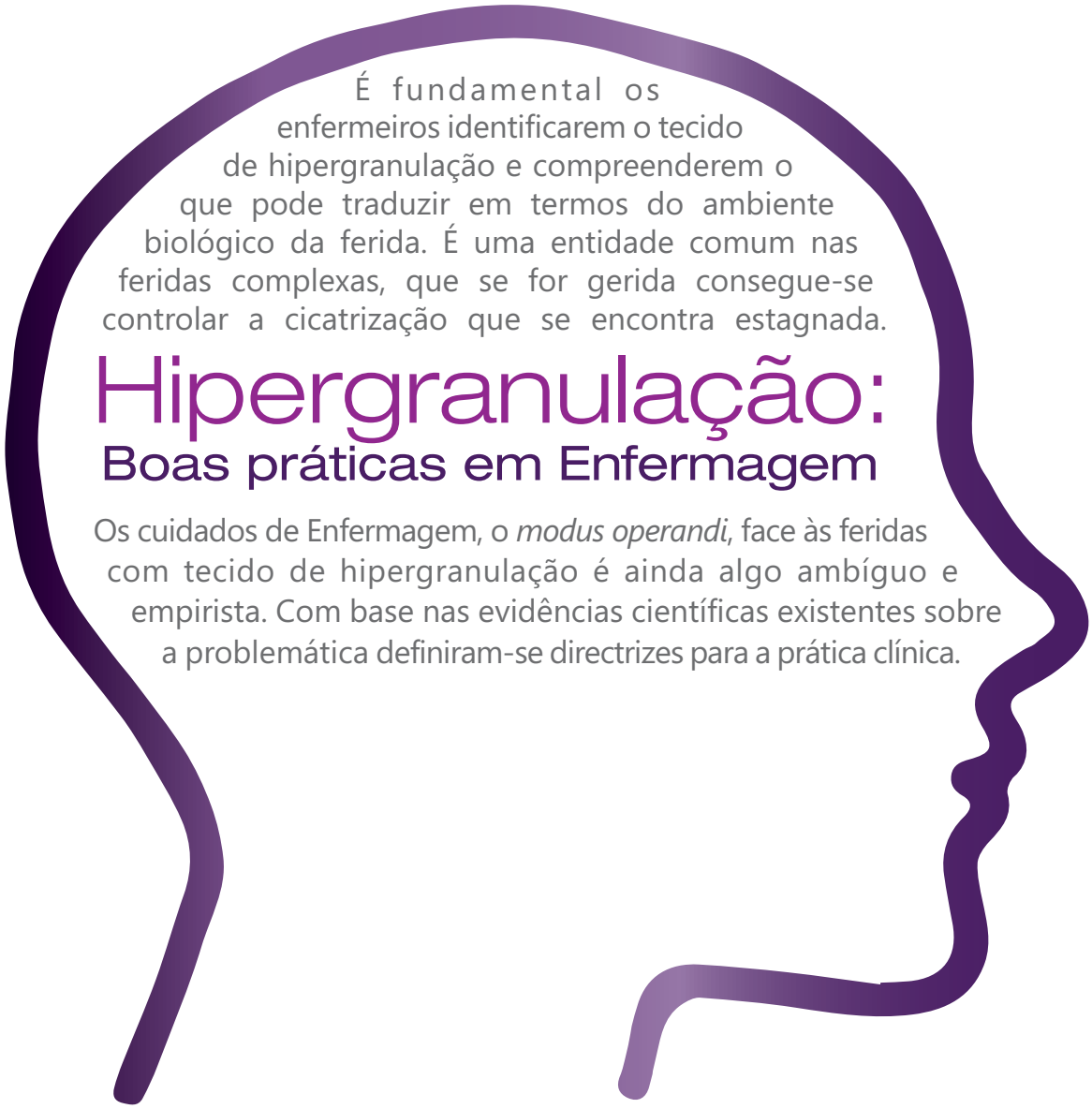
24-25 outubro

2.as Jornadas do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital de S. José - CHLC, EPE
Auditório Camões em Lisboa
Organizado pela ACE



24-26 outubro

Congresso "Doente crítico: cuidados de enfermagem especializados
Organizado pela Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, realiza-se no Funchal



É fundamental os enfermeiros identificarem o tecido de hipergranulação e compreenderem o que pode traduzir em termos do ambiente biológico da ferida. É uma entidade comum nas feridas complexas, que se for gerida consegue-se controlar a cicatrização que se encontra estagnada.

Hipergranulação:
Boas práticas em Enfermagem

Os cuidados de Enfermagem, o *modus operandi*, face às feridas com tecido de hipergranulação é ainda algo ambíguo e empirista. Com base nas evidências científicas existentes sobre a problemática definiram-se directrizes para a prática clínica.

RESUMO

Objectivo: É fundamental os enfermeiros identificarem o tecido de hipergranulação e compreenderem o que pode traduzir em termos do ambiente biológico da ferida. É uma entidade comum nas feridas complexas, que se for gerida consegue-se controlar a cicatrização que se encontra estagnada. Com esta Revisão Sistemática da Literatura apoiada num estudo de caso, identificaram-se as intervenções de Enfermagem para a gestão de feridas complexas com tecido de hipergranulação.

Metodologia: Foi efectuada uma pesquisa no motor de busca EBSCO, seleccionando bases de dados específicas e utilizados os descritores: "HYPERGRANULATION" or "OVERGRANULATION" or "HYPERTROPHIC GRANULATION" or "HYPERPLASIA OF GRANULATION TISSUE" and "WOUND" and "ASSESSMENT". Recorreu-se ao método PI(C)O e seleccionados um total de 13 artigos.

Conclusão: Os cuidados de Enfermagem, *o modus operandi*, face às feridas com tecido de hipergranulação é ainda algo ambíguo e empirista. Com base nas evidências científicas existentes sobre a problemática definiram-se directrizes para a prática clínica.

Palavras-chave: Hipergranulação, Cicatrização, Intervenções, Revisão da literatura, Estudo de caso.

INTRODUÇÃO

Na cicatrização de uma ferida, a formação do tecido de granulação, pode ocorrer de forma desorganizada e resultar na formação de um excesso de tecido de granulação, denominado de tecido de hipergranulação, que se forma para além do nível do leito da ferida, gerando tensão nos bordos, impedindo a migração das células epiteliais basais e consequentemente a cicatrização (Dunford, 1999; Vuolo, 2010 e McGrath, 2011).

Reúne como características: coloração vermelho escuro, pálido ou violáceo, edematoso, friável, que sangra facilmente de forma espontânea ou após a aplicação de uma ligeira pressão, com moderado a elevado exsudado, aparência macia para além da superfície da ferida (Boyle, 2007; Johnson, 2007; Moncrieff, 2009 e Vuolo, 2010).

A biopsia do tecido revela um aumento dos fibroblastos e células endoteliais, com uma estrutura similar ao tecido de granulação mas em excesso (Dunford, 1999 e Semchyshyn, 2009 em McGrath, 2011).

O tecido de hipergranulação normalmente não causa desconforto ou dor, contudo se não tratado, as terminações nervosas podem desenvolver-se (Boyle, 2007; Johnson, 2007; Moncrieff, 2009, Vuolo, 2010 e McGrath, 2011).

Este fenómeno pode surgir em todo o tipo de feridas, como afirma Boyle, (2007). Stephen-Haynes e Hampton

Elsa Menoita, Enfermeira coordenadora do Grupo de Trabalho de Úlceras de Pressão (CHLC - HCC) e do FERIDASAU; **Cláudia Gomes**, Enfermeira do CHLC - HCC, Pós-Graduada em Gestão de Feridas Crónicas: uma abordagem de boas práticas; **Vítor Santos**, Enfermeiro coordenador do FERIDASAU e do grupo de Formação em feridas do CHON; **Ana Santos**, Enfermeira do Centro Hospitalar do Oeste Norte e membro do grupo de Formação em feridas do CHON; **Carlos Testas**, Enfermeiro Especialista de Reabilitação do CHLC - HCC, licenciado em Psicologia Social e das Organizações; **Carmo Cordeiro**, Enfermeira especialista de Enfermagem de Reabilitação do CHLC - HCC.

BIO

> "A abordagem terapêutica, face às feridas com tecido de hipergranulação é dúbia, sustentada em sensações, suposições e prática individual."

(sd) acrescentam que este fenómeno está presente, frequentemente, em feridas com cicatrização por segunda intenção.

A presença de tecido de hipergranulação no leito da ferida pode atrasar o processo de cicatrização e levar ao desenvolvimento de uma ferida complexa. Entende-se por ferida complexa aquela que permanece estagnada em qualquer uma das fases do processo de cicatrização por um período de seis semanas ou mais (Collier, 2003 citado por Gouveia, 2003).

A abordagem terapêutica, face às feridas com tecido de hipergranulação é dúbia, sustentada em sensações, suposições e prática individual. Deste modo, é de extrema pertinência o conhecimento e o desenvolvimento de intervenções de Enfermagem para o seu controlo e cicatrização da ferida com base em evidências.

1. METODOLOGIA

Tendo por base a problemática da hipergranulação no tratamento de feridas, a presente revisão sistemática da literatura, teve como objectivo identificar com base na evidência científica disponível as intervenções de Enfermagem na gestão do tecido de hipergranulação em feridas complexas. Como ponto de partida, foi elaborada a seguinte questão de investigação em formato PI[C]O, "Em relação à Pessoa com tecido de hipergranulação no leito da ferida complexa *(Population)*, quais as intervenções terapêuticas *(Intervention),* que visam o seu controlo *(Outcome)*?" Foi consultado o motor de busca EBSCO, com acesso as bases de dados CINHAL *(Plus with Full Text)* e MEDLINE *(Plus with Full Tex)* bem como a base de dados electrónica Nursing Reference Center (NRC), com selecção de artigos em texto integral (18 de Janeiro de 2012), no período de tempo compreendido entre 2001 e 2011, com os seguintes descritores: "HYPERGRANULATION" or "OVERGRANULATION" or "HYPERTROPHIC GRANULATION" or "HYPERPLASIA OF GRANULATION TISSUE" and "WOUND" and "ASSESSMENT". Obteve-se um *corpos de análise* de 13 artigos, com base em critérios de inclusão, que privilegiaram os que focam a problemática delineada, com metodologia quantitativa e/ou qualitativa ou revisão sistemática da literatura. Relativamente aos critérios de exclusão, foram excluídos todos os artigos

Figura 1. Tecidos de hipergranulação

com metodologia pouco clara, sem co-relação com o objecto de estudo, repetidos e com data anterior a 2001 (Esquema n.º 1 - Esquematização da Metodologia). Considerou-se um período temporal de dez anos, de modo a beneficiar de uma maior abrangência face ao conhecimento existente sobre a matéria em análise.

A maioria dos artigos encontrados consiste em revisões de literatura por peritos na área do tratamento de feridas, algumas revisões sistemáticas de literatura e linhas orientadoras para a prática clínica, bem como alguns estudos quantitativos e qualitativos, com pequenas amostras não randomizadas. Assim, foi possível obter boas conclusões para a prática clínica dos profissionais que tratam este tipo de feridas complexas.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1 Fisiopatologia de Tecido de Hipergranulação

A fisiopatologia do tecido de hipergranulação é um desafio clínico. Desconhece-se com exactidão os mecanismos do seu desenvolvimento, mas existem mecanismos que contribuem de forma isolada ou

Figura 2 - Tecido de hipergranulação devido a um processo de inflamação prolongada (ponderar infecção).

simultânea, para a criação de tecido de granulação em excesso.

Segundo Hampton e Collins (2004), um leito da ferida preenchido com tecido de granulação e epitelização viáveis, o fenómeno de hipergranulação não ocorre. Todavia, Hampton (2007) adverte que, em feridas complexas o tecido de granulação pode apresentar um aspecto saudável, contudo, se a ferida não cicatriza, pode desenvolver-se posteriormente tecido de hipergranulação.

Dos artigos analisados, não se encontra consensualidade entre os seus autores, embora a maioria aponta como principais causas deste fenómeno: a inflamação prolongada; o ambiente oclusivo ou a malignidade tecidular (Stephen-Haynes e Hampton, sd).

2.2. Inflamação Prolongada

Segundo Stephen-Haynes e Hampton (sd) e Moore (2004), se ocorrer inflamação prolongada pode desenvolver-se hipergranulação. Quando há uma inflamação prolongada, há uma Elevada Actividade Proteolitica - EPA. Ao conjunto de proteases, que fomentam os processos catabólicos, danificando a matriz extra-celular e aprisionando os factores de crescimento, designam-se de metaloproteinases da matriz - MMPs). O tecido de hipergranualação traduz a senescência não só das células endoteliais vasculares, como, também, de fibroblastos residuais que existem e produzem de forma excessiva colagénio. Existem 4 causas de cronicidade: trauma recorrente (pode ser devido a pensos mais irritativos como os hidrocoloides), corpos estranhos (também pode ser dos hidrocoloides, como dos alginatos, entre outros), isquémia e/ou carga biológica elevada imposta pelas bactérias - *bioburden.*

Se a causa do desenvolvimento do tecido de hipergranulação se dever a infecção, é necessário proceder a um diagnóstico de infecção, que deve ter por base os sinais e sintomas do leito da ferida e área perilesional (Sibbal, Woo e Ayello, 2007). Cutting e Harding (1994) definiram oito critérios adicionais para identificar a presença de infecção em feridas com tecido de granulação: o atraso na cicatrização, tecido descolorado, friável e/ou sangrante, mau cheiro, deteorização da ferida *(wound breakdown)*, presença de dor, elevações na base da ferida *(pocketing)* e pontes de tecido de epitelização descolorado e frágil *(Bridging of the epithelium or soft tissue).*

2.3. Ambiente oclusivo

O desenvolvimento de tecido de hipergranulação pode estar associado, segundo os autores Collins et al (2002); Dunford (1999); Mancrieff (2009) e Vandeputte e Hoekstra (2006) à aplicação de pensos mais oclusivos, como os hidrocoloides, que pelo seu efeito de desbridamento autolítico produzem quantidades acrescidas de exsudado, que não sendo drenado eficazmente leva ao edema do tecido de granulação (Hampton, 2007; Johnson, 2009 e Vanderputte e Hoekstra, 2006).

2.4. Malignidade tecidular

O fenómeno da hipergranulação no leito da ferida pode estar presente numa ferida maligna, como tal, o diagnóstico diferencial torna-se essencial (Harket, 2003). Stephen-haynes e Hampton (sd) apontam alguns aspectos relacionados com a ferida maligna e a presença de tecido de hipergranulação como, a presença deste tecido durante muitos meses; a aparência de "cauliflower", tecido doloroso ao toque; tecido que se forma para além das margens da ferida e não responde aos tratamentos.

3. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

O tecido de hipergranulação constitui uma barreira à cicatrização, Com base no acrónimo TIME, o tecido de hipergranulação pode ser definido como um tecido inviável (T), que pode estar associado a uma fase inflamatória prolongada ou infecção (I), apresenta exsudado moderado a elevado (M) e a sua presença gera tensão nos bordos da ferida pelo que não avançam (E).

A presença deste fenómeno compromete a cicatrização, pelo que se torna impreterível traçar o plano de intervenção centrado numa intervenção holística da pessoa e dos problemas e eliminar as causas (Stephen-Haynes e Hampton, sd):

3.1. *Despistar* a entidade: Ferida Maligna

A presença de tecido de hipergranulação no leito da ferida pode indicar uma ferida maligna, como tal é necessário confirmar ou excluir este facto antes de iniciar qualquer tratamento. A realização de biopsia do tecido de hipergranulação pode ser um dos métodos (Harket, 2003).

3.2. Substituição dos pensos secundários

Deve-se proceder à substituição dos pensos secundários mais oclusivos, como os hidrocoloides por menos oclusivos (Jonhson, 2009), nomeadamente por espumas de poliuretano (Stephen-Haynes e Hampton, sd).

É fundamental, também, preservar a integridade tecidular e evitar o desbridamento mecânico, podendo-se recorrer a pensos menos traumáticos, como os que contêm silicone na sua estrutura ou que têm a tecnologia lipido-coloidal (TLC).

3.3. Controlo da Inflamação Prolongada/Infecção

Se a causa do fenómeno de hipergranulação for inflamação prolongada, é fundamental considerar-se todas as causas de cronicidade (corpos estranhos, isquémia, bioburden elevado, trauma recorrente) que podem estar presentes e minimizar ou eliminá-las (Stephen-Haynes e Hampton, sd).

Se a causa da inflamação prolongada for a presença de infecção existem directrizes para o seu controlo. Se a infecção local for do compartimento superficial (atraso no processo de cicatrização, aumento do odor, dor e exsudado), o tratamento deve ser baseado apenas na aplicação de antimicrobianos tópicos. Contudo, se a infecção for do compartimento profundo (edema, dor, temperatura aumentada, tecido perilesional afectado) dever-se-á associar aos antimicrobianos tópicos a antibioterapia sistémica de largo espectro. Para além disso, só se associa antibioterapia na infecção local do compartimento superficial se após a aplicação de antimicrobianos tópicos durante 2-4 semanas e não houver evolução alguma.

Alguns dos antimicrobianos tópicos que podem ser usados são: a prata (ag), o iodo, o mel e o polihexametileno biguanida (PHMB).

A propósito, apresentamos, de modo sumário, um estudo de caso realizado com a aplicação de PHMB em solução e gel no leito de ferida com tecido de hipergranulação esbranquiçado.

A Sra. J. deu entrada num serviço de ortopedia por gonartrose, para colocação de Prótese Total do Joelho, sendo independente nas suas AVDs. No 2.º dia de pós-operatório: apresentava quadro de prostração, pouco reactiva a estímulos externos, não cumpria ordens, tendo sido chamada a medicina interna. Como hipóteses diagnosticas: Leucoencefolopatia microangiopática e IRA grave. Após cerca de 3 semanas, doente estava estabilizada analiticamente, e, apresentava-se consciente, com orientação alopsíquica e autopsíquica, atenção selectiva deficiente e hemiplegia à direita (em programa de fisioterapia e reabilitação por parte dos enfermeiros de reabilitação). Apresentava uma úlcera de pressão (UP) de categoria IV, com tecido de hipergranulação pálido, com tecido desvitalizado e necrosado, com loca e *sinus tractus* - tunelização - às 12 horas com cerca 10 cm. Foram realizados 2 desbridamentos cirúrgicos (em BO), formando continuamente carga necrótica. Foi realizado um esfregaço de zaragatoa por indicação médica revelando presença de acianotobacter. Iniciou-se antiobioterapia e a doente ficou em isolamento de contacto. Começou-se tratamento com polihexametileno de biguanida - PHMB - em solução (irrigação + aplicação de compressas irrigadas com PHMB por 10 minutos) e gel com PHMB + espuma de poliuretano + pelicula polimérica na pele perilesional, com claras melhorias. Após 2 meses de tratamento, a ferida apresentava tecido conjuntivo vermelho saudável, tendo perdido profundidade, como, também, se desenvolveu na zona do *sinus tractus,* tendo este desaparecido. Apresentava epitelização nos bordos. Ficou sem sinais de infecção local do compartimento superficial e profundo. Com a

PHMB

Polihexametileno de Biguanida

Polihexanida

Solução (com Bataíne)

Gel (com Bataíne)

Espumas de Poliuretano

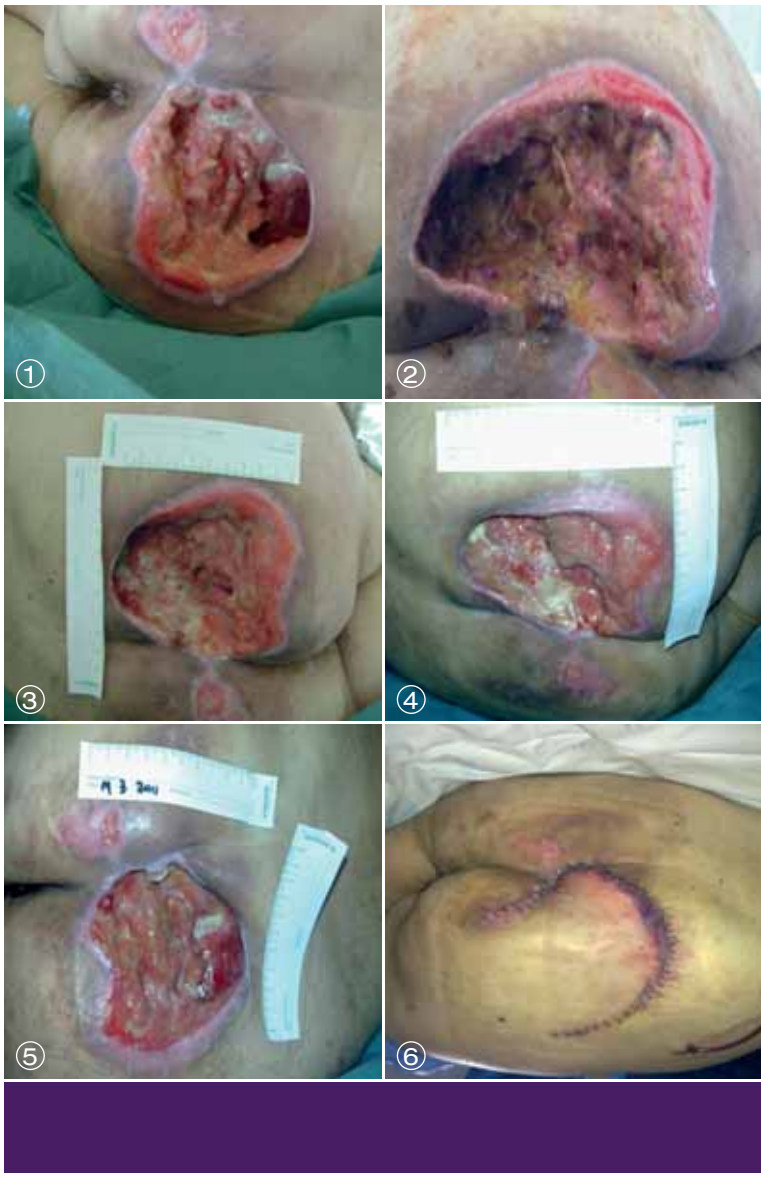


Figura 3 - Estudo de caso com PHMB

Figura 4 - **Estudo de caso:** Tratamento com aplicação de pressão através de espuma de poliuretano.

> "É fundamental os profissionais de saúde reconheceram as opções terapêuticas mais seguras e eficientes na abordagem de uma ferida com tecido de hipergranulação."

preparação do leito da ferida, este encontrava-se em condições para retalho miocutâneo por rotação.

Se a causa não for infecção ou colonização crítica e a ferida continua *estagnada* e com tecido de hipergranulação, uma opção de tratamento pode ser a aplicação de produtos que retenham as MMPs ou as inactivem. Existe no mercado várias opções como os **pensos com colagénio**, em pó ou ainda associados à celulose regenerada oxidada (CRO); a **pomada moduladora da actividade das proteinases**, com polímeros Polietilenoglicol e Polaxamero, em que torna o ambiente inóspito para a sua bioactividade, por acidificação do meio; o **Mel**, também, por acidificação, pois tem um pH que varia entre 3,5 e 4; e **pensos com poliacrilato**, em que as partículas do SAP (super absorvente poliacrilato) se ligam por afinidade proteica e retêm as MMP.

O desbridamento cortante é também apontado como um método eficaz para a remoção de tecido não viável. Como o tecido de hipergranulação é bem vascularizado há uma tendência para a hemorragia, o que pode dissuadir os profissionais de o realizarem. Vuolo (2019) considera que esta opção de tratamento faz com que se retorne à fase inflamatória da cicatrização. Opta-se por diversas vezes pelo desbridamento cirúrgico (Stephen-Haynes e Hampton, sd), com remoção de uma margem do tecido viável em bloco operatório.

Vários autores, como Boyle (2007), acrescentam que se deve aplicar uma ligeira pressão na fixação do penso, força a saída de fluido e consequente redução do edema, com "flattening" da área (McGrath, 2011). Harris e Rolstad (1994) realizaram um ensaio clínico sobre a aplicação de espumas de poliuretano no tratamento em dez pessoas com o total de doze feridas com tecido de hipergranulação e os resultados demonstraram uma diminuição significativa (menos 2 milímetros de altura) do tecido de hipergranulação após duas semanas, pelo que concluíram que a pressão do apósito sobre o tecido de hipergranulação reduz o edema (Johnson, 2009).

Concomitantemente, foram obtidos resultados muito semelhantes após a realização de um estudo de caso aplicando pressão na fixação de espuma de poliuretano no tratamento de tecido de hipergranulação (figura nº4).

Contudo, esta técnica não reúne consenso entre os autores (Stephen-Haynes e Hampton, sd).

Outras opções de tratamento descritas com grande recorrência são a aplicação de nitrato de prata e de corticóides tópicos, contudo podem, efectivamente, retardar o processo de cicatrização (Moncrieff, 2009).

Nitrato de prata

O nitrato de prata é um produto cáustico e um forte agente oxidante, quando activado oxida a matéria orgânica e destrói as bactérias. No entanto, Vuolo (2010) e Yuong (1995) apontam vários efeitos secundários por toxicidade, como o fenómeno de arginismo, hiponatremia, hipocaliemia e hipocalcemia. Moncrieff (2009) acrescenta, ainda, que, a sua acção no leito da ferida resulta frequentemente em isquémia tecidular, acabando por se tornar um ambiente propício à proliferação bacteriana, prolongando a fase inflamatória, sendo por isso frequente o reaparecimento do tecido de hipergranulação.

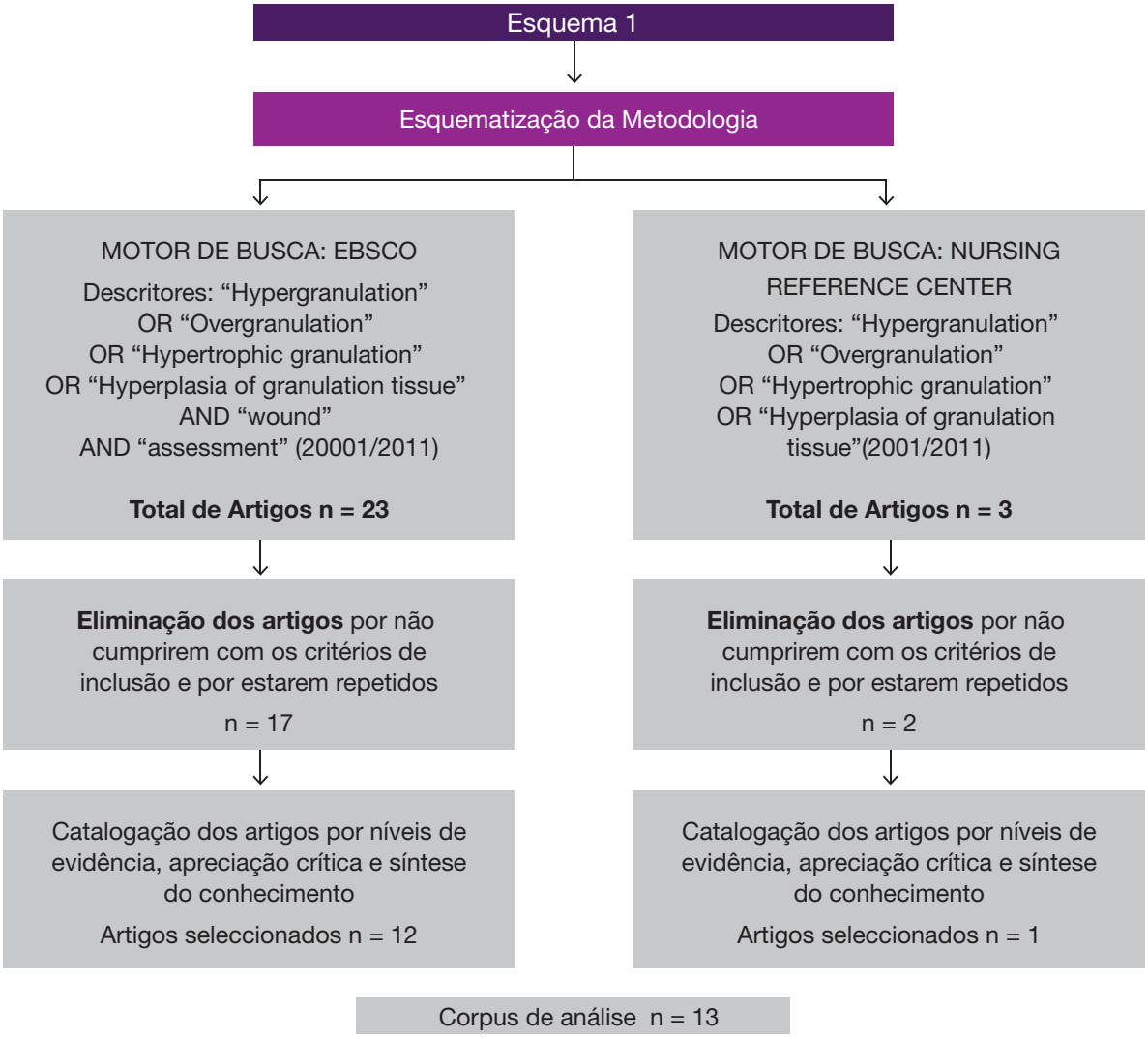
Corticóides tópicos

Alguns autores advogam o uso de corticóides tópicos para minimizar o processo inflamatório (Carter, 2007; Cooper; 2007 citados por Stephen-Haynes e Hampton, s.d). Contudo, está documentado que os corticóides tópicos inibem a proliferação dos fibroblastos, e consequentemente a síntese de colagénio, tornando a matriz deficiente (Kloth, 1990; Sussman, 2007; Young, 1995). Para além do facto que, podem desenvolver toxicidade local ou sistémica, especialmente aquando do seu uso prolongado (Johnson, 2009 e Voulo, 2010). Para Moncrieff (2009), este método de tratamento raramente é bem-sucedido.

4. Conclusão

A abordagem terapêutica deste fenómeno é pautada por controvérsias e empirismo. Denota-se na literatura científica falta de consentaneidade entre os diferentes autores relativamente aos conceitos, aos processos fisiopatológicos e às diferentes abordagens.

É fundamental os profissionais de saúde reconheceram as opções terapêuticas mais seguras e eficientes na abordagem de uma ferida com tecido de hipergranulação. Reconhecemos a importância do incremento de estudos sobre a abordagem do tecido de hipergranulação no leito de feridas complexas.



BIBLIOGRAFIA

1 BOYLE, Jenn (2007) – Wound Management Manual. Wound Care Committe TairaWhiti District Health.

2 BORKOWSKI, Suzanne – G tube care: Managing hypergranulation tissue. Nursing2005. Vol. 35, nº 8 (2005).

3 CARVILLE, Keryln – Which dressing should use? Reprinted from Australian Family Physician Vol. 35, nº 7(Julho de 2006) p.486-489.

4 CUTTING, K.F. e HARDING, Cardiff – Criteria for identifying wound infection Journal of Wound Care June. Vol 3, nº4 (1994) p.198-201.

5 DEALEY, C (2007) The Care of Wounds: a guide for nurses 3rd edition. Wiley-Blackwell, Oxford.

6 DUNFORD, C – Hypergranulation Tissue, Journal of Wound Care, November, Vol 8, nº 10 (1999) p.506-507.

7 ENOCH, S. e PRICE, P (2004) - Cellular, molecular and biochemical differences in the pathophysiology of healing between acute wounds, chronic wounds and wounds in the aged. Disponível em www.worldwidewounds

8 FALANGA, V – The Chronic wound: Impaired healing and solutions in the context of wound bed preparation. Blood cell, molecules and Diseases. Vol32, nº1 (2004), p.88-94.

9 GILLIVER, S. (2009) - PHMB: a well-tolerated antiseptic with no reported toxic effects. In: journal of wound care /ACTIVA healthca re supplement.

10 GOUVEIA, João – Preparação do leito da ferida: Porquê? Para quê? GAIF (Dezembro de 2003) [Acedido a 12/12/2010]. Disponível em: http://www.scribd.com/doc/20059125/Prep-Leitoferida

11 HAMPTON, Sylvie – Understanding overgranulation in tissue viability practice. Wound Care. (Setembro 2007), p.S24 –S30.

12 HAMPTON, Sylve e COLLINS Fiona (2004) – Tissue Viability. Londres: Whurr Publishers. ISBN: 1861562373.

13 HANLON M, – Treatment of a Nonhealing Wound With Hypergranulation Tissue and Rolled Edges. JWOCN, November, Vol. 29, No 6,(2002) p.320-324.

14 HARRIS A e ROLSTAD b – Hypergranulation tissue: A non-traumatic method of management. Ostomy/wound Management, Vol 40, No.5 (June 1994).

15 HARKET, Judy – Problem Solving [Acedido em: 12/12/2010] Disponível em: http://cms2.selesti.com/media/Problem_Solving.pdf

16 JIE Li et al – Pathophysiology of acute wound healing. In: Clinics in Dermatology. Miami. Vol.25. (2007), p.9-18.

17 JOHNSON, S – Haelan Tape for the treatment of overgranulation tissue. Wounds UK. Vol. 3, nº3 (2007). p.70-74. JOHNSON, Sue – Overcoming the problem overgranulation in wound care. Wound Care (Junho 2009), p.S6 – S12.

18 JONES et al (2006) – Cicatrização de feridas agudas e crónicas. In: BARANOSKI & AYELLO. – O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios básicos. Loures: Lusodidacta.

19 KANE DP (2007) - Chronic wound healing and chronic wound management. In: Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals. 4th ed. Malvern, PA: HMP Communications. P.11-23.

20 KLOTH LE (1990) – Wound Healing Alternatives in Management. FA Davies, Philedelphia

21 LLOYD-JONES, M (2006) –Treating Overgranulation with a silver hydrofibre dressing. Wound Essentials 1: 116–8

22 LORENTZEN, Henrik e GOTTRUP, Finn – Clinical assessmente of infection in nonhealing ulcers analyzed by latent class analysis. Wound Repair and Regeneration. Vol.14, (2006), p. 350-353.

23 MCGRATH, Alison – Overcoming the challenge of overgranulation. Clinical Review. Vol.7. No.1 (2011)p.42-49

24 MENDONÇA, Ricardo e COUTINHO-NETTO, Joaquim – Aspectos Celulares da Cicatrização. An Bras Dermatol. Vol.83, nº3 (2009), p.257-262.

25 MENOITA, Elsa – Ferida Crónica: modulação da actividade das proteinases. Sinais Vitais. Coimbra, nº 82 (Janeiro de 2009).

26 MOFFATT, CJ – Preparação do leito da ferida na prática. Documento de Orientação EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION. Traduzido por João Gouveia. [s.d], p.1

27 MONCRIEFF, Margie – It´s time to manage hypergranulation. Newsletter of the South Australian Wound Management Association Inc. nº 69 (Outubro de 2009).

28 NGUYEN et al (1999) – Argyremia in septal cauterization with silver nitrate.In: J Otolaryngol Vol. 28, nº4, p. 211–6

29 ROLLINS, H (2010) – Hypergranulation tissue at gastrostomy site. In: Wound Can- 9(3). p.127-9

30 STEPHEN-HAYNES, Jackie e HAMPTON Sylvie – Achieving effective outcomes in patients with overgranulation. Wound Care Alliance UK (sd), p.1-10.

31 SUSSMAN G, – The impact of medicines on wound healing". Pharmacist Vol 26, No 11, (Novembro 2007).

32 SUSSMAN C E BATES-JENSEN B (2006) – Wound Care: A collaborative practice manual for health professionals. Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia

33 VUOLO, Julie – Hypergranulation: exploring possible management options. British Journal of Nursing. Vol19, nº6 (2010), p.S4-S8.

34 VANDEPUTTE, Jan e HOEKSTRA, Hans – Observed Hypergranulation May Be Related to Oedema of Granulation Tissue (2006).

35 WHITE R, CUTTING K (2006) – Modern exudate management: a review of wound treatments. World Wide Wounds (setembro de 2006).

36 YOUNG, Trudie – Common problems in Wound Care: overgranulation. British Journal of Nursing. Vol 4. nº3 (1999), p.169-170.

Vigilância Epidemiológica de Infeção do Local Cirúrgico

Pós Alta Hospitalar em Cirurgia de Ambulatório

RESUMO

A Infeção do Local Cirúrgico (ILC) é referida em vários estudos como a mais importante causa de complicações pós-operatórias no utente cirúrgico. A realização de um maior número de cirurgias em ambulatório poderá dificultar o processo de monitorização da ILC, fazendo com que os serviços que não possuam um eficaz programa de vigilância destas infeções, tenham taxas de infeção sub- notificadas.

Neste contexto, e durante a frequência do Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, realizou-se um estágio na Comissão de Controle de Infeção (CCI) do Hospital Santo António dos Capuchos, durante o qual foi desenvolvido um projeto com o objectivo de: "planear um sistema de monitorização da infeção do local cirúrgico após alta hospitalar em cirurgia de ambulatório".

Neste projeto a monitorização das ILC é realizada pelos enfermeiros da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, com a colaboração de um cirurgião de referência.

A monitorização inclui três fases, sendo que na primeira realiza-se uma colheita de dados no processo dos utentes e na segunda fase é feita uma avaliação/triagem de sinais e sintomas de ILC, através de um contacto telefónico com os utentes ao 7.º e 30.º dia de pós-operatório e ao 365.º dia nas cirurgias em que tenha sido feita colocação de prótese. Na terceira fase faz-se uma análise e discussão dos dados. Sempre que se considerar necessário é feita observação direta do local cirúrgico. Para a recolha de dados foram construídas quatro grelhas com indicadores.

No período de 10 de Novembro a 17 Dez de 2011 foram monitorizados 19 utentes, entre os quais 2 desenvolveram sinais e sintomas compatíveis com ILC, com necessidade de se iniciar antibioterapia.

Tendo em conta os quatro princípios básicos da profilaxia de infeções do local cirúrgico e pelo confronto com a informação que foi possível aferir ao longo da elaboração do projeto, considerou-se fundamental discutir com a equipa algumas sugestões de melhoria nos cuidados prestados, bem como a discussão de medidas para a implementação de um efetivo "Programa de VE de ILC numa UCA".

Palavras passe: Infeção do Local Cirúrgico; Vigilância Epidemiológica; Cirurgia de Ambulatório.

NOTA INTRODUTÓRIA

Os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDCs) dão a conhecer que 14% a 16% das infeções hospitalares são atribuídas à infeção do local cirúrgico, facto que adiciona elevados custos relativos aos cuidados de saúde, devido a complicações decorrentes das mesmas e que contribuem para um aumento médio do período de internamento[1,2].

Um efetivo programa de vigilância pode reduzir as taxas de infeção do local cirúrgico em 30% a 40%. No entanto, para que este programa seja eficaz deve conhecer-se a real incidência destas infeções e os fatores de risco associados[3].

Nos anos setenta, nos EUA, foi criada uma rede nacional de Vigilância Epidemiológica (VE), a *National Nosocomial Infection Study* (NNIS), e nos anos oitenta, na Europa, foram criadas diversas redes de VE que foram posteriormente agregadas no projeto HELICS *(Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance)*[4].

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), aprovado através do Despacho n.º 14 178/2007, inclui a Vigilância Epidemiológica (VE) do local cirúrgico, através do HELICS - Cirurgia adaptado do protocolo Europeu HELICS. Este protocolo tem como objetivo: estabelecer um sistema de consulta e uma colaboração e coordenação entre redes nacionais/regionais de VE existentes ou a criar, a fim de obter um nível de base de comparação de resultados locais e identificar factores de risco possíveis de intervenção e melhoria[5].

Verifica-se uma tendência mundial em reduzir a permanência dos doentes a nível hospitalar e consequentemente a realização de um maior número de cirurgias de várias especialidades em ambulatório. Este facto dificulta o processo de monitorização da infeção do local cirúrgico, uma vez que 12% a 84% destas infecções manifestam-se após a alta hospitalar[6].

Os utentes operados em regime de ambulatório são por definição utentes submetidos a uma "… intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia"[7].

O regime de admissão e alta do utente no mesmo dia, apesar de positiva pela menor exposição ao ambiente hospitalar e todos os riscos inerentes ao mesmo, dificulta a vigilância de sinais e sintomas de infeção, impedindo que esta ocorra de forma plena, fazendo com que os serviços que não possuam vigilância pós-alta, tenham taxas de infeção sub-notificadas[8,9].

No contexto da frequência do Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, realizou-se um estágio na Comissão de Controle de Infeção (CCI) do Hospital Santo António dos Capuchos. Durante a realização deste estágio e tendo em conta a experiência na área da cirurgia geral num serviço com internamento e atualmente como enfermeira numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório, elaborou-se um projeto intitulado: "Vigilância Epidemiológica de Infeção do Local Cirúrgico pós alta hospitalar, em Cirurgia de Ambulatório".

Tendo em conta o âmbito académico em que o projeto foi desenvolvido, optou-se por limitar a aplicação do pré-teste ao "sistema de monitorização" a um total de 19 utentes da UCA 2, no período de 10 de Novembro a 17 de Dezembro de 2011.

Assim, este projeto tem como **Objectivos**:

- **Geral:**
  - Planear um sistema de monitorização da ILC após alta hospitalar em cirurgia de ambulatório
- **Específicos:**
  - Desenvolver um instrumento de recolha de dados;
  - Determinar a aplicabilidade do sistema de monitorização.

METÓDOS

No planeamento deste sistema de monitorização foi importante definir os critérios para inclusão da população, bem como os tipos de cirurgias a incluir numa fase inicial do mesmo.

Critérios de Inclusão da População

Os critérios de inclusão da população definidos são coincidentes com os critérios para a seleção de utentes para cirurgia de ambulatório[10].

- Utentes submetidos a Cirurgia programada na UCA;
- Iade superior a 16 anos;
- Capacidade de se expressar corretamente e/ou com um acompanhante adulto, com capacidade para se expressar sem dificuldade;
- Submetido a cirurgias com um tempo anestésico/cirúrgico de duração inferior a 120 minutos;
- Utente com acesso a um telefone;
- Classificados como ASA I/ II e III (avaliados rigorosamente e estabilizados, antes da intervenção).

Maria das Neves Nerantzoulis Dinis, Enfermeira na UCA 2 do HSAC do CHLC – Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica; *Orientação:* **Georgeana Marques da Gama** Professora no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; **Ana Geada**, Enfermeira da Comissão de Controlo de Infeção do CHLC – do pólo HSAC; **Ana Luísa Pedro**, Enfermeira da Comissão de Controlo de Infeção do CHLC – do pólo HSAC.

BIO

Critérios de Inclusão do Tipo de Cirurgia

O tipo de cirurgias incluídas para a monitorização foram:

- Cirurgia Varizes MI
- Herniorrafia da parede Abdominal
- Hernioplastia parede Abdominal com Prótese
- Cirurgia da Mama
- Cirurgia Laparoscópica

A seleção destas cirurgias teve por base o fato de serem as mais frequentemente realizadas na UCA 2, bem como tendo um maior tempo cirúrgico. Relativamente à inclusão das cirurgias laparoscópicas (7.ª cirurgia mais realizada), prendeu-se com a constatação de que os procedimentos laparoscópicos são cada vez mais associados a taxas reduzidas de infeção do local cirúrgico, parecendo importante perceber que taxas de infeção existem associadas à realização deste tipo de procedimento[11].

Instrumento de Recolha de Dados

Para a recolha de dados foram construídas quatro grelhas com base no documento do PNCI: "Protocolo HELICS – Vigilância Epidemiológica da Infeção Cirúrgica" e nas "Recomendações para prevenção da Infecção do Local Cirúrgico" (2004). Nas grelhas utilizadas para a avaliação de ILC, constam um conjunto de sinais e sintomas que o utente poderá referir ou apresentar a nível do local cirúrgico, tais como hiperémia, bordos não coaptados, presença de exsudado, dor, calor, edema, hematoma e febre, que são coincidentes com os definidos no "formulário" do protocolo HELICS. De acordo com o número e o tipo de sinais e sintomas presentes, será definida a existência de infeção e o seu tipo.

> "A Infeção do Local Cirúrgico (ILC) é referida em vários estudos como a mais importante causa de complicações pós-operatórias no utente cirúrgico."

Para o planeamento do "sistema de monitorização" de infeção do local cirúrgico, com vista à sua posterior implementação, foi fundamental determinar a aplicabilidade do mesmo através de um teste aos instrumentos de recolha de dados, relativos a sinais e sintomas de infeção. Antes da sua aplicação foi feita uma avaliação do seu conteúdo por peritos na área de infeção hospitalar, integrados na Comissão de Controle de Infeção do CHLC. Das sugestões que fizeram foi elaborado o primeiro instrumento aplicado.

À medida que foram efetuados contatos telefónicos com os utentes, foi necessário realizar mudanças no instrumento de recolha de dados, tendo sido removidos alguns indicadores e adicionados outros que pareceram pertinentes, tais como o tipo de anestesia, hora de início da cirurgia e hora de administração de antibiótico.

Foi então realizado um pré-teste ao sistema de monitorização a um total de 19 utentes submetidos a intervenção cirúrgica na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, tendo sido feito um pedido verbal de consentimento aos utentes para serem contatados após sete dias e um mês depois da alta hospitalar, para além do contato já realizado às 24 horas.

Recursos de Monitorização

A realização desta monitorização será realizada pelos enfermeiros da UCA, contando com a colaboração do cirurgião de referência do projeto.

Para esta vigilância, dever-se-á recorrer à consulta de informação no processo dos utentes e ao contacto telefónico com os mesmos, e sempre que se considerar necessário será feita observação direta do local cirúrgico.

A escolha do recurso telefónico para a recolha de dados, tem por base a sua utilização habitual na realização do *follow up* das 24 horas de pós-operatório aos utentes.

Foi elaborada uma base de dados em Excel onde se registaram os dados recolhidos, permitindo uma melhor organização, visualização e análise dos mesmos.

Etapas de Monitorização

A **primeira fase** da VE, que coincide com o dia da cirurgia, consiste numa consulta de processos dos utentes para recolha de informação sobre:

- Caracterização demográfica;
- Tipo de cirurgia;
- Classe de Contaminação da Ferida;
- Classificação do índice de risco anestésico ASA (American Society of Anaesthesiology)
- Administração de antibióticos profiláticos (tipo/hora administração)
- Duração da cirurgia

Na **segunda fase** - Após a Alta Hospitalar

A recolha de dados, nesta fase, pretende o despiste de sinais e sintomas de infecção do local cirúrgico ao 7.º dia e 30.º dia após intervenção e, nas situações em que

se verifique colocação de uma prótese, deverá ocorrer um contacto após 365 dias. A seleção dos dias fixados para a VE da ILC têm por base as definidas pelo sistema NNIS do CDC[12].

Na **terceira fase** - Deverão ser introduzidas as informações recolhidas na base de dados para posterior análise, discussão, apresentação e redefinição de atuação.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Do pré-teste realizado ao instrumento de recolha de dados aos dezanove utentes, foi possível aferir dados que parecem importantes partilhar e discutir.

Relativamente à idade dos utentes, varia entre os 20 anos e os 82 anos, sendo que a faixa etária dos 41 anos aos 50 anos é a mais frequente e maioritariamente do sexo masculino com 58%.

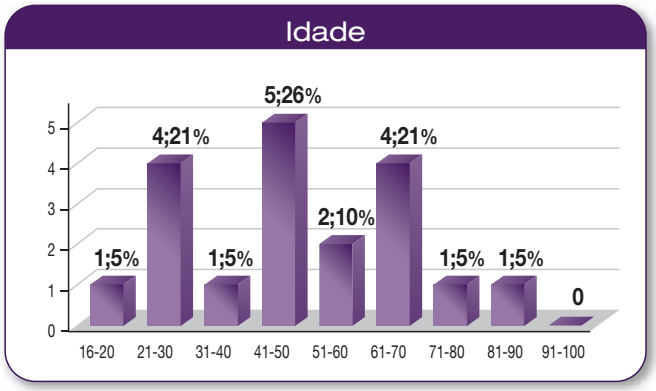


Gráfico 1: Idade

Os 19 utentes foram submetidos às seguintes cirurgias:

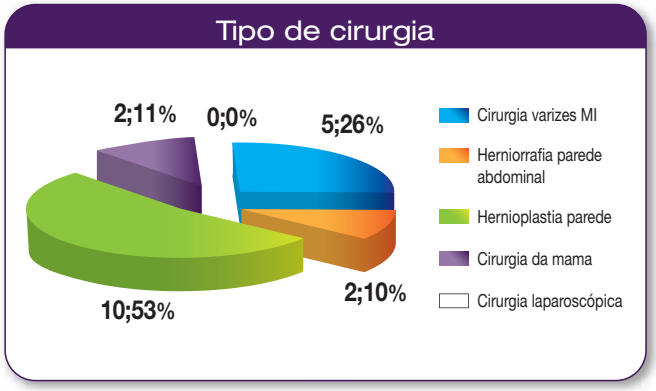


Gráfico 2: lipo de cirurgia

Apesar das cirurgias laparoscópicas fazerem parte das selecionadas para a monitorização, no período decorrido para a recolha de dados, não se verificou nenhuma cirurgia por esta abordagem.

O tipo de anestesia mais realizada foi a anestesia geral, em 74% dos utentes, seguindo-se a Raqui-anestesia, em 21% dos utentes.

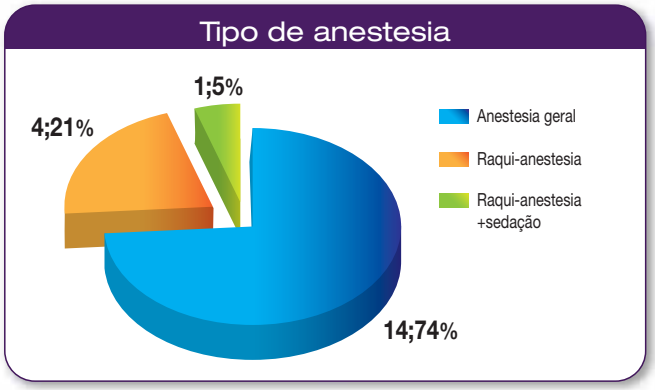


Gráfico 3: Tipo de anestesia

Quanto à duração da cirurgia, (n=36%) das cirurgias tiveram uma duração entre 61m a 90m, seguindo-se (n=26%) com uma duração de 31 a 60m; o índice de classificação de risco anestésico ASA II foi o que abrangeu a maioria dos doentes com um (n=78%), seguindo-se ASA I com (n= 15%). Estas percentagens parecem estar de acordo com os dados apresentados no "I Fórum de infeções do local cirúrgico" que decorreu em Outubro de 2009, e que vão de encontro ao que se preconiza como critérios para cirurgia de ambulatório, com cirurgias com uma duração inferior a 120 minutos e utentes essencialmente ASA I e II.

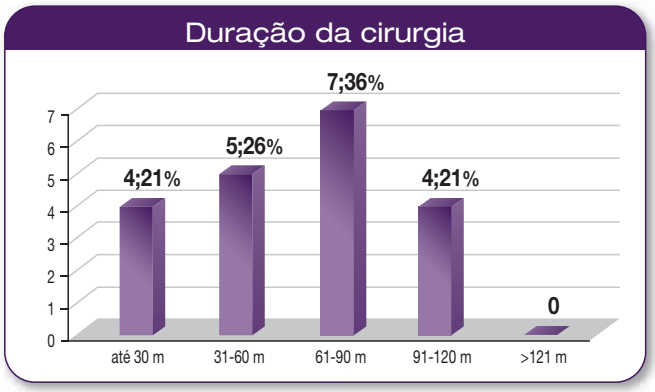


Gráfico 4: Duração da cirurgia

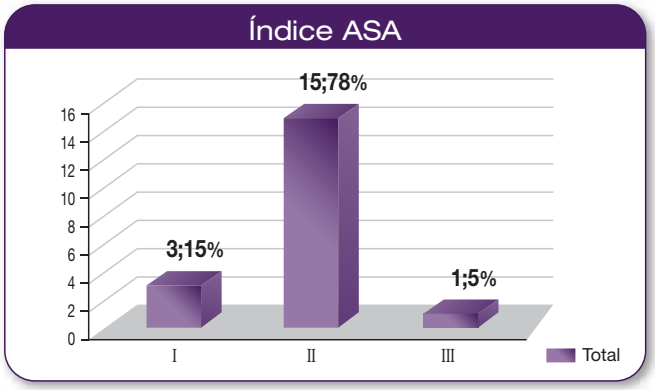


Gráfico 5: Índice ASA

Relativamente à administração de antibiótico profilático, verificou-se que a maioria dos utentes foi submetida a administração de antibiótico (n= 78%). O antibiótico administrado foi a cefazolina. Quanto à hora de administração, constatou-se que em 8 utentes o antibiótico foi administrado 4,5 minutos antes do início da cirurgia e em 8 utentes o antibiótico foi administrado 5 minutos depois do início da cirurgia.

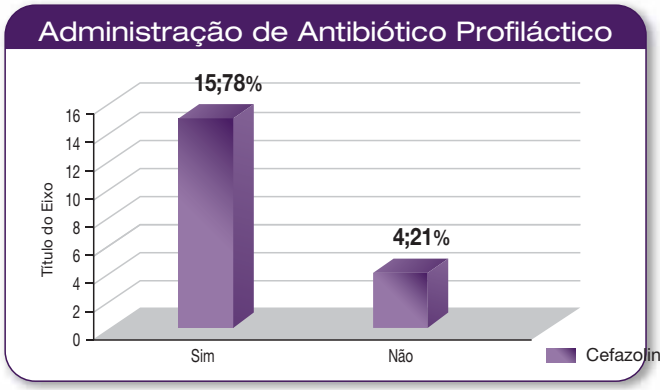


Gráfico 6: Administração de antibiótico profiláctico

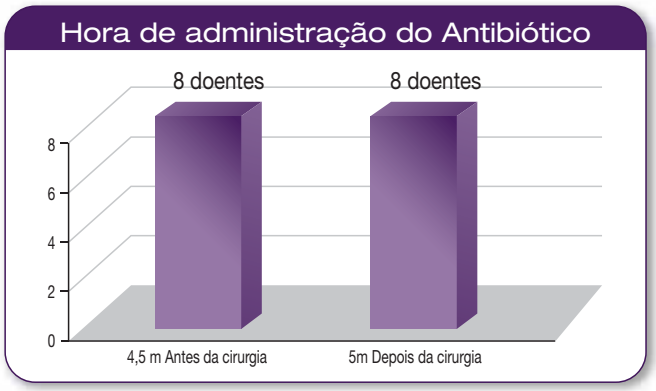


Gráfico 7: Hora de administração de antibiótico

Relativamente à administração de profilaxia antibiótica, e de acordo com o que é preconizado na circular informativa n.º 001 de 05 de Janeiro de 2007, a hora de administração do antibiótico deverá ocorrer " …15 a 30 minutos antes da intervenção cirúrgica, devendo estabelecer-se como regra a administração na indução anestésica". Constatou-se que em 8 doentes o antibiótico foi administrado após o início da cirurgia (média de tempo = 5m) e em 8 doentes foi administrado antes do início da cirurgia (média de tempo de 4,5m). Esta situação parece ser coincidente com outras realidades hospitalares, tal como descrito numa estudo que incluiu 44 hospitais de Nova Iorque, demonstrando que foram utilizados 44 diferentes antimicrobianos na profilaxia pré-operatória e, apesar da profilaxia ter sido utilizada em 81-94% dos pacientes, 27-54% foram administradas no período incorreto[13].

Em quatro utentes não foi feita administração antibiótica, cumprindo-se as diretrizes da circular referida.

Relativamente à classificação da ferida cirúrgica, na maioria dos utentes (n = 84%) a ferida foi classificada como limpa. Em 3 utentes (n = 16%) não constava classificação da ferida cirúrgica.

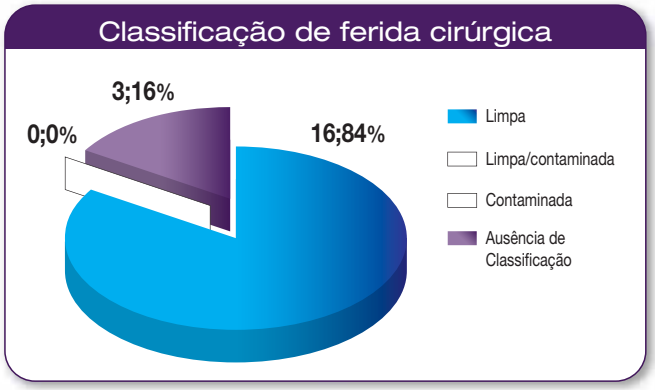


Gráfico 8: Classificação de ferida cirúrgica

Ao 7.º e ao 30.º dia, através de contactos telefónicos com os utentes, foi realizado o despiste de sinais e sintomas de Infecção do Local Cirúrgico, tendo sido identificados dois doentes que desenvolveram sinais e sintomas, com necessidade de realização de pensos diários e início de antibioterapia. Num dos utentes os sinais e sintomas de infeção foram despistados através do contato ao 7.º dia e no outro utente através do contacto ao 30.º dia.

A dor e hiperemia na ferida cirúrgica foram os sinais e sintomas mais referidos pelos utentes, quer na avaliação do 7.º dia, quer na avaliação do 30.º dia, parecendo coincidentes com sinais e sintomas inflamatórios inerentes ao processo de cicatrização de uma ferida cirúrgica.

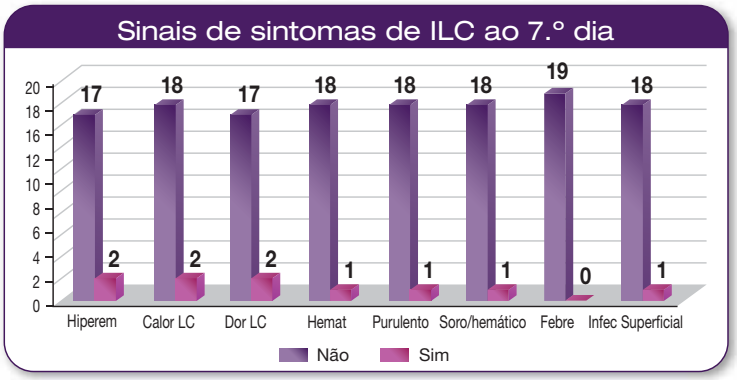


Gráfico 9: Sinais de sintomas de ILC ao 7.º dia

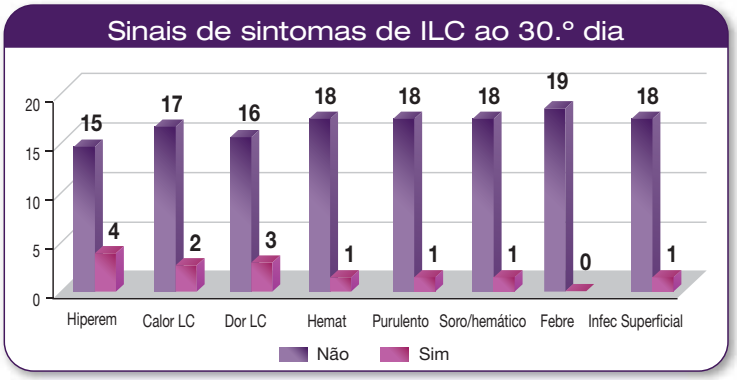


Gráfico 10 Sinais de sintomas de ILC ao 30.º dia

Ficou definido que na existência de sinais e sintomas de ILC e na impossibilidade do utente ser observado pelo cirurgião que o operou, esta observação ficará a cargo do cirurgião de referência para este projeto.

Esta monitorização permitiu a identificação de outras complicações decorrentes da intervenção cirúrgica, tal como a existência de um hematoma da ferida operatória num dos utentes, tendo sido feita drenagem pelo cirurgião e colocação de um dreno.

Dificuldades no processo de monitorização

Ao longo da recolha de dados surgiram alguns constrangimentos, tais como a dificuldade em aceder a informação por ausência de registos. Exemplo desta dificuldade passa pela ausência de classificação da ferida cirúrgica (n=3), a cargo do cirurgião. Optou-se por assinalar estes casos, dando conhecimento ao coordenador da unidade e enfermeiros do bloco operatório, reforçando a importância do conhecimento desta classificação para o estudo das infeções do local cirúrgico.

> “Trata-se de uma nova era catalogada de tempos inovadores, onde estar perto do utente e promover a reorganização do trabalho com uma maior implicação dos trabalhadores na prática da equipa, representam o ideal de excelência de qualquer unidade de produção de cuidados na saúde.”

Para além do despiste de sinais e sintomas de infeção, ao longo da recolha de dados foi possível percecionar a existência de outros aspectos que carecem de uma intervenção pelos elementos da equipa. Na avaliação ao 7.º dia, constatou-se que a maioria dos utentes ainda tinha um penso a nível da(s) sutura(s), e em alguns casos esta tinha sido visualizada pela última vez num período superior a 3 dias. Esta situação dificultou a avaliação do local cirúrgico, pelo que sentiu-se necessidade de adiar algumas avaliações para o dia em que houve mudança do penso e/ou remoção de pontos. As indicações para a realização de pensos e a sua periodicidade diferem de acordo com o critério da equipa cirúrgica e não pelo tipo ferida cirúrgica. Verificou-se a realização de pensos por um período bastante prolongado (um dos doentes fez pensos 14 dias no centro de saúde e outro fez penso durante 16 dias, os primeiros dias no centro saúde e os restantes em casa), sem que nenhum tivesse descrito sinais inflamatórios ou de infeção.

Esta constatação remete-nos para a Bundle Escocesa sobre a “prevenção de infecção do local cirúrgico” de Fevereiro de 2008 e para as “Recomendações para a prevenção da infecção do local cirúrgico” do PNCI de 2004, que recomendam “proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas – Cat IB”, após o que a ferida poderá ficar exposta.

A realização dos pensos e remoção dos pontos é efetuada em diferentes locais: Centro de Saúde, Consulta Externa, idas ao Serviço de Urgência e a serviços de internamento ter com a equipa cirúrgica. Esta multiplicidade de locais poderá dificultar uma eventual articulação que pudesse existir entre o enfermeiro da UCA e o profissional que acompanha a evolução da situação pós alta hospitalar.

À medida que se foi contatando com os utentes, várias questões foram surgindo: Que gastos financeiros estarão associados à realização de pensos por períodos tão prolongados? Que encargos surgem imputados aos próprios utentes, que se vêm com obrigatoriedade de se deslocar várias vezes a uma instituição para a realização de pensos? Qual o risco de infecção de suturas, cuja permanência de pensos é elevada e sem que as características da sutura sejam vigiadas? Tal como refere Silva (2004, p 17):

“…apela-se na actualidade para a necessidade da renovação da gestão dos serviços de saúde não só para a contenção de custos, mas também para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados (…) Trata-se de uma nova era catalogada de tempos inovadores, onde estar perto do utente e promover a reorganização do trabalho com uma maior implicação dos trabalhadores na prática da equipa, representam o ideal de excelência de qualquer unidade de produção de cuidados na saúde”.

Considerações Finais

Um dos aspetos positivos no desenvolvimento deste projeto foi o envolvimento gradual dos enfermeiros ao longo do mesmo. Assim, ocorreram vários momentos de discussão do projeto e partilha dos resultados do teste da sua aplicabilidade com todos os enfermeiros da unidade (recobros e bloco operatório), enfermeira chefe e coordenador da UCA (cirurgião de referência do projeto).

Tendo em conta os quatro princípios básicos da profilaxia de infeções do local cirúrgico: preparação pré-operatória do paciente, técnica cirúrgica, profilaxia antimicrobiana peri-operatória e cuidado pós-operatório com a ferida cirúrgica[15], e pelo confronto com a informação que foi possível aferir ao longo da elaboração do projeto, considerou-se fundamental enumerar algumas sugestões de melhoria que emergiram da discussão com a equipa.

- Constituição de grupos de trabalho e elaboração de **protocolos**, tais como:
  - Cuidados à ferida cirúrgica pós alta hospitalar (onde se inclui a realização de pensos);
  - Administração de antibiótico profilático;
  - Realização de tricotomia pré-operatória.
- Realização de um Cartaz/poster informativo sobre os sinais de sintomas de ILC a explicar aos utentes na consulta de enfermagem;
- Reunião com a equipa para discussão sobre a evolução da implementação do projeto (aspetos positivos; constrangimentos; propostas de melhoria);
- Apresentação do projeto à equipa da UCA 1;
- Divulgação do projeto junto das equipas médicas das diferentes especialidades, que colaboram com a UCA.

Existe também o intuito de solicitar apoio ao Centro de Investigação do Centro Hospitalar de Lisboa Central, para o acompanhamento do projeto, de forma a garantir um rigor científico no tratamento dos dados que forem sendo recolhidos.

Apesar dos constrangimentos detetados neste sistema de monitorização, considera-se pertinente afirmar que este permite identificar situações de infeção.

Assim, o desenvolvimento do referido projeto poder-se-á considerar integrado no domínio dos sistemas que visam assegurar a minimização do risco dos doentes contraírem infeções durante a sua permanência na organização, tal como definido na Norma 13 do Manual do CHKS referente ao "Controlo de infeções".

BIBLIOGRAFIA

1 BRAZ, Nelma J.; OLIVEIRA, Adriana C.; RIBEIRO, Maíra M. – Incidência da Infecção do Sítio Cirúrgico em um Hospital Universitário. Ciência Cuidado Saúde 2007 6 (4):448-493.

2 MANGRAM, Alicia [et al] - Guideline for prevention of surgical site. Rev Infection Control and Hospital Epidimiology. Vol 4 Abril 1999.

3 MARTINS, MA et al . Vigilância pós-alta das infecções de sítio cirúrgico em crianças e adolescentes em um hospital universitário em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (5):1033 – 1041, Maio 2008.

4 MIRANDA, Luis M. - *Determinação da Taxa de Incidência da Infeção do Local Cirúrgico no Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do Hospital de Santa Marta em 2008* Curso de Mestrado em Epidemiologia (1a edicao) Junho 2010 Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina de Lisboa.

5 PINA, Elaine - Recomendações para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico- PNCI/INS/MS, 2004.

6 MARTINS, MA et al . Vigilância pós-alta das infecções de sítio cirúrgico em crianças e adolescentes em um hospital universitário em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (5):1033 – 1041, Maio 2008.

7 Ministério da Saúde In Projeto da Unidade de Cirurgia de Ambulatório) – Hospital Santo António dos Capuchos - CHLC – 2008.

8 LICHTENFELS, Eduardo; LUCAS, Márcio; AZEVEDO, Pedro - Profilaxia antimicrobiana em cirurgia vascular periférica: cefalosporina ainda é o padrão-ouro? J Vasc Bras. 2007; 6(4):378-387.

9 BRAZ, Nelma J.; OLIVEIRA, Adriana C.; RIBEIRO, Maíra M. – Incidência da Infecção do Sítio Cirúrgico em um Hospital Universitário. Ciência Cuidado Saúde 2007 6 (4):448-493.

10 Projecto da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Santo António dos Capuchos (2008).

11 HUMPHREYS, H. (s.d.). Preventing surgical site infection. Where now? The Journal of hospital infection, December 2009, pp. Vol./is. 73/4 (316 -22), 1532 - 2939.

12 MARTINS, MA et al . Vigilância pós-alta das infecções de sítio cirúrgico em crianças e adolescentes em um hospital universitário em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (5):1033 – 1041, Maio 2008.

13 LICHTENFELS, Eduardo; LUCAS, Márcio; AZEVEDO, Pedro - Profilaxia antimicrobiana em cirurgia vascular periférica: cefalosporina ainda é o padrão-ouro? J Vasc Bras. 2007; 6(4):378-387.

14 Bundle – (…) é uma forma estruturada de melhorar os processos e os resultados dos cuidados para o paciente: um conjunto pequeno e simples de práticas baseadas em evidências (em geral 3 a 5) que, quando executadas coletivamente e de forma confiável, melhora os resultados para os pacientes ttp://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/3391/

15 LICHTENFELS, Eduardo; LUCAS, Márcio; AZEVEDO, Pedro - Profilaxia antimicrobiana em cirurgia vascular periférica: cefalosporina ainda é o padrão-ouro? J Vasc Bras. 2007; 6(4):378-387.

entrevista

Individualmente, tratar cada individualidade

Equipa Multidisciplinar da Unidade de Patologia Colo-rectal (UPCR) do CHLC, EPE

Revista ACE: Em que contexto foi criada a Unidade de Patologia Colo-Rectal do CHLC, EPE e como foi organizada? Quais os profissionais envolvidos?

UPCR: O número crescente de doentes com cancro colo-rectal que recorriam ao sub-grupo hospitalar Capuchos/Desterro, depois CHLC, EPE, associado à complexidade que atingiu o diagnóstico e tratamento destes doentes pôs a descoberto a dificuldade de, individualmente, tratar cada individualidade.

Em conversas informais percebia-se a necessidade de conciliar informações da área médica afim de padronizar condutas para responder da forma mais adequada, e de acordo com o estado da arte médica, a quem a nós recorria.

Esta necessidade levou à criação de um projeto para uma estrutura funcional organizada que estabelecesse os princípios de funcionamento, que criasse e implementasse protocolos baseados em guidelines internacionalmente aceites e atualizadas, que permitissem estadiar estes doentes e selecionar o tratamento mais adequado à condição individual e ao estádio da doença, segundo princípios claramente definidos, cientificamente mais adequados, discutidos e selecionados numa abordagem multidisciplinar.

Este projeto reuniu um grupo de médicos provenientes de várias áreas (cirurgia, radiologia, anatomia patológica, oncologia e radioterapia) a que rapidamente se juntaram profissionais de outras áreas da saúde (enfermagem e psicologia).

Revista ACE: Sendo uma realidade, a abordagem multidisciplinar do tratamento dos doentes, quais os contributos desta metodologia de trabalho, para o doente e família?

UPCR: Na atualidade a abordagem multidisciplinar do tratamento dos doentes com cancro colo-rectal é um imperativo clinico e ético indiscutível.

A abordagem multidisciplinar permite ver o doente como um todo, actuar sobre a patologia específica, utilizando toda a informação clinica, imagiológica, anatomo-patológica, para selecionar a terapêutica mais adequada, tendo em conta as comorbilidades existentes, o meio sócio familiar e psicológico do doente, informação que é partilhada e discutida por todos os participantes nas Reuniões de decisão terapêutica: médicos, enfermeiros e psicóloga.

A metodologia de trabalho da Unidade, tem na Reunião semanal de Decisão Terapêutica o polo catalisador da atividade dos diferentes colaboradores que integram a Unidade, ou que estão envolvidos no tratamento destes doentes.

A atividade da Unidade contribui diretamente para selecionar a terapêutica mais adequada e que à luz do

estado da arte médica atual permite minimizar a morbilidade da doença e da terapêutica, e maximizar a eficácia do tratamento.

A seleção do tratamento mais adequado visa: reduzir a morbilidade e mortalidade da doença ou decorrente do tratamento, reduzir a taxa de recidivas, aumentar a sobrevida e a qualidade de vida do doente e da família. Promover a autonomia e a vida ativa do individuo, auxiliar a compreensão e aceitação da doença, explicar os efeitos não desejados transitórios e/ou definitivos inerentes ou condicionados pela doença e/ou tratamento.

Promover o esclarecimento apropriado sobre todos os procedimentos para um consentimento informado e uma melhor aceitação pelo doente e família, da terapêutica escolhida.

A integração na unidade de médicos dedicados, de diferentes especialidades, que contribuem para o diagnóstico, decisão terapêutica, instituição do tratamento

Dr. Carlos Almeida Coordenador da Equipa, com alguns elementos: **Dra. Alexandra Guimarães** Assistente Social, **Enf. Dulce Catanho** Enf. Responsável pela Consulta de Enfermagem da UPCR, e **Dra. Sónia Pinote** Psicóloga.

e *follow up* destes doentes, associada ao apoio da equipa de enfermagem e da psicóloga, quer através de consultas quer pela disponibilidade no internamento ou mesmo através de meios de comunicação não presencial, permitem o acompanhamento humanizado e individualizado do doente portador de cancro colo-rectal.

> “Na atualidade, a abordagem multidisciplinar do tratamento dos doentes com cancro colo-rectal é um imperativo clinico e ético indiscutível.”

Os objetivos principais são: sempre que possível curar o doente, minimizar os efeitos da doença e/ou do tratamento, diagnosticar precocemente as recidivas e tratá-las, e quando necessário acompanhar a paliação da doença.

Em última análise o contributo desta metodologia de trabalho visa tratar mais e melhor cada doente, tendo em conta a especificidade da doença em cada individuo, mas não esquecendo o todo, isto é, a pessoa doente, o contexto individual, familiar, geográfico, psicológico e social em que se insere ou está inserido o doente e a família. Neste sentido, conseguindo pôr em prática estes desideratos a unidade ajudará não só a tratar, como a aquietar o impacto da doença no doente e na família.

Revista ACE: Atualmente, quantos doentes são seguidos nesta Unidade?

UPCR: Desde o 1.º trimestre de 2011 até Abril de 2013 foram discutidos na reunião multidisciplinar de decisão 577 doentes, na consulta externa de cirurgia da UPCR foram observados 703 doentes.

No mesmo período, foram propostas para cirurgia por neoplasia do cólon em 287 doentes e, por neoplasia do recto em 218 doentes.

Na Consulta de Enfermagem da Unidade de Patologia Colo Rectal são seguidos atualmente 200 doentes.

Revista ACE: Integrando a importância da multidisciplinariedade, foi criada a Consulta de Enfermagem. Quais os pressupostos da sua criação, objetivos e principais intervenções de enfermagem?

UPCR: A necessidade da criação da Consulta de Enfermagem surge em 2009-2010 e emerge de dois aspetos:

O primeiro decorre de uma necessidade identificada na Unidade serviço 2.6, onde o acompanhamento ao doente ostomizado já vinha sendo realizado há vários anos, mas em que a dispersão dos doentes pelas salas 1,2 e 3 aliada à falta de tempo por sobrecarga de trabalho, a tempos de pós-operatório menores e a altas mais precoces, dificultava o planeamento e a concretização do ensino no internamento;

O outro aspeto decorre da criação da UPCR, com uma abordagem multidisciplinar, onde a consulta de enfermagem se insere, tendo o projecto para a mesma sido elaborado em Fevereiro de 2011 e a sua concretização em Julho do mesmo ano.

A Consulta tem como objetivo melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, adequando a educação para a saúde às reais necessidades de cada indivíduo, com patologia colo-rectal e da sua família/prestador de cuidados, tendo em conta as características físicas, psíquicas e sociais, com intervenções específicas no pré-operatório, pós-operatório e follow-up;

Gabinete da Consulta de Enfermagem da UPCR

As principais intervenções de Enfermagem são:

Transmitir informação específica, esclarecer dúvidas, realizar ensino e treino para o auto-cuidado;

Prestar apoio físico e emocional;

Fazer a prevenção e o tratamento de complicações;

Encaminhar o indivíduo para outras áreas, sempre que necessário, sendo que, os técnicos de saúde mais envolvidos são o cirurgião, a psicóloga, o oncologista e a assistente social.

Todas estas intervenções são registadas em instrumentos próprios, que permitem a obtenção de indicadores sobre ganhos em saúde, dando visibilidade ao trabalho desenvolvido na consulta.

Para além destes registos é realizada mensalmente a estatística, que engloba o movimento em gabinete, o número de atendimentos telefónicos e o número de doentes que não comparecem, bem como o motivo.

Revista ACE: Uma das medidas tranquilizadoras que esta Consulta proporciona, aos doentes e prestadores de cuidados, é o acompanhamento 24 h por dia. Como é possivel?

UPCR: O acompanhamento 24 horas por dia é possível através de contacto por telemóvel e permite obter apoio, que se pode traduzir no esclarecimento de dúvidas, agendamento de consultas extra, encaminhamento do doente para internamento (onde terá sempre apoio da equipa de enfermagem da Unidade, para consulta médica ou para serviço de urgência, mediante o exposto pelo doente e/ou prestador de cuidados.

Revista ACE: Que balanço fazem da atividade da Unidade? Quais os projetos futuros?

UPCR: O balanço é positivo. No começo discutiam-se e decidia-se sobretudo o que fazer com as recidivas. Hoje temos a percepção de que o panorama é diferente. Apesar de não existir no nosso País um programa de rastreio, no verdadeiro significado prático desta ação e de termos na consulta de decisão muitos doentes em estádios avançados da doença, no momento do diagnóstico. Verificamos uma boa correlação entre o estadiamento pré terapêutico e os resultados anatomo-patológicos e já temos algum recuo em relação à evolução dos doentes tratados. E como disse aos dados preliminares de que dispomos são positivos.

Estão em curso avaliações de resultados segundo várias vertentes, para determinar por exemplo a qualidade do estadiamento imagiológico em relação com os resultados da anatomia patológica, nos doentes com cancro do recto operados no Centro hospitalar; a tripla leitura cega dos exames de imagem no estadiamento do cancro do recto, para verificar se na nossa casuística se confirma o que está publicado internacionalmente, de que a experiência e a dedicação dos médicos modifica os resultados, no sentido de melhorar a acuidade do estadiamento imagiológico.

Estão em curso Trabalhos de revisão retrospetiva de avaliação da atividade e dos resultados da Unidade com base nos registos da anatomia patológica, de todos os doentes operados a cancros do cólon e recto no CHLC, EPE, e destes os que foram submetidos à discussão multidisciplinar.

Estes resultados não foram ainda apresentados, dado o grande número de doentes discutidos, a morosidade na recolha de dados e falta de tempo para o seu tratamento, em virtude de não termos conseguido até à data um registo informatizado e apoio de secretariado, auxiliares imprescindíveis para não só proceder com celeridade ao registo como ao tratamento dos dados.

No futuro próximo deseja-se terminar a análise da atividade e divulgar os resultados do trabalho da Unidade, desde que foi oficializada.

Fazer avaliações periódicas da actividade, dos resultados e divulgação dos mesmos.

Participação em Reuniões Científicas no Centro Hospitalar e fora do mesmo, para divulgação e partilha de experiências.

Publicação de resultados em revistas nacionais e internacionais.

Continuar o ensino e formação de novos elementos, nas diferentes especialidades.

Promover maior formação com participação em Cursos e Congressos, Pós Graduações, Doutoramentos no âmbito da patologia colo-rectal e doença inflamatória intestinal.

Dispor de um registo informatizado, do diagnóstico ao tratamento, que englobe a decisão terapêutica.

Dispor de apoio de secretariado que faça convergir toda a informação do doente, que inscreva e faça a lista de doentes a discutir em cada reunião, que informe previamente os colaboradores da unidade, da lista de doentes; que marque os exames e as consultas pedidas, contacte os doentes para os mesmos, reúna os resultados e sirva de interlocutor entre o doente, a família e os profissionais de saúde envolvidos na resolução dos problemas do doente.

Sejam criados canais facilitadores da marcação de exames e consultas com relatórios e suporte das informações que têm que acompanhar os doentes nos exames e consultas, com procedimentos simples, claros e eficazes acessíveis aos doentes e aos médicos que tratam destes doentes, para encurtar os intervalos de tempo entre o diagnóstico, a decisão terapêutica e o tratamento.

Na área de enfermagem, acresce ainda, dar continuidade à formação avançada em Estomaterapia e realizar formação em serviço sobre as temáticas pertinentes nesta área.

Aconteceu

I JORNADAS EM TRAUMATOLOGIA VÉRTEBRO MEDULAR

Multidisciplinaridade / / Parceria no reabilitar

Ana Formigo, Fernanda Paquete, Isabel Terra, Marta Salvado, Natacha Sousa, Telma de Melo (Comissão Organizadora)

Nos dias 8 e 9 de Novembro de 2012 decorreram as **I Jornadas de Traumatologia Vertebro-Medular**, organizadas pelos enfermeiros da Unidade Vertebro-Medular (UVM) do CHLC, EPE, pólo Hospital de São José (HSJ) em parceria com a Associação Científica dos Enfermeiros (ACE), na Sala de Conferências do Hospital Dona Estefânia. Este evento decorreu da necessidade sentida pela equipa multidisciplinar em analisar e divulgar os cuidados de saúde diferenciados prestados à Pessoa com Lesão Vertebro-Medular (LVM), dada a sua especificidade e exigência.

A Unidade Vertebro-Medular foi inaugurada em 1992. É uma unidade de referência com características únicas em termos nacionais, tendo por área de abrangência a do CHLC, EPE. Recebe pessoas vítimas de Traumatismo Vertebro-Medular (TVM) provenientes da região centro e sul do país, arquipélago dos Açores e PALOP (Guiné, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe). Tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, assegurando à pessoa com patologia vertebro-medular as melhores práticas clínicas, promovendo uma eficiente utilização de recursos num respeito absoluto pela individualidade da pessoa.

Este evento teve como objetivo primordial, divulgar o "saber", as competências técnicas e os cuidados específicos prestados à pessoa com lesão vertebro-medular, evidenciando as boas práticas e a importância do trabalho em equipa multi e interdisciplinar para a sua reabilitação. Pretendeu-se ainda, fomentar a troca de experiências entre os profissionais de saúde de várias instituições.

Considerando a abordagem da pessoa com TVM, este evento foi delineado em quatro mesas. A primeira mesa, intitulada **"Cuidar da pessoa com traumatismo vertebro-medular: da lesão à integração na comunidade"**, evidenciaram-se as várias vertentes de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com LVM desde o trauma até à sua integração na comunidade, designadamente serviço de urgência, cuidados intensivos, bloco operatório, UVM e centro de reabilitação. No final desta mesa, conseguiu-se destacar o papel do enfermeiro ao longo do percurso efetuado pela pessoa com TVM nas instituições hospitalares.

"Adquirir a autonomia: área de cuidados – eliminação e sexualidade", foi a temática abordada na segunda mesa. Os cuidados relativos à eliminação e à sexualidade são muitas vezes relegados para um plano secundário mas revelam-se de extrema importância para a pessoa com LVM. A mesa foi composta por profissionais de saúde diferenciados nesta área, Fisiatra e Enfermeiro com a especialização em Enfermagem de Reabilitação, que conseguiram transmitir de uma forma completa e clara a uma plateia heterogénea conteúdos por vezes complexos.

Terminou-se o primeiro dia com um debate envolvente relativo às áreas em que poderão ser implementadas ações visando a melhoria do apoio prestado pela equipa multidisciplinar, após a alta hospitalar às pessoas com LVM, nomeadamente através de consultas de acompanhamento.

Na terceira mesa, intitulada **"Abordagem interdisciplinar à pessoa com lesão vertebro-medular"**, destacou-se a importância de uma equipa interdisciplinar com intervenções dos vários profissionais de saúde que se encontram envolvidos na reabilitação da pessoa com LVM. Foi abordada a perspetiva da Psicóloga, do Fisioterapeuta, da Terapeuta Ocupacional e do Cirurgião, esclarecendo o papel de cada profissional em todo o processo de reabilitação, de forma individual e em parceria.

A última mesa, **"Vivência e inovação em equipa"**, iniciou-se com uma intervenção relativa às implicações éticas que nem sempre são abordadas, mas são inerentes à prática de todos os profissionais de saúde.

Foi divulgado um projeto elaborado por enfermeiros da UVM, que através da realização de ações de educação para a saúde nas escolas básicas e secundárias do país, tem como principal objetivo a prevenção de acidentes de mergulho. Este tipo de acidentes ocorre com maior frequência em jovens dos 15 aos 30 anos, no auge da sua vida ativa. Os mergulhos estão na origem de muitos casos de lesões vertebro-medulares, resultando quase sempre em tetraplegias. Foram apresentados os dados que comprovam a mais-valia do projeto e a importância da sua continuidade.

Findámos com chave de ouro com a apresentação da **Associação Salvador** e os **testemunhos de pessoas com LVM e de cuidadores**. A Associação Salvador tem como missão promover a integração da pessoa com deficiência motora na sociedade e melhorar a sua qualidade de vida. O seu fundador partilhou a sua experiência pessoal e profissional. Este momento de partilha de experiências vividas pelas pessoas com LVM e cuidadores compreendeu um período de grande envolvência, capaz de emocionar todos os participantes e cremos, ainda, que motivaram os presentes à melhoria das práticas.

> "Este momento de partilha de experiências vividas pelas pessoas com LVM e cuidadores compreendeu um período de grande envolvência, capaz de emocionar todos os participantes e cremos, ainda, que motivaram os presentes à melhoria das práticas."

Ao longo das jornadas verificou-se uma elevada participação dos presentes, que colaboraram no debate dos vários temas.

A Comissão Organizadora, agradece a todos que direta e indiretamente contribuíram para o sucesso deste evento – à ACE, aos patrocinadores, os Moderadores e aos que apresentaram comunicações livres e posters. Podemos, por isso, considerar que as Jornadas de Traumatologia Vertebro Medular foram um êxito, atingindo todos os objetivos delineados. No entanto, alguns temas importantes ficaram por aprofundar falando-se da possibilidade de uma continuidade das jornadas.

A todos os que colaboraram conosco o nosso profundo agradecimento e um até breve!

Aconteceu

Paula Duarte, Helena Xavier e Filomena Leal

DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO

A sua segurança é a nossa prioridade

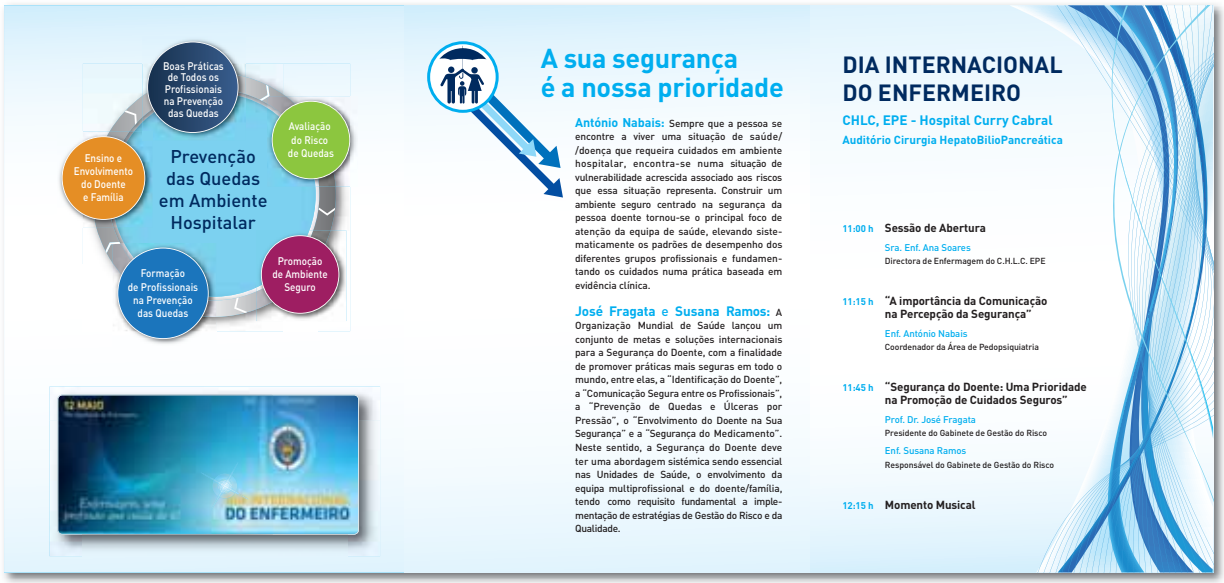
No passado dia 13 de Maio decorreram, no CHLC, EPE, as comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro.

Foi feito o lançamento da Campanha desenvolvida pelo Gabinete do Risco "Semana da Segurança do Doente – QUEDAS" a qual decorreu de 13 a 20 de Maio, com várias iniciativas nas diversas Unidades do CHLC, EPE.

O evento decorreu no Auditório Cirurgia HepatoBilioPancreática do Hospital Curry Cabral e teve como prelectores o Sr. Enf. António Nabais, o Sr. Prof. Dr. José Fragata e a Sra. Enf. Susana Ramos.

A sessão de abertura foi feita pela Sra. Enf. Directora Ana Soares a qual enfatizou a importância do trabalho multidisciplinar evidenciado nesta mesma campanha. Foi mais um momento de partilha e reflexão do e sobre o trabalho desenvolvido no CHLC, EPE, desta vez com especial ênfase na Segurança do Doente.

As comemorações terminaram com um momento de música clássica, proporcionado pelo colega Paulo Reis.

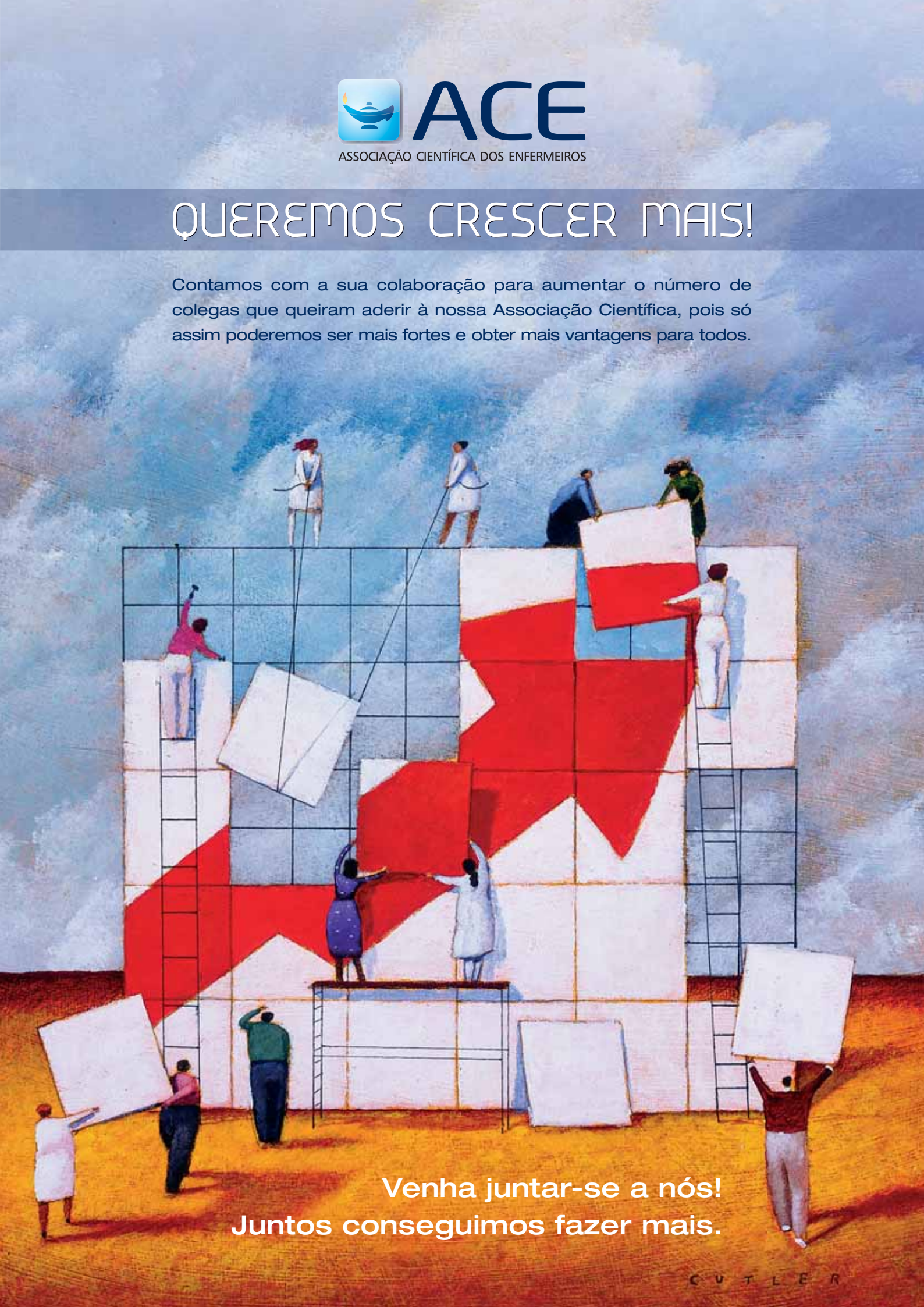


ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

QUEREMOS CRESCER MAIS!

Contamos com a sua colaboração para aumentar o número de colegas que queiram aderir à nossa Associação Científica, pois só assim poderemos ser mais fortes e obter mais vantagens para todos.



Venha juntar-se a nós!

Juntos conseguimos fazer mais.