http://congressopscritica.wix.com/congressopscritica

1º Congresso Internacional "A Pessoa em Situação Crítica" Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho Campus de Gualtar | 1º Congresso Internacional "A Pessoa em Situação Crítica" | Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho | Campus de Gualtar | Auditório B1

http://www.esc.uminho.pt

I CONGRESSO INTERNACIONAL

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Braga, 6 – 7 de março de 2014

I CONGRESSO INTERNACIONAL – A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

I INTERNATIONAL CONFERENCE - THE PERSON IN CRITICAL CONDITION

Livro de atas - março 2014

Proceedings – march 2014

Isabel Lage, Rui Novais (org.)

Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho

ISBN: 978-989-98852-0-2

FICHA TÉCNICA:

Título: Atas do I CONGRESSO INTERNACIONAL "A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA"

Proceedings of the I International Conference "The Person in Critical

Coordenadores de Edição: Isabel Lage, Rui Novais

Comissão Editorial: Maria Isabel Lage, Rui Novais, Simão Vilaça, Odete Araújo, Ana Paula Macedo, Fátima Braga, João Cainé, Manuela Almendra, Manuela Melo, Maria José Silva, Maria Alice Rodrigues dos Mártires, Paula Peres, Maria Goreti Mendes, Cristina Martins, João Cainé, José Carlos Amado, Fátima Faria.

Data: Março de 2014

ISBN: 978-989-98852-0-2

Edição: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4704-553 - Braga, Portugal.

Telefone:253601300

Fax:253601319

URL: www.ese.uminho.pt

Os artigos publicados neste livro de atas são propriedade da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusiva dos seus autores.

EDITORIAL

A organização do I Congresso Internacional "A Pessoa em Situação Crítica" realizado nos dias 6 e 7 de março de 2014 foi da responsabilidade da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, conjuntamente com o seu Núcleo de Investigação, a Escola Superior de Enfermagem da Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, e os estudantes do curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, com o objetivo da sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas — considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

O evento realizado constituiu, por isso, uma oportunidade para conhecer, difundir, partilhar conhecimento e informação relevante contando com a presença de oradores nacionais e internacionais com ampla experiência profissional e longo percurso académico nesta área, do qual se apresentam alguns resultados neste *e-book*.

Apoios:

Índice - Contents

EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR | PREHOSPITAL EMERGENCY 5

QUALIDADE E EFICÁCIA NA ACTIVAÇÃO DA VIA VERDE CORONÁRIA 6

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA | THE PERSON IN CRITICAL CONDITION 7

A UTILIZAÇÃO DA MASCARA LARINGEA POR ENFERMEIROS EM SITUAÇÕES DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA 8
A ENVOLVÊNCIA DA FAMÍLIA NA SALA DE EMERGÊNCIA: ASPETOS ÉTICOS 9
RESPONSABILIDADE ÉTICA DEONTOLÓGICA E LEGAL DAS EQUIPAS DE EMERGÊNCIA 10
AUTONOMIA DO ENFERMEIRO NA MOBILIZAÇÃO DA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA 11
ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DO DOENTE INTERNADO EM UCI: UM CUIDADO DE ENFERMAGEM 12
A MONITORIZAÇÃO HEMODINAMICA COM CATETER DE PICCO 13
IMPLEMENTAÇÃO DA FOLHA DE REGISTO DE TRAUMA E DA *REVISED TRAUMA SCORE* NO SERVIÇO DE URGÊNCIA 14
COLHEITA DE SANGUE E HEMÓLISE. QUE EVIDÊNCIA? 15
DOLOR TORACICO EN EL ÁREA DE URGENCIAS / OBSERVACIÓN. PROTOCOLO 16
ICTUS EN EL ÁREA DE URGENCIAS / OBSERVACIÓN. CÓDIGO ICTUS. 21

A FORMAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA | TRAINING ON HEALTHCARE OF THE PERSON IN CRITICAL CONDITION 25

LA SIMULACIÓN CLÍNICA DE ALTA FIDELIDAD MEJORA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS EN EL SOPORTE VITAL BÁSICO 26

CUIDAR DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA |CHILDREN IN CRITICAL CONDITION HEALTHCARE 27

MINIMIZAR O IMPACTE NA FAMÍLIA DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA AGUDA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA 28
RE CONSTRUIR A ESPERANÇA NOS PAIS DO DOENTE CRÓNICO EM ESTADO CRITICO 29
O CUIDAR DA CRIANÇA EM ESTADO CRÍTICO SUBMETIDA A OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA 30

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS | ORGAN DONATION 31

UMA EXPERIÊNCIA NO PAÍS VIZINHO COM DADORES DE CORAÇÃO PARADO – MAASTRITCH TIPO II 32
PAPEL DO ENFERMEIRO NA MANUTENÇÃO DE POTENCIAIS DADORES EM MORTE CEREBRAL 33
DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ORGÃOS: A REALIDADE NACIONAL E A DE UM HOSPITAL DADOR. 34

TÉCNICAS INOVADORAS NA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA | INNOVATIVE TECHNIQUES TO ATTEND THE PERSON IN CRITICAL CONDITION 35

ASSIST'U - AN INNOVATIVE APPLICATION THAT CAN CHANGE THE WAY WE COMMUNICATE IN CRITICAL CARE!" 36
PLATAFORMA DE MONITORIZAÇÃO E SUPORTE À DECISÃO DE DOENTES CRÍTICOS 38
HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NA PARAGEM CARDÍACA 40

EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR | PREHOSPITAL EMERGENCY

QUALIDADE E EFICÁCIA NA ACTIVAÇÃO DA VIA VERDE CORONÁRIA

A.Silva*, E.Pereira[+]

Atualmente, a doença cardiovascular é uma das principais causas de morte e morbilidade na Europa e no Mundo. Em alguns países da União Europeia a mortalidade por doença coronária representa cerca de 65 %. De acordo com a World Health Organization, em 2030 morrerão cerca de 23 milhões de pessoas anualmente devido a alguma forma da doença cardiovascular.

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) é uma urgência médica na qual há destruição rápida e morte de uma parte do músculo cardíaco (miocárdio) por falta de oxigenação provocada pela obstrução de uma das artérias coronárias. Constitui a manifestação mais grave da doença coronária sendo a terceira causa de mortalidade em Portugal, a seguir às neoplasias e ao AVC.

Um dos principais objetivos para redução da mortalidade por EAM é a diminuição do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento uma vez que a maior parte das complicações fatais ocorrem nas primeiras horas de evolução. Quanto mais cedo se iniciar o tratamento, maiores serão as probabilidades de sobrevivência.

Para responder a esta necessidade, foi implementado no Hospital Cuf Porto o algoritmo da Via Verde Coronária (VVC), elaborado pela equipa de Medicina Interna, e que se encontra em funcionamento desde Fevereiro de 2011 no serviço de Atendimento Permanente de Adultos (APA).

De acordo com o algoritmo da VVC, o utente é identificado na triagem no caso de apresentar alguma da sintomatologia descrita, sendo de imediato encaminhado para a realização de um eletrocardiograma (ECG) que é validado pelo médico presente e posterior monitorização do doente.

Metodologia: O estudo foi elaborado pelo método descritivo e a colheita de dados realizada de forma retrospetiva através da consulta da lista de ativação da VVC e da base de dados do serviço de APA, unidade de cuidados intensivos permanente e serviço de hemodinâmica.

Resultados: Desde o início da implementação até à atual data foram admitidos no protocolo de VVC do nosso hospital 73 doentes, com uma média de idade de 59 anos, dos quais 73% correspondem ao sexo masculino e 27% ao sexo feminino. Cerca de 19% foram encaminhados para o serviço de hemodinâmica para realização de cateterismo/angiografia primária.

Implicações: Criações de estratégias e protocolos de forma a permitir um rápido diagnóstico e tratamento desta situação de emergência.

Conclusão: A importância da doença cardiovascular tende a aumentar com a idade, sendo que na população com mais de 65 anos, 50% das mortes registadas na EU se devem a alguma forma de doença cardiovascular.

Como esperado, e de acordo com outros estudos nacionais os doentes eram predominantemente do sexo masculino (73%), no entanto, com uma idade média ligeiramente inferior à descrita em outros estudos (59 anos).

A implementação da VVC, atendendo à nossa realidade, permite-nos uma atuação mais organizada e adequada ao tratamento de situações potencialmente graves, melhorando assim a qualidade e eficácia dos cuidados prestados.

Palavras Chave: Doença Coronária Aguda, Via Verde Coronária, Enfarte Agudo do Miocárdio, Algoritmo de Avaliação da Dor Torácica Não Traumática, urgência médica.

[+]Enfermeiras no Hospital Cuf Porto | Porto | Portugal

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA | THE PERSON IN CRITICAL CONDITION

A UTILIZAÇÃO DA MASCARA LARINGEA POR ENFERMEIROS EM SITUAÇÕES DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

Amaro, Pedro M. N. *; Góis, Joaquim J.G. **; Mendes, João M.G. ***; Fonseca, Ana M.L.P. ****; Correia, Isabel M.T.B.*****

Tema: Mascara Laríngea: Utilização por enfermeiros em situação de paragem cardiorrespiratória.

Método: Foi realizada uma revisão da literatura, baseada na análise de vários artigos/estudos que investigam esta problemática. A fase metodológica foi então composta por identificação do tema (utilização de mascara laríngea por enfermeiros na paragem cardiorrespiratória), amostragem e procura de literatura a partir das bases de dados internacionais.

Resultados: Dos resultados obtidos realça-se que a utilização da mascara laríngea por enfermeiros em situações de RCR deve ser incentivada, dado que há um aumento da sobrevivência do doente e da sua qualidade de vida. O uso da mascara laríngea é extremamente seguro, requer pouco tempo para a sua inserção e permite manter compressões torácicas eficazes durante a sua colocação. Permite o isolamento da via aérea, tornando-a segura, podendo por isso ser colocada por enfermeiros devidamente treinados na execução de manobras de Suporte Avançado de Vida.

A taxa de sucesso de intubação com mascara laríngea à 1ª tentativa por pessoal não treinado, associada à baixa incidência de complicações, encoraja fortemente a sua utilização por parte dos enfermeiros durante o processo de RCR.

A mascara laríngea mostrou-se segura no momento do transporte do doente, seja este intra-hospitalar, pré-hospitalar ou transporte secundário, independentemente de ser efetuado por via terrestre ou aérea.

Conclusões: A mascara laríngea permite uma abordagem da via aérea segura e fácil. Apresenta elevada taxa de sucesso mesmo por pessoal não treinado e tem poucas complicações, revelando-se portanto como um instrumento fundamental na RCR podendo ser facilmente manuseado por enfermeiros.

A EOT já foi considerado o único método seguro e fiável na abordagem da via aérea na PCR, no entanto altos índices de complicações e a exclusividade de manuseamento apenas por pessoal muito treinado, são fatores favoráveis ao crescimento da utilização de dispositivos supraglóticos, entre eles a mascara laríngea. Sugere-se que sua utilização seja devidamente incentivada nas novas guidelines a surgirem em 2015.

Palavras-chave: enfermagem, mascara laríngea, reanimação cardiorrespiratória

*Enfermeiro no Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja. ped.amaro@gmail.com. Portugal; **Enfermeiro no Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja. joaquimjggois@hotmail.com . Portugal; ***Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus/Universidade de Évora. jmendes@uevora.pt. Portugal; **** Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus/Universidade de Évora. afonseca@uevora.pt. Portugal; *****Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus/Universidade de Évora. icorreia@uevora.pt. Portugal

A ENVOLVÊNCIA DA FAMÍLIA NA SALA DE EMERGÊNCIA: ASPETOS ÉTICOS

C. Simões*; A. Reis*

Método: Este estudo tem por base uma revisão sistemática de literatura, cujo objetivo é destacar a família como elemento importante no atendimento do utente em situação de emergência, realçando os aspetos éticos envolventes nessa situação.

Resultados: Pelos estudos analisados, os enfermeiros que atuam em serviços de urgência e/ou emergência devem ser capazes de tomar decisões rápidas, avaliando a pessoa como um ser indivisível, integrado na sua família. O ato de sentar em frente ao utente ou familiar, olhar nos seus olhos, ouvindo-o com interesse e dedicação, transmite-lhe confiança, permite o estabelecimento de vínculos emocionais e humaniza o acolhimento, sendo uma responsabilidade ética. No Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, no Decreto-Lei N°161/96 (Portugal, 2006) "o enfermeiro é o profissional a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família grupos ou comunidades [...]".

As diretrizes da Organização Mundial de Saúde (2000) descritas na Declaração de Munique de 2000, as prioridades para a saúde do Ministério da Saúde, apresentadas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Portugal (2004), e da Ordem dos Enfermeiros, expressas no Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), enfatizam a família como alvo dos cuidados nos sistemas e cuidados de saúde. Destacamos a família como unidade dessa sociedade que pode promover o bem-estar do utente. Contudo, quando a pessoa adoece, sendo necessária a ida ao serviço de urgência e/ou emergência, ele perde o contato integral com sua família, a qual desestrutura-se física e emocionalmente Motta, M.G.C. (2002). Franco & Jorge (2002) afirmaram que as instituições hospitalares não estão preparadas para trabalhar com o familiar, ou seja, não existe sua institucionalização, ficando o doente longe de seu familiar, induzindo-o ao sofrimento psíquico. Citam que a enfermagem tem dado uma importância em especial à envolvência da família na abordagem humana, mas a prática, muitas vezes, tem-se encarregado de contrariar essas expectativas.

Implicações: Diante da realidade e do stresse comum dos serviços de urgência e/ou emergência e da necessidade de se atuar de forma mais humanizada no acolhimento. Um aspeto importante é englobar a família. É necessária uma reflexão sobre a humanização em enfermagem que vem sendo precariamente exercida nos dias de hoje, predominando o avanço tecnológico e científico e, muitas vezes, fragmentando-se a atenção que deveria ser dispensada de forma mais humana. Parte-se deste pressuposto para o desenvolvimento deste trabalho, uma vez que a humanização tem se tornado destaque e que o profissional de enfermagem é um dos principais responsáveis por esta prática.

Conclusão: Cuidar o doente crítico cria desafios complexos, devendo os cuidados serem prestados mediante uma abordagem humanizada. Conduta ética, respeito pelos valores humanos, apoio afetivo, psicológico, além de outras ferramentas são fundamentais no cuidar da pessoa e sua família.

Uma das caraterísticas mais marcantes da urgência e/ou emergência é a dinâmica intensa de acolhimento, entre outras responsabilidades a responsabilidade ética tornam-se um requisito indispensável aos enfermeiros, pois a pessoa em situação critica assim como a família não suportam demora na tomada de decisões ou mesmo falhas de conduta, nomeadamente a ética.

Palavras Chave: Enfermagem**,** Humanização, Ética

*Docente- IPSN- ESSVA– Escola Superior de Saúde do Vale do AVE| CESPU| Portugal

RESPONSABILIDADE ÉTICA DEONTOLÓGICA E LEGAL DAS EQUIPAS DE EMERGÊNCIA

C. Simões*, A. Reis*

Método: Revisão da literatura, cujo objetivo é destacar a responsabilidade ética deontológica e legal das equipas de emergência, realçando os princípios orientadores para o pensar e agir destes profissionais de saúde.

Resultados: Pelos estudos analisados é possível entender que será imprescindível, dizer que cada profissão possui os seus próprios princípios éticos, as suas regras que regulam a conduta dos seus membros e as suas relações não só entre si, mas igualmente com os outros profissionais de saúde, as pessoas doentes e a sociedade em geral.

Um dos objetivos do (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro), é definir "(...) a responsabilidade, os direitos e os deveres (...) dos profissionais, dissipando(...) dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde mas também junto da população em geral". (Portugal, 1996).

Mas como refere Silveira de Brito (2007) "apesar das normas deontológicas assumirem uma natureza jurídica, fica um amplo espaço de intervenção para a consciência ética individual do profissional, que se defronta sempre com particularismos do caso concreto, que há que ponderar e é impossível integrar na estatuição".

A procura do melhor para a pessoa doente (inconsciente ou não) deve exigir o respeito absoluto pela sua dignidade. Cada pessoa doente pede beneficência ética aos profissionais e aguarda uma decisão virtuosa, ou seja, a virtude consiste numa disposição habitual para o bem agir. As decisões vinculam-se sempre no melhor interesse para a pessoa doente e não pela técnica ao dispor - nem tudo que é tecnicamente correto é eticamente aceitável.

Conclui-se que os dilemas éticos mais presentes nos profissionais das equipas de urgência e emergência são questões de princípios que estão relacionados com o envolvimento na tomada de decisão.

Os princípios básicos que devem ser ideias orientadoras para os profissionais de saúde, e que são um ponto de partida importante, que têm de ser referidos a valores e a obrigar a um discernimento nos casos de conflito, são: Autonomia; Dignidade; Integridade e Vulnerabilidade. A escolha destes princípios expressa a proteção dos seres humanos nas áreas de rápido desenvolvimento da biomedicina e da biotecnologia.

Implicações: Os avanços da ciência e da técnica, deveras importantes na verdade, deram uma enorme contribuição para a prática do cuidar humano. Porém, após esta afirmação deverá ser colocado um ponto de interrogação, uma vez que tudo depende da forma como estes avanços são usados e por quem são controlados. Uma das preocupações que marca a atualidade prende-se com a abordagem da pessoa doente. Dai a importância dada ao desenvolvimento deste trabalho.

Conclusão: Uma intervenção técnica que não esteja incutida de uma reflexão e de uma prática ética, nos seus processos e nas suas finalidades, mostra-se aquém da eficácia que procura, podendo até ser nociva - desumanizante.

Perante este panorama disperso de atuação, solicitado pela necessidade do agir, tentamos anunciar à reflexão técnica do agir em situação de urgência/emergência, princípios de orientação, enraizados numa referência Europeia, sendo portanto próxima, do nosso modo de ser, de pensar e de agir e do qual se podem extrair normas e regras concretas de ação. (Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina)

A Autonomia não é um exercício cego de um poder, pede, exige atenção à solidariedade, atende à vulnerabilidade, empresta a marca da solicitude, exige o respeito absoluto pela dignidade humana, pede beneficência ética, para se poder obter decisões virtuosas.

Palavras-chave: Equipas de emergência, Responsabilidade legal, Ética Deontológica

*Docente- IPSN- ESSVA – Escola Superior de Saúde do Vale do AVE| CESPU| Portugal

AUTONOMIA DO ENFERMEIRO NA MOBILIZAÇÃO DA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

P. Vasconcelos*, M. Isidro*, P. Antunes*

Objetivos: A imobilização em plano duro e colar cervical é considerada *gold standard* na atuação pré-hospitalar, sobretudo na extração e transporte da Pessoa vítima de trauma desde o local do acidente até à unidade hospitalar. No entanto, o tempo prolongado de permanência em ambiente intra-hospitalar pode induzir iatrogenia e aumento da morbilidade decorrente do trauma. Esta comunicação visa evidenciar os dados do primeiro ano de implementação do registo de trauma sobre a mobilização da pessoa vítima de trauma pela equipa de enfermagem para remoção dos equipamentos de imobilização, quando justificado.

Métodos: Para a estrutura desta comunicação livre foi efetuada uma revisão da literatura e de artigos relevantes para esta temática e para a apresentação dos resultados foram utilizados os dados decorrentes do preenchimento da folha de registo de trauma no serviço de urgência do Hospital São Francisco Xavier, através de uma análise quantitativa.

Resultados: Os resultados demonstram os *timings* de permanência da Pessoa vítima de trauma em plano duro no serviço de urgência.

Conclusões: A autonomia do enfermeiro na mobilização da Pessoa vítima de trauma no serviço de urgência é fundamental para a diminuição do tempo de permanência desta no material de trauma pré-hospitalar, com implicação direta na diminuição de iatrogenia e morbilidade relacionada com o trauma.

Palavras-chave: Imobilização, Mobilização em Trauma, Autonomia do Enfermeiro

*Hospital São Francisco Xavier | Serviço de Urgência

ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DO DOENTE INTERNADO EM UCI: UM CUIDADO DE ENFERMAGEM

A. Rodrigues*, C.Costa**

Numa sociedade onde o desenvolvimento da ciência e da tecnologia trouxeram uma nova realidade aos cuidados de Enfermagem, a relação de ajuda parece ter um lugar virtual.

Muitas vezes nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) a técnica sobrepõe-se à comunicação em prol da doença, esquecendo o doente internado e em especial a sua família. Os enfermeiros em UCI são frequentemente confrontados com situações de elevado nível de stress, pois muitas vezes são eles os portadores de notícias de mau prognóstico, tornando-se difícil comunicar com a família, uma vez que se confrontam com os sentimentos dos familiares e com os seus próprios sentimentos.

O Enfermeiro ao prestar cuidados ao indivíduo, não o pode dissociar do meio onde este está inserido pois a família é o seu elo de ligação com o exterior, o seu suporte, e irá influenciar a forma como este vai responder à doença.

Objetivos: Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem do doente internado em UCI, na área do acolhimento; Promover a reflexão perante a prática profissional.

Método: Revisão de literatura realizada na base de dados electrónica EBSCO host. Para a seleção dos artigos, foi realizada a leitura e análise dos resumos, seleccionando os que atendiam à temática a ser estudada, estudos relativos a UCI de doentes adultos e com textos completos disponíveis. Perante as evidências teóricas e práticas do conceito de família, torna-se essencial incluir a família nos cuidados de saúde, obrigando os enfermeiros a repensar as suas práticas e o "alvo" dos seus cuidados. O cuidado requer atitudes para além da capacidade profissional, precisa sabedoria, solidariedade, compaixão, compaixão, intuição, criatividade, sensibilidade e imaginação.

O Enfermeiro deve então empenhar-se por empregar activamente e com sucesso, os conhecimentos que possuí, num interesse contínuo em desenvolver e alcançar o seu potencial e o daqueles que cuida, de forma a ser capaz de responder ao seu pedido de ajuda, por vezes silencioso e imperceptível a olhares menos atentos.

Palavras-chave: Cuidado crítico; Família; Acolhimento; UCI.

*Enfermeira, UCIP- Hospital CUF, Porto- Portugal; ** Enfermeira, BO- Hospital São Francisco Xavier, Lisboa- Portugal Resumo

A MONITORIZAÇÃO HEMODINAMICA COM CATETER DE PICCO

C.Luis*, C. Gonçalves*

A síndrome de disfunção multi-orgânica (SDMO) é uma condição que ocorre quando dois ou mais órgãos ou sistemas orgânicos são incapazes de funcionar no seu papel de manter a homeostasia, sem a intervenção de pessoal especializado. Não é uma doença em si mas sim uma manifestação de outra condição subjacente e progressiva. Nestas circunstâncias, os cuidados de enfermagem centram-se, em larga escala, na manutenção das funções respiratória e circulatória, com o intuito de suporte, na compensação de deficiências calóricas, na detecção de sinais de infecção e no conforto do doente. Relativamente à monitorização hemodinâmica, esta exige-se atenta e rigorosa, pretendendo-se avaliar a função cardíaca de forma a determinar a eficácia das modalidades terapêuticas a implementar. Neste sentido, torna-se fulcral avaliar uma série de parâmetros fundamentais como, por exemplo, o débito cardíaco (DC), entre outros, para agir com segurança no tratamento destes doentes. Para se avaliar o DC várias técnicas podem ser utilizadas e vários dispositivos têm sido desenvolvidos. Um deles envolve a sua medição pelo uso e interpretação dos dados obtidos através do Cateter de PiCCO, **utilizando como acessos vasculares um cateter arterial de termodiluição e um cateter venoso central,** garantindo uma série de vantagens como o fácil manuseio e uma rápida compreensão.

Objectivos:

- Explicar a tecnologia PiCCO;

- Reconhecer a sua importância na monitorização hemodinâmica de um doente, por exemplo, com SDMO;

- Apresentar os cuidados de enfermagem fundamentais na abordagem ao doente com Cateter de PiCCO.

Os conteúdos a apresentar baseiam-se em pesquisa bibliográfica e na nossa experiência profissional.

Conclusões: Apesar dos constantes desenvolvimentos das ciências da saúde, a taxa de mortalidade dos doentes com SDMO permanece elevada, requerendo, por isso, cuidados médicos e de enfermagem especializados e intensivos. Estes envolvem a mobilização de conhecimentos sólidos e actuais, o uso de recursos modernos e eficazes e o reconhecimento e monitorização apropriada das respostas ao tratamento instituído. A tecnologia PiCCO surge como segura e de utilidade crescentemente reconhecida pelos profissionais de saúde. Garante uma monitorização hemodinâmica contínua, em tempo real, empregando, para tal, algoritmos patenteados, fulcrais para estabelecer o tratamento adequado a cada caso clínico.

Palavras-Chave: *Monitorização hemodinâmica; PiCCO; SDMO; Débito cardíaco.*

*Enfermeiras | UCI | Hospital da Luz | Lisboa | Portugal

IMPLEMENTAÇÃO DA FOLHA DE REGISTO DE TRAUMA E DA *REVISED TRAUMA SCORE* NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

P. Antunes*, M. Isidro*, P. Vasconcelos*

A promoção da qualidade dos cuidados à pessoa vítima de trauma grave depende da implementação de sistemas de trauma funcionais, nos quais o registo de trauma é um elemento crucial. Um registo de trauma providencia uma forma de colher e analisar informação epidemiológica considerada pertinente que pode ser utilizada com o objetivo de implementar estratégias de promoção da qualidade, investigação e planeamento. Um registo de trauma pode produzir assim um significativo impacto na execução e avaliação de um sistema de trauma. A análise e interpretação dos registos de trauma contribuem para a produção de evidência científica nos cuidados à pessoa vítima de trauma grave. No contexto de caracterização do doente, da sua gravidade e, consequentemente, das suas necessidades, surgem diversos instrumentos disponíveis em formato de escalas, índices e indicadores. De acordo com a gravidade da lesão, o trauma pode ser classificado como *minor*, moderado, grave ou incompatível com a vida. No entanto a definição de trauma grave, ou *trauma major,* é algo incerto na literatura atual, quando ponderadas as diferentes variáveis envolvidas. Um dos índices mais usados a nível mundial é o *Revised Trauma Score* (RTS). Este é um índice de gravidade fisiológico que utiliza a conjugação de três parâmetros: a Escala de Coma de Glasgow (GCS), a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e a Frequência Respiratória (FR). Considerado um índice de fácil aplicabilidade, tanto a nível pré-hospitalar como intra-hospitalar, é de fácil manuseio por parte dos profissionais e facilita a adesão ao seu registo. Assim, o registo de trauma e a aplicação da *revised trauma score* constituem-se como parte integrante dos registos de enfermagem, pela capacidade de reunir informação considerada essencial para a avaliação de *outcomes* e promoção da qualidade dos cuidados no futuro. Este trabalho, sob forma de póster, evidencia os dados do primeiro ano de implementação do registo de trauma e da *revised trauma score* no serviço de urgência geral, incluídos no projeto da via verde de trauma, em desenvolvimento no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de São Francisco Xavier.

Palavras-chave: Registo de Trauma, *Revised Trauma Score*, Serviço de Urgência

*Hospital São Francisco Xavier | Serviço de Urgência

COLHEITA DE SANGUE E HEMÓLISE. QUE EVIDÊNCIA?

C. Santos*, A. Rocha**

Tema: A colheita de sangue é uma das técnicas invasivas mais usuais na prática hospitalar. Ao longo do tempo, a colheita de sangue através de cateter venoso periférico (c.v.p.) tornou-se mais frequente perante a técnica de colheita por punção venosa. Esta revisão centra-se nas técnicas de colheita de sangue para análise clínica, mais especificamente na comparação da eficácia na prevenção da hemólise das amostras entre a colheita por meio de c.v.p. e de punção venosa, pretende-se concluir qual o método mais eficaz na prevenção da hemólise sanguínea.

Método: Foi realizada uma revisão sistemática recorrendo às bases de dados *online* EBSCO host e Google Scholar durante o mês de Outubro de 2012. Os descritores MeSh utilizados foram: *hemolisys, peripheral cateter, blood, specimen collection, venipuncture and intravenous catheter*.

Resultados: No total de 68 artigos encontrados, foram a analisados o título, resumo, conteúdo e formato. Foram selecionados 9 artigos. Estes foram submetidos a uma avaliação da qualidade segundo o Instrumento de Avaliação Critica de revisões Sistemáticas (JBI, 2011) e segundo o Instrumento de Avaliação da qualidade metodológica para estudos descritivos (JBI, 2011). Analisados os 4 artigos de maior qualidade e avaliado o nível de evidência segundo a Hierarquia de Evidência adaptado de Hockenberry, Wilson & Barrera (2006). Segundo os 4 estudos analisados, as amostras colhidas por c.v.p. apresentaram maior taxa de hemólise quando comparadas com a colheita por punção venosa.

Implicações: "A hemólise é a maior causa de rejeição de amostras de sangue, ocorre em 0-3,8% das amostras colhidas por punção venosa" (Halm *&* Gleaves, 2009). Neste sentido, sempre que ocorre a hemólise uma segunda amostra tem que ser colhida, o que resulta num desconforto para o utente, num aumento do tempo de internamento, num aumento da carga de trabalho para os profissionais e num aumento de custos para o hospital, para além de nalguns casos encaminhar para erros de diagnóstico e de tratamento e atraso dos mesmos. Estes aspetos em contexto de doente em situação crítica podem ter consequências graves e até mesmo fatais. Segundo Heyer *et al.* (2012), as amostras de sangue hemolisadas podem originar resultados laboratoriais pouco fiáveis. Tendo em conta a problemática envolvente desta intervenção de enfermagem é importante que esta se baseie na evidência científica existente.

Conclusões: Concluímos que a colheita de sangue através de punção venosa é a melhor prática para prevenir a hemólise sanguínea, mas esta é influenciada por outros fatores além da técnica de colheita utilizada, sendo que estes não foram isolados como uma variável a ter em conta nos estudos analisados. Nos estudos analisados são também referidos outros aspetos relacionados com a técnica de colheita sanguínea para os quais os profissionais devem estar sensíveis, pois interferem diretamente com a qualidade e eficiência dos cuidados de enfermagem prestados.

Palavras-Chave: *Hemólise; cateter venoso periférico; punção venosa; evidência.*

*Escola Superior de Enfermagem do Porto, **Hospital CUF Porto, UCIP

DOLOR TORACICO EN EL ÁREA DE URGENCIAS / OBSERVACIÓN. PROTOCOLO

Guillermo Casín Galván; Esther María Guirado Zambrano.

Tema: Se estima que son en torno al 5 – 7 % de las demandas asistenciales de los servicios de urgencias. Teniendo en cuenta, que dentro de la clasificación de las causas cardiovasculares que los origina son causas potencialmente mortales a corto plazo sin tratamiento, tipo: IAM, TEP, Disección Aórtica..., entendemos que son pacientes potencialmente críticos en nuestra área de trabajo, que precisan de una intervención inmediata y adecuada a sus necesidades clínicas.

Por todo ello, se elaboró un nuevo protocolo de actuación en el dolor torácico en nuestro servicio. Se difundió en varias sesiones clínicas y en formato digital / papel para los profesionales implicados en su desarrollo.

El objetivo del mismo es intentar aumentar el conocimiento sobre el dolor torácico y así, la correcta prestación de cuidados por parte de los profesionales del servicio.

Un dolor torácico es cualquier molestia o sensación anómala presente en la región del tórax situada entre el diafragma y la base del cuello, de instauración reciente.

Diagnóstico diferencial:

- Es importante diferenciar entre el dolor somático y el visceral.
- Muchas estructuras torácicas generan dolor con la misma localización, dado que la inervación sensitiva corresponde al mismo segmento espinal (C2 a D6)
- Se localizan en el mismo sitio y con clínica similar cuadros potencialmente graves y patologías banales.
- No siempre existe una buena correlación entre la intensidad del dolor y la gravedad de la patología causante.
- Dada la frecuencia de las patologías que lo originan pueden coexistir, en algunos casos, en el mismo paciente, varias causas productoras del dolor torácico.

OBJETIVOS.: GENERAL. Tratar con la mayor rapidez al paciente con dolor de etiología coronaria. ESPECIFICO. Establecer un diagnóstico rápido y certero. Diferenciar si es realmente una urgencia o una patología leve

ETIOLOGÍA DEL DOLOR TORÁCICO:

Cardiaco: Dolor opresivo, retroesternal, irradiado a MSI, cuello mandíbula. Se alivia con los nitritos. Se puede acompañar de cortejo vegetativo (nauseas, vómitos, sudoración fría)

- Isquemia: angina estable, angina inestable, variante e infarto agudo de miocardio.
- Valvulopatías: estenosis aórtica.
- Miocardiopatía Hipertrofia Obstructiva.
- Pericarditis.

Vascular: Similar al dolor cardiaco en la localización, pero varía con la respiración empeorando con el decúbito y mejorando con la incorporación del tórax.

- Tromboembolismo pulmonar: Dolor pleurítico punzante, se modifica con inspiración, posturas, disnea, hipoxemia, taquicardia, shock cardiogénico. EKG puede aparecer: taquicardia sinusal, P pulmonar, eje QRS derecho, BCRDHH, patrón S1Q3T3 = UCI.
- Disección aórtica: Dolor lancinante cuello, espalda, tórax + gravedad+ asimetría o disminución de pulsos periféricos + soplo Ao + signos neurológicos = UCI.
- Hipertensión pulmonar.

Pulmonar: Dolor punzante, irradiado a cuello. Aumenta con los movimientos respiratorios y con la tos. Se suele acompañar de disnea:

- Neumonía: Realiza Rx.
- Neumotórax: En persona joven, con disnea y tos, se realiza Rx en inspiración y espiración. Tras valoración de la gravedad, insuficiencia respiratoria, pasará a UCI, observación o planta.
- Pleuritis o Traqueo bronquitis.

Gastrointestinal: Suele estar relacionado con la ingestión de bebidas frías, alcohol o AINES.

- Reflujo gastroesofágico.
- Espasmos esofágicos: Hay que tener en cuenta que mejoran con cafinitrina, pero los EKG son normales.
- Ulcera péptica / perforación esofágica.
- Colecistitis / Pancreatitis.

Musculoesqueléticas: De carácter mecánico. Relacionado con las posturas y los movimientos del tórax. Se reproduce al presionar la zona dolorosa.

- Discopatías cervicales; Contracturas musculares.
- Artrosis; Artritis

Neurológicas: Neuralgia por compresión, Herpes Zoster.

Otras:

- Causas emocionales: Crisis de Ansiedad, Crisis de conversión.
- Traumatismos en caja torácica: Dolor a la palpación.

INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE EL DOLOR TORÁCICO

El dolor torácico constituye una de las causas más frecuentes de consulta en un servicio de urgencias, y conlleva, a un grado alto de ansiedad ante el temor de que pueda ser síntoma de una cardiopatía isquémica. El enfoque de actuación ante un paciente con dolor torácico va a depender de que se establezca un diagnóstico etiológico de presunción de patología grave (actuación inmediata) o leve, caso de cuadro de ansiedad (actuación no tan inmediata). Por eso enfermería en el triaje juega un papel fundamental para el desarrollo de la actuación a seguir con el paciente en nuestra área.

Triaje.

Valoración hemodinámica:

Toma de Tensión arterial y frecuencia cardiaca.
Frecuencia respiratoria.
Temperatura.
Saturación de oxigeno
Registro de las constantes.

Anamnesis:

Antedecentes personales:
Factores de riesgo cardiovasculares
Fumador Diabético Obesidad Dislipedemia
Antecedentes familiares (varones <55 años y mujeres < 65 años con enfermedad coronaria) y personales de cardiopatía isquémica.
Antecedentes de infección.
Uso de determinados fármacos o consumos de tóxicos: cocaína.
Antecedentes de inmovilización.
Características del dolor:
Comienzo Localización. Irradiación. Duración.
Causas desencadenantes Circunstancias que alivian el dolor.
Síntomas asociados.

A este tipo de pacientes, si además presentan constantes vitales alteradas se les dará prioridad absoluta en su atención, y serán trasladados a un box libre o a la sala de paradas en su defecto. Se avisará a un médico de la presencia de este paciente. Se debe tranquilizar al paciente y nunca mencionar la palabra infarto o angina.

Área de Urgencias / Box urgencias.

Realización de ECG de 12 derivaciones.

Las tres alteraciones electrocardiográficas elementales que acompañan al SCACEST se ponen en relación con los distintos grados de afectación isquémica del miocardio.

- Onda Q patológica (anchura superior a 40 ms y profundidad superior al 25 % de la R subsiguiente) como expresión de necrosis.
- Elevación del segmento ST, relacionado con lesión celular.
- Inversión de la onda T, consecuencia de la isquemia.
- Se vigilarán la presencia de arritmias peligrosas, extrasístoles ventriculares.

Monitorización del paciente y registro de las mismas. TA, FC, Tª, Sat O2.

Administración de oxígeno al paciente con gafas nasales entre 2-4l/m.

Canalización de acceso venoso periférico de grueso calibre y extracción de pruebas diagnósticas prescrita. (Bioquímica (incluyendo las enzimas cardíacas, hemograma y coagulación)

Gasometría arterial si existe sospecha de tromboembolismo pulmonar**.**

Administración de tratamiento prescrito por facultativo. (Ver a continuación)

ACTUACIÓN MÉDICA ANTE EL DOLOR TORÁCICO.

Exploración física:

Pulsos central y periféricos:

Diferencias entre pulsos y TA de los miembros sugieren disección aórtica.

Pulso carotídeo saltón: insuficiencia aórtica.

Ingurgitación yugular: Hipertensión pulmonar, estenosis pulmonar o tricúspidea, pericarditis constrictiva y taponamiento cardiaco., asma, enfisema, derrame pleural y neumotórax, obstrucción de la vena cava superior.

Pulso paradójico: Taponamiento cardiaco, TEP, EPOC grave, insuficiencia cardiaca derecha grave, pericarditis constrictiva. Examinar signos de TVP en MMII.

Auscultación cardiaca: debe hacerse en decúbito y sedestación. En busca de soplos, roce pericárdico y tercer o cuarto ruido (IC e IAM)

Auscultación pulmonar:

Crepitantes unilaterales: posible neumonía.

Crepitantes bilaterales: edema agudo de pulmón.

Hipoventilación: derrame pleural o neumotórax.

Hipofonía: derrame pleural.

- Palpación abdominal: – Pancreatitis.

Pruebas complementarias.

Aunque la solicitud de las mismas vienen dadas por el personal facultativo, todos los profesionales sanitarios del Servicio de urgencias, observación, deben de conocer cuales son y para que se hacen.

Rx Tórax: Buscando infiltrados, derrame pleural, línea de neumotórax.

Enzimas Cardiacas: Si hay sospecha de SCA o en caso de DT no solo se determinará la troponina y la CK-MB al ingreso, se ha de repetir, incluso en caso de negatividad, a las 6 horas. Dimero D<500 mcg /l casi descarta un TEP. Seriar enzimas cardiacas, fermentos y troponina y EKG cada 6 horas en el área de observación, hasta 3 determinaciones.

EcoCardiografía: para diagnóstico y valoración de la severidad del taponamiento cardiaco.

Prescripción farmacológica.

Nitroglicerina: efectos hemodinámicas favorables mediante la dilatación de las arterias coronarias y, en menor grado, de las arterias periféricas.

La administración por vía intravenosa sólo estaría indicada en los casos con persistencia del dolor precordial, presencia de hipertensión arterial o signos clínicos de congestión pulmonar debida a un cuadro de insuficiencia cardiaca.

Acido Acetilsalicílico (A.A.S.): La administración precoz de aspirina se asocia con una reducción de la mortalidad en los pacientes con SCASEST. La dosis habitual oscila entre 160-325 mg.

Clopidogrel: Se debe administrar a pacientes con cambios isquémicos en el EKG (Alteración del segmento ST u ondas T negativas), así como en aquellos con incrementos de los marcadores bioquímicos de necrosis. La dosis de carga es de 300 mg, seguida posteriormente de una dosis de 75 mg al día.

Morfina: Es el analgésico de elección en caso de dolor persistente tras la nitroglicerina. Además de analgésico, es un potente vasodilatador venoso. También posee un importante efecto ansiolítico. Debe administrase por vía intravenosa lenta para evitar depresión respiratoria, en dosis de 3-5 mg repetidos cada 5-15 minutos si fuese necesario.

ESQUEMA DE VALORACIÓN DEL DOLOR TORÁCICO.

Dolor torácico: ¿Se modifica con los movimientos?
SI: Perfil Osteomuscular. No: ¿Aumenta con la respiración?
Si: Perfil Pleurítico No: Perfil Isquémico.
Duración:>30 minutos: IAM. Patología aórtica aguda. < 20-30 minutos: **Angina.**
Angina: ¿Desencadenado por esfuerzo o estrés?
No: Angina de PRINZMETAL: Angina inestable. Si: ¿Aparece también en reposo?
Si: Angina Inestable No: ¿Ha progresado en los últimos 2 meses?
Si: Angina inestable. No: Angina estable

ACTUACIÓN / TOMA DE DECISIONES FRENTE AL DOLOR TORÁCICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS / OBSERVACIÓN.

DOLOR TORÁCICO TÍPICO.

- EKG Isquémico:

* Ascenso o descenso de ST > 1 mm en el amenos dos derivaciones concordantes.

* Onda T negativa, picuda simétrica en derivaciones concordantes (excepto en V1 y AVR)

* BCRIHH de aparición coincidiendo con el dolor.

Avisar inmediatamente a UCI, con intervenciones enfermeras realizadas. (Ver punto 4)

- EKG Dudoso, no diagnosticado:

* Ingresa en observación inmediatamente. (En el servicio de urgencias se le realizaron las pruebas diagnósticas según protocolo) Monitorización de constantes. Si existen cambios en EKG o en las enzimas cardiacas pasaría a UCI.

- EKG Normal:

* Tras pruebas diagnosticas en el servicio de urgencias, valorar ingreso en Observación o estancias cortas. Seriar enzimas cardiacas y EKG a las 6 horas. Si cambios pasaría a UCI.

** Nota: Si existe alteraciones en las enzimas cardíacas durante la seriación, se realizará una ergometría tras la última analítica. Si la ergometría es normal el paciente se irá de alta y si la ergometría es positiva, el paciente se queda ingresado para cardiología.

Siempre se repetirá EKG si se producen cambios en las características del dolor o si desaparece. EKG cada 30 minutos si el dolor no desaparece

En todo dolor torácico típico, si TA>100/70 administrar cafinitrina S.L. después del EKG y observar respuesta.

Los traslados de la UCI se realizaran siempre acompañado por el celador, personal de enfermería y personal médico .

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO < 3 F.R. +

- ECG Isquémico: * Consultar UCI. En observación siempre con pruebas diagnósticas previas de urgencias y tratamiento S.L.

- ECG dudoso, no diagnóstico: * Consultar observación. Si ingresa en observación, tras pruebas diagnósticas realizadas en urgencias, sería para seriar enzimas cardiacas y EKG, valorar dolor y comparar posibles cambios.

- ECG normal: * Continuar estudios en urgencias, buscar otras posibles causas del dolor.

RESULTADOS: La acogida del nuevo protocolo, por parte de los profesionales del servicio de urgencias / observación ha sido bastante buena. Dicho protocolo ha mejorado nuestros conocimientos, nuestros cuidados y nuestra coordinación.

IMPLICACIONES: El grupo de mejora del área de urgencias / observación de nuestro hospital, detectó la necesidad de realizar un nuevo protocolo de actuación con pacientes con clínica de dolor torácico. La implicación para su elaboración y puesta en marcha ha sido de forma multidisciplinar por parte de los profesionales sanitarios de nuestro servicio de urgencias / observación.

CONCLUSIÓN: La elaboración del protocolo ha tenido un éxito en nuestro servicio, la mayoría de los profesionales sanitarios agradecen que se cuente con ellos para la elaboración de protocolos de actuación. Además, ha mejorado nuestra formación, actuación y coordinación frente a dicha clínica.

PALABRAS CLAVE: Thoracic pain; typical; atypical; differential diagnostics; Dor torácica; típico; atípica; diagnóstico diferencial.

Hospital Quirón Sagrado Corazón. Sevilla. España.; guillermocasin75@hotmail.com

ICTUS EN EL ÁREA DE URGENCIAS / OBSERVACIÓN. CÓDIGO ICTUS.

Guillermo Casín Galván; Esther María Guirado Zambrano.

Tema: Teniendo en cuenta la clínica del ictus y la situación crítica a la que puede llevar, nuestros responsables, vieron conveniente la formación de los profesionales de urgencias / observación sobre dicha patología. Se pasaron los resúmenes de documentos, formación mediante sesiones clínicas y con todo ello se elaboró un protocolo de actuación. Antes de iniciar la definición del protocolo de actuación, debemos de conocer el concepto ICTUS y su clasificación. Consiste en una disfunción cerebral focal derivada de una alteración de la permeabilidad en los vasos que irrigan una zona del encéfalo, de instauración aguda (minutos u horas) y más rara vez subaguda (días). En función de la naturaleza de la lesión se clasifica en:

ICTUS ISQUÉMICOS. 80 %

La causa es falta de irrigación de sangre a una parte del cerebro. A su vez los ictus isquémicos pueden ser de origen arterial y venoso. Según clínica, estos a su vez se dividen en:

- **Ictus transitorios (AIT)** Se caracterizan porque el déficit neurológico dura menos de 24 horas, aunque la mayoría de los episodios duran pocos minutos y se recuperan dentro de la primera hora.
- **Infarto cerebral** Cuando el déficit neurológico dura más allá de las 24 horas. **El infarto cerebral progresivo o en evolución** es aquel que origina un déficit neurológico de más de 24 horas y cuya sintomatología inicial evoluciona hacia el empeoramiento, e **infarto cerebral establecido** si el déficit neurológico instaurado no progresa y se mantiene sin modificación de la sintomatología durante al menos 24 horas en el sistema carotídeo y 72 horas en el sistema vertebrobasilar.

ICTUS HEMORRÁGICOS. 15 – 20 %

Causado por la rotura de un vaso y la extravasación sanguínea parenquimatosa, subaracnoidea, subdural y epidural.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON UN ACCIDENTE VASCULAR. CODIGO ICTUS.

Triage.

El ictus es una urgencia neurológica cuyo pronóstico depende en gran parte de la rapidez en el inicio de las medidas terapéuticas generales y específicas. Para ello desde el triage se deberá estratificar la gravedad del paciente y se activará el Código Ictus, que consiste en un dispositivo asistencial operativo las 24 horas del día, cuyo objetivo es agilizar la recepción, exploración física, realización de TAC para seleccionar a los pacientes candidatos a fibrinolisis para mejorar evolución clínica.

Valoración.

Interrogatorio. Relacionado con motivo de consulta, orientado hacia la presencia de síntomas como:

- Adormecimiento o debilidad repentina de la cara, brazo o pierna y sobre todo si afecta a una mitad del cuerpo.
- Confusión repentina: dificultad para hablar, pronunciar o entender palabras.
- Dificultad de visión repentina en uno o ambos ojos. (incluye visión doble)
- Dificultad repentina para caminar, inestabilidad, pérdida de balance o de coordinación.

Examen físico.

Determinación de tensión arterial, temperatura y saturación de oxígeno. La valoración se hace con la escala de Rankin Modificada.

Clasificación por nivel de gravedad.

- Nivel 1 o Emergencia: asistencia inmediata:

Serán clasificados en este nivel aquellos enfermos:

** Pacientes con criterios para activar el Código Ictus subsidiarios de tratamiento trombolítico (Prioridad 1)

. Pacientes < 80 años y > 18 años.
. Autosuficiente previamente: Rankin menor o igual a 2.
. No ictus previo.
. Inicio de los síntomas en menos de 4 horas, documentado por testigos.
. Síntomas o signos neurológicos persistentes en el momento de la exploración.
. El posible ictus no se detectó al despertarse el paciente.
. No en situación de coma.

Avisar al médico de urgencias y trasladarlo inmediatamente a la consulta de emergencias.

** Pacientes sin criterio para activar código ictus, pero con inestabilidad hemodinámica o alteraciones ventilatorias. (Prioridad 2)

Pasaran en carro o camilla a la consulta de emergencia acompañado por enfermería de triage.

- Nivel 2. Asistencia en menos de 15 minutos:

El resto de pacientes, con prioridad 3, o sea, aquellos que no cumplan ninguna de las condiciones anteriores serán atendidos en consultas generales.

ESCALA DE RANKIN Modificada.

0. Sin síntomas
1. Sin incapacidad Importante
   Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2. Incapacidad Leve
   Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3. Incapacidad Moderada
   Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma
4. Incapacidad Moderadamente Severa.
   Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque si necesidad de atención continua.
5. Incapacidad Severa
   Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche.

EVALUACIÓN Y MEDIDAS INICIALES EN EL AREA DE URGENCIAS. MANEJO DEL PACIENTE.

Las primeras medidas deben ir dirigidas a:

a) mantener la estabilidad cardiorrespiratoria.
b) determinar si los síntomas son debidos a un ictus.
c) detectar candidatos subsidiarios de tratamiento trombolítico.

ENFERMERÍA.

- Comprobar la función ABC y valorar la necesidad de proteger la vía aérea y previsión de soporte ventilatorio, especialmente en pacientes con bajo nivel de conciencia y viabilidad clínica.
- Reposo absoluto en cama. Cabecera a 30 grados.
- Monitorización ECG continua y pulsioximetría. Toma de constantes: PA, Temperatura axilar, FC, Saturación de oxígeno.
- Glucemia capilar.
- Colocación de vía venosa periférica (calibre 16-18G) en el brazo no parético con suelo salino de mantenimiento. Se evitarán las soluciones glucosadas.
- ECG de 12 derivaciones con tira de ritmo.
- Oxigenoterapia. Si Saturación oxígeno inferior a 92 ventimask al 40%.
- Extraer analítica: Bioquímica completa, hemograma y coagulación. Gestación en mujeres jóvenes.
- Evitar punciones arteriales y sondaje vesical, a no ser que exista una orden médica específica que lo indique.
- Localizar a un familiar responsable, para facilitar la obtención del consentimiento informado en caso necesario.

MEDICO.

- Comprobar función ABC.
- Exploración Neurológica.
- Anamnesis y exploración física.
- Solicitar Rx tórax.
- Si código ictus, contactar con intensivista y radióloga para solicitar TAC craneal.

DIAGNOSTICO CLINICO.

1. Diagnóstico directo y diferencial.

- Los síntomas de ictus: perdida de fuerza o torpeza en la mitad del cuerpo, dificultad del hablar, desorientación...

- El diagnostico diferencial incluye: ictus isquémico o hemorrágico, hematoma subdural, TCE en pacientes inconscientes, tumor cerebral....

2. Diagnóstico lesional.

Orientan hacia Ictus Isquémico: presión en horas, predominio nocturno o al levantarse, antecedentes de cardiopatía. Pueden ser:

Aterotrombótico: Tamaño medio o grande, cortical o subcortical, carotídeo o vértebrobasilar, con a) estenosis >50 % del diámetro luminar u oclusión de la arteria extracraneal correspondiente b) presencia de placas o estenosis < 50 % en la arteria cerebral media, posterior o tronco basilar con al menos 2 factores: edad >50 años, HTA, DM, tabaquismo, hipercolesterolemia.

Cardioembólico: De tamaño medio o grande, habitualmente cortical.

Orientan hacia Ictus Hemorrágico: presencia de desencadenantes como el esfuerzo, presencia de factores de riesgo HTA, Alcoholismo, tratamiento anticoagulante, cefalea intensa, disminución nivel de conciencia.

3. Diagnóstico topográfico.

Se han definido cuatro síndromes neurovasculares sencillos y fáciles de detectar por todos los médicos.

- Total Anterior Circulation Infarction (TACI)
- Partial Anterior Ciculation Infarction (PACI)
- Lacunar Infarction (LACI)
- Posterior Circulation Infarction. (POCI)

DESTINO DEL PACIENTE.

1. Observación sillones:

- Ictus sin criterios de observación camas.
- Ictus en pacientes con patologías crónicas avanzadas, demencia previa.

2. Observación camas:

- Pacientes con y hemorragia cerebral de cualquier tipo, salvo los que tengan criterio de UCI.
- Ictus isquémicos con prioridad 2, salvo con criterios de UCI.
- Ictus isquémicos con prioridad 3 e inestabilidad hemodinámica, alteración ventilatoria o progresión del déficit neurológico y deterioro del nivel de conciencia.

3. UCI.

Deben ingresar en UCI aquellos con código ictus para fibrinolísis o con gravedad actual o potencial y con posibilidades de recuperación, que requieran para su manejo monitorización o tratamiento intensivos.

El código ictus consiste en la fibrinolisis, que es un tratamiento altamente eficaz en el ictus agudo si se administra en las 3 primeras horas tras el inicio de los síntomas y que disuelve los coágulos sanguíneos. Mediante este mecanismo, la circulación sanguínea cerebral puede mejorar y evitar o reducir la extensión de infarto cerebral con mejoría sustancial de los síntomas.

La fibrinolisis no siempre disuelve los coágulos sanguíneos ya que éstos pueden ser de diferentes tamaño y composición. El tratamiento con fibrinolísis puede causar sangrado en el cerebro que puede llegar a ser importante y ocasionar un deterioro clínico entre 2 – 7 % de los pacientes y excepcionalmente causar la muerte.

El tratamiento se administra de forma intravenosa y se supervisará y evaluará de forma intensiva durante las primeras 24 horas.

4. Planta.

- Pacientes sin riesgo vital, estabilizados en observación de sillones o camas, después de las estancias predefinidas en cada área funcional.

MANEJO DE ENFERMERÍA EN OBSERVACIÓN.

Los cuidados generales son:

- Cabecero a 30 grados. Evitamos broncoaspiración y mejoramos perfusión cerebral.
- Evitar técnicas agresivas en un lugar de compresión difícil. Punción arterial, Sondaje vesical...
- Canalizar nueva vía venosa. 18 – 20 G.
- Confirmar extracción analítica del Código Ictus y "pruebas cruzadas".
- Monitorización continúa. ECG, Frecuencia respiratoria, Presión arterial (cada 15 minutos las primeras 2 horas, cada 3 minutos las 6 horas posteriores y horaria hasta cumplir las 24 horas), Glucemia cada 6 horas, temperatura cada 4 y exploración neurológica (cada 15 minutos durante las primeras 2 h, cada 30´ las 6 h posteriores y cada hora hasta cumplir las 24 h.
- Si deterioro neurológico, nauseas, cefalea, vómitos... avisar al médico.
- Vía aérea permeable: Mantener próximo al paciente material necesario para su intubación y ventilación por si precisase.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO EN ICTUS ISQUEMICO.

- Antitrombóticos, Anticoagulantes (Tras Tc craneal) y Fibrinolisis intravenosa.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO EN ICTUS HEMORRÁGICO.

- Hemorragia intracerebral: Protocolo general de manejo del ictus agudo. Se valorara las indicaciones quirúrgicas en pacientes con hematoma lobar.
- Hemorragia subaracnoidea: Ante bajo nivel de conciencia o déficit neurológico ingres o en UCI. Protocolo general de manejo del ictus agudo. Reposo absoluto.

RESULTADOS El tener protocolizado nuestras intervenciones, nos aseguran la prestación de cuidados de calidad en situaciones tan críticas como la que nos ocupa. El conocimiento sobre la clínica e intervenciones aumento considerablemente en nuestros profesionales sanitarios tras dicho protocolo.

IMPLICACIONES Todo el personal sanitario de nuestro servicio de urgencias / observación ha participado de una forma activa en la elaboración, desarrollo y puesta en marcha de nuestro protocolo.

CONCLUSIÓN. Los objetivos de una evaluación urgente son confirmar el diagnóstico de ictus, excluyendo otras lesiones, determinar si es de naturaleza isquémica o hemorrágica, establecer una sospecha diagnóstica sobre etiología más probable, localizar y valorar la extensión, avanzar un pronóstico y detectar y tratar complicaciones neurológicas y sistémica.

PALABRAS CLAVE:

Code Stroke; Hemorrhagic Stroke; Ischemic Stroke; Fibrinolysis

Código Acidente Vascular Cerebral; Hemorragica; Isquêmica; Fibrinolise;

Hospital Quirón Sagrado Corazón. Sevilla. España.; guillermocasin75@hotmail.com

LA SIMULACIÓN CLÍNICA DE ALTA FIDELIDAD MEJORA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS EN EL SOPORTE VITAL BÁSICO

DURÁ ROS, Mª JESÚS; MERINO DE LA HOZ, FELICITAS; TORRES MANRIQUE, BLANCA; HORRA GUTIÉRREZ INMACULADA; GONZÁLEZ GÓMEZ, SILVIA.

Introducción: La formación en Soporte Vital Básico (SVB) se ha realizado generalmente con Simulación de Baja Fidelidad (LFS). La aplicación de metodologías docentes innovadoras, como es la Simulación de Alta Fidelidad (HFS) donde se recrea un escenario lo más fiel a la realidad, y donde las implicaciones docentes y económicas son totalmente diferentes, hace preciso definir la idoneidad de estas dos metodologías para la consecución de las competencias en SVB.

Objetivo: Analizar las competencias adquiridas en SVB con la utilización de las dos modalidades de simulación clínica, alta fidelidad versus baja fidelidad.

Metodología: Estudio experimental, no controlado, pre-test y post-test, utilizando cuestionarios de evaluación sobre conocimientos en SVB.

La muestra fueron 119 alumnos de 1° y 2° de enfermería de la Universidad de Cantabria (UC).

Se realizó la comparación de dos modelos de simulación clínica, HFS versus LFS para la adquisición y persistencia de competencias en SVB.

Los alumnos realizaron un PRETEST, antes de recibir formación en SVB. Después, se impartió una sesión teórica en SVB de 100 minutos y una práctica de dos horas con simuladores convencionales, en grupos de 20 alumnos, (relación instructor/alumno 1:10 y maniquí/alumno 1:5). El grupo experimental recibió un seminario de HFS de dos horas.

Una semana después se realizó el POSTEST I, y seis meses más tarde, el POSTEST II.

Las variables se describen como medias y desviación estándar y las comparaciones entre los grupos se han efectuado mediante t de Student (SPSSV20.0).

Resultados: Los resultados de la evaluación PRETEST (n=119) fueron 9,96±2,64 para 1°UC y 11,61±3,15 para 2°UC ($p<0,01$). Efectuada la docencia teórico-práctica, el resultado POSTEST I de estos dos grupos (n=113) se incrementó a 15,08±1,80 para 1°UC y 14,91±1,97 para 2°UC (ns). Finalmente, al cabo de seis meses, se realizó el POSTEST II (n=111), cuyo resultado fue de 14,34±2,64 para 1°UC y 16,53±1,85 para 2°UC ($p<0,001$).

Discusión: Todos los alumnos obtuvieron una nota en el PRETEST inferior al POSTEST I. En la adquisición de competencias no hay diferencias en el POSTEST I entre los alumnos de 1°UC entrenados con el modelo de baja fidelidad y los de 2°UC entrenados con el de alta fidelidad. Sin embargo, al cabo de 6 meses, los resultados del POSTEST II indican que los conceptos adquiridos con el modelo de baja fidelidad (1°UC) tienden a declinar, mientras que los adquiridos con alta fidelidad (2°UC) perduran, lo que podría explicarse por la diferente metodología (diferentes escenarios, visualización del caso y puesta en común).

Conclusiones: La adquisición de competencias en SVB puede realizarse tanto con modelos de HFS como de LFS, si bien la participación de la HFS favorece la persistencia de los conocimientos adquiridos.

Palabras Clave: Soporte Vital Básico, Simulación Clínica, Enfermería, Competencia.

MINIMIZAR O IMPACTE NA FAMÍLIA DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA AGUDA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

F. Barbosa*, T. Rocha**, T. Ribeiro**, T. Alves**, A. Castro**

Tema: Famílias de crianças internadas em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), por situação crítica aguda (SCA), vivenciam alterações emocionais e comportamentais que alteram a sua autonomia. Cuidar da criança neste contexto relaciona-se diretamente com o cuidado à família, como tal pretende-se compreender como o enfermeiro pode minimizar o impacte da SCA da criança na sua família.

Método: O protocolo de pesquisa realizou-se segundo o manual *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (RSL). Os critérios de inclusão de estudos na revisão continham os seguintes elementos: i) participantes: crianças/pais internadas em UCIP, por SCA; ii) cuidados de enfermagem que minimizem o impacte na família com criança em SCA. Os critérios de exclusão referiam-se a estudos relacionados com intervenções fora da atividade de enfermagem. Na pesquisa não houve restrição linguística, situando-se o período de publicação entre 2004 e 2014. Utilizou-se a seguinte expressão nas bases de dados Web of Knowledge ISI e Scopus: (Nurs* AND family AND pediatric intensive care).

Resultados: Obtiveram-se 485 artigos, implementando o protocolo de RLS incluíram-se 4. Machado, *et al.* (2007) considera o enfermeiro, o elemento mais próximo e capaz de estabelecer uma relação de confiança, minimizando o medo na criança/família. Segundo Haurbaugh *et al.* (2004) pais de crianças internadas em UCIP valorizam, no cuidado prestado pelos enfermeiros, a sua simpatia, acessibilidade, compaixão, confidencialidade, o conhecimento sobre as necessidades da criança e dos pais e o envolvimento destes no cuidado. Segundo Spitz-Koberich, *et al.* (2010), os pais preocupam-se principalmente com o seu envolvimento na prestação de cuidados e com a qualidade destes. Segundo Colville, *et al.* (2005), mães que partilhem os seus sentimentos com profissionais de saúde no momento da admissão da criança na UCIP, têm níveis de *stress* pós traumático significativamente menores. Outros autores verificaram níveis de *stress* relativos à hospitalização da criança menores em pais que permanecem na UCIP, pela disponibilização de uma cama na unidade.

Implicações: Identificar os aspetos valorizados pelos pais durante o internamento da criança em SCA na UCIP permite ao enfermeiro definir estratégias terapêuticas que minimizem o impacte na família.

Conclusão: Pais de crianças em SCA valorizam no enfermeiro a empatia, compaixão, acessibilidade, disponibilidade, confidencialidade e o conhecimento deste sobre as necessidades da criança /família. Informar e permitir a envolvência constante dos pais na prestação de cuidados, possibilitando a sua presença contínua e a partilha de emoções sentidas no momento da admissão na UCIP aumenta o seu conforto e segurança e diminui o medo de perda, assim como o *stress* decorrente da hospitalização e o *stress* pós traumático. Sendo o enfermeiro o elemento mais próximo da criança/família, a gestão de todos estes aspetos permite reduzir o impacte provocado pela SCA da criança na sua família.

Palavras-chave: Revisão Sistemática da Literatura; Enfermagem; Família; Cuidados Intensivos Pediátricos.

*Enfermeira do Serviço de Pediatria do Hospital de Braga, especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Aluno 3º ano do Curso da Licenciatura em Enfermagem (ESE-UM)

.

RE CONSTRUIR A ESPERANÇA NOS PAIS DO DOENTE CRÓNICO EM ESTADO CRITICO

Elisabete Fernandes Neto*; Rosa Maria Moreira Alves **; Tânia Andreia Dias Ribeiro***

Tema: Refletir acerca da Esperança dos pais do doente crónico, em estado crítico, internado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Centro Hospitalar de S. João (CHSJ), com o intuito de contribuir para a sistematização das intervenções promotoras de esperança. Melhorar a forma como os enfermeiros apoiam os pais do doente crónico em fase crítica.

Método: Pesquisa bibliográfica e análise reflexiva dos cuidados promotores da esperança aos pais da criança crónica em estado crítico promovidos na UCIP.

Resultados: A observação, a experiência e sobretudo a reflexão sobre os nossos próprios atos é a melhor forma de aprendizagem e evolução. Desta forma a análise reflexiva da nossa prática à luz de uma teoria tornou-se sem dúvida num momento privilegiado que contribuiu para o nosso crescimento pessoal e profissional. Segundo Cuttcliffe e Herth (2002) as intervenções em esperança numa fase crítica da criança com doença crónica devem focar-se na manutenção da esperança.

A Esperança *"contribui para o aumento da capacidade da pessoa lidar com situações de crise, manutenção da qualidade de vida, determinação de objetivos saudáveis e promoção da saúde*" (Cavaco et al, 2010). A admissão de uma criança com doença crónica em estado crítico, nos cuidados intensivos pediátricos, surge como uma ameaça à esperança dos pais.

Implicações: Baseado nos princípios promotores da esperança, a Equipa de enfermagem da UCIP do CHSJ, desenvolve a Esperança no binómio criança/família, pretendendo-se sistematizar essas intervenções no cuidar em Enfermagem.

Conclusão: A Esperança surge como um aspeto vital relacionado com os cuidados de Enfermagem enfatizada na relação terapêutica estabelecida. Fortalece as defesas psicológicas e fisiológicas em situações de vivência de doença crónica aquando em estado crítico e internamento da criança em cuidados intensivos. É vital promover a esperança aos pais do doente crónico aquando de mais uma fase crítica, que muitas vezes pensam ser o final da vida do filho.

Palavras-Chave*:* Cuidados Intensivos Pediátricos; Doente crónico em estado crítico, Esperança e Pais.

* (betaneto@gmail.com); **(rosa.m.nurse@gmail.com); *** (taniandreia@live.com.pt)

Enfermeiras Especialistas de Saúde Infantil e Pediátrica, a exercer funções na UCIP do CHSJ.

O CUIDAR DA CRIANÇA EM ESTADO CRÍTICO SUBMETIDA A OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA

Tânia Andreia Dias Ribeiro * Maria Cristina Afonso Pinto **

Tema: Ao longo das últimas décadas o conhecimento produzido revelou-se fundamental para o desenvolvimento da enfermagem como disciplina científica. O doente crítico... e os desafios na UCIP, são focos de atenção e de exigência para as equipas de enfermagem. A Oxigenoterapia Hiperbárica (OTH), consiste na administração de oxigénio (O2), em estado puro ou misturado com outros gases, num ambiente com pressão superior à atmosférica. Uma modalidade terapêutica que tem sido utilizada, cada vez mais em diversas áreas, inclusive em doentes críticos. (Albuquerque, et al 2008) Em pediatria a sua utilização é ainda um caminho muito ténuo e frágil. Objetivo Refletir acerca da utilização da OTH em doentes pediátricos em estado crítico, com base no estudo retrospetivo de um caso clínico do paciente X admitido na UCIP.

Metodologia: Baseada na pesquisa bibliográfica e experiência profissional na UCIP e num estudo de caso. Desenvolvimento A OTH, é uma terapia que permite tratar, com bons resultados, pacientes em estado crítico, apesar das adversidades no transporte e na manutenção do paciente no interior de uma Câmara Hiperbárica por períodos prolongados.(Fernandes, et al 2009).Os mecanismos relacionados com a OTH são complexos, daí a necessidade de se desenvolverem mais estudos para compreender a sua utilização, indicações, contraindicações e técnica. O interesse crescente desta terapia tem conduzido a diversos estudos. No campo das lesões musculares (caso do paciente X), a utilização da OTH parece promissora, no entanto são necessários mais estudos, em especial na área pediátrica onde a técnica raramente é utilizada. A observação, a experiência e sobretudo a reflexão sobre os nossos próprios atos é a melhor forma de aprendizagem e evolução. O paciente X apresentava lesões neurovasculares do membro inferior esquerdo. Para recuperação da parte tecidular foi necessário realizar 10 sessões, 5 delas em ventilação mecânica, uma em ventilação não invasiva e 4 em ventilação espontânea. O tempo de duração de cada sessão – 1:30h.

Conclusão: A OTH foi um método complementar de tratamento importante utilizado no paciente X, o que está de acordo com as recomendações da 7ª Conferência Europeia de Consenso sobre Medicina Hiperbárica. A utilização desta terapia no paciente X, foi um desafio para a UCIP e um passo crucial na utilização desta técnica em doentes críticos com idade pediatrica - Um caso de sucesso.

Resultados: As lesões evoluíram favoravelmente no paciente X, não se verificou nenhuma reacção adversa ao tratamento. Nas duas horas após a utilização da OTH verificava-se melhorias significativas da perfusão periférica do membro afectado, os resultados desta melhoria decresciam com o passar das horas, o que explica a necessidade de várias sessões. A recuperação tecidular do membro inferior esquerdo do paciente foi crescente e favorável, a quando da transferência deste o membro do paciente apresentava recuperação da circulação do mesmo.

Palavras- chave: Oxigenoterapia; Hiperbérica; Pediatria; UCIP

* (taniandreia@live.com.pt) TLM- 919098745; ** (crisafonsopinto@sapo.pt) TLM- 960030008

UMA EXPERIÊNCIA NO PAÍS VIZINHO COM DADORES DE CORAÇÃO PARADO – MAASTRITCH TIPO II

Vanda Palmeiro*, Ana Fonseca**, Jorge Ferreira***, Fernando Sousa****

Introdução: Apesar de poder ser considerado um dos maiores sucessos da história da medicina, a transplantação continua atualmente a enfrentar gigantescos obstáculos, nomeadamente a escassez de órgãos.

Objetivos: Partilhar a experiência da colheita de órgãos em Dadores de Coração Parado realizada em Espanha, assim como as dificuldades sentidas e os sentimentos que daí decorreram.

Desenvolvimento: O número de pessoas em lista de espera para um transplante é elevado e número de dadores é manifestamente insuficiente para satisfazer estas necessidades. O enfermeiro pela sua proximidade aos clientes na prestação de cuidados ocupa uma posição privilegiada para a identificação de potenciais dadores.
Kootstra (2009), salienta que este talvez seja até mesmo o momento ideal para se voltar a falar de colheitas em dador de coração parado (DCP), pelos parcos órgãos disponíveis. Para ir de encontro ao supra citado, em Março de 1995, organizou-se em Maastricht o primeiro *workshop* internacional sobre DCP.
Espanha constitui-se como uma referência a nível Mundial nesta área. O diretor da *Organización Nacional de Traspalntes*, Rafael Matesanz refere mesmo *"Que 'España es líder en donación de órganos' se ha convertido en un eslogan nacional e internacional".* O recurso a um Potencial Dador tipo II de Maastricht, implica um protocolo rigoroso com os serviços Pré-hospitalares existentes e um Hospital de referência. O enfermeiro desempenha um papel crucial em todo o processo. Desde a ativação do protocolo até ao seu términos, a coordenação e gestão de todo o processo passa pelo enfermeiro. Este é um procedimento complexo e que está em constante contrarrelógio, só uma perfeita coordenação para minimizar os tempos entre todas as etapas do processo poderá conduzir a uma colheita de órgãos de sucesso.

Conclusão: Quanto mais sensibilizados os profissionais de saúde estiverem para a problemática da escassez de órgãos, maior será a aceitação do DCP como uma boa alternativa de colheita, para fazer face às necessidades de transplantação. Torna-se importante refletir porque é a Espanha um exemplo de sucesso nesta área tão específica e como poderá Portugal apreender com esta experiência tão "próxima".

*Enfermeira do Serviço de Urgência do Hospital Beatriz Ângelo e Mestranda do 2o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica; **Enfermeira do Serviço de Urgência do Professor Fernando Fonseca e Mestranda do 2o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica; ***Professor da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; ****Enfermeiro Responsável do Serviço de Urgência Geral do Hospital Beatriz Ângelo

PAPEL DO ENFERMEIRO NA MANUTENÇÃO DE POTENCIAIS DADORES EM MORTE CEREBRAL

A. S. Casal*, M. J. Batista**

Tema: O processo de doação inclui a identificação e avaliação do potencial dador, a obtenção do consentimento para a doação, a manutenção do dador e a recuperação de células, tecidos ou órgãos (*World Health Organization*, 2009). No processo de doação de órgãos num dador em morte cerebral (MC), o enfermeiro desempenha um papel importante tal como está descrito nas *Nursing Interventions Classification* (Dochterman & Bulechek, 2008). Várias associações internacionais, tais como a *Emergency Nurses Association* (2004), a *American Association of Critical-Care Nurses* (Tamburri, 2006) e o *Royal College of Nursing* (2009) descrevem a importância das intervenções de enfermagem junto do dador e sua família. Tendo em conta estes pressupostos, teve-se como ponto de partida a questão de investigação: No processo de doação de órgãos, as intervenções de enfermagem permitem uma melhoria na manutenção de um dador em MC?

Método: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, usando vários descritores validados pela *Medical Subject Headings* (MeSH): 'organ donation', 'organ procurement', 'organ donor', 'organ transplantation', 'brain death', 'nurse's role', 'nursing care', 'nursing assessment', 'nursing protocols' e 'nursing interventions'. As pesquisas foram efetuadas através da EBSCO: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing and Allied Health Collection Basic, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register e MedicLatina. Obteve-se no total de 58 artigos, tendo-se excluido 8 repetidos e 44 pelos critérios de inclusão e exclusão, fazendo uma amostra de 6 artigos para analizar.

Resultados: Da análise dos artigos selecionados, salienta-se que o papel e as responsabilidades dos enfermeiros no processo de doação de órgãos são variados. Ainda existe dificuldade na identificação de potenciais dadores de órgãos pelos enfermeiros, mas quando este é identificado seguem o protocolo de doação. A manutenção de um potencial dador em MC tem como objetivo o suporte cardiovascular, endócrino e respiratório. Manter a pressão arterial torna-se no desafio na manutenção e a ressuscitação de fluidos é um fator major de sucesso durante todo o processo. A perceção dos enfermeiros sobre conhecimento de abordar os familiares dos potenciais dadores é maior que os conhecimentos teóricos, práticos e éticos no processo de doação. A experiência dos familiares do dador de órgãos é positiva, mostrando um sentimento de paz com a doação. Os enfermeiros coordenadores têm uma motivação elevada no trabalho, requerendo um alto nível de competências complexas, autonomia na sua atividade profissional e trabalho de equipa. Os enfermeiros referiram que necessitam de maior treino e formação para desenvolver as suas competências profissionais no processo de doação de órgãos.

Implicações: As implicações são essencialmente colmatar as necessidades formativas no processo da doação de órgãos, entre os enfermeiros, com o objetivo de melhorar o seu conhecimento e as competências profissionais.

Conclusões: O Enfermeiro é o profissional que se encontra mais presente junto do doente, pelo que é fundamental ter a formação e o treino adequados na deteção e identificação precoce de potenciais dadores. Após identificação de um dador, é fulcral que o enfermeiro tenha competências para a mobilização de conhecimentos para proceder a uma manutenção adequada de um potencial dador, detetando precocemente as complicações fisiopatológicas decorrentes do processo de MC.

Palavras-chave: Organ Donor, Brain Death, Nursing Care

*Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte | Portugal

**Hospital Garcia de Orta – Almada | Portugal

DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ORGÃOS: A REALIDADE NACIONAL E A DE UM HOSPITAL DADOR.

Sousa, M.J.; Silva, F.

Introdução: A doação e transplantação de órgãos são atividades sociais únicas que têm uma influência direta sobre a prestação de cuidados de saúde a uma ampla gama de pacientes, não sendo possíveis sem a colaboração e apoio dos profissionais de saúde, governo e sociedade como um todo.O sistema de doação e transplante representa uma prática complexa e depende de atitudes individuais, estruturas sociais, práticas culturais e crenças religiosas. Em Portugal é possível o transplante de: córnea, coração, pulmões, pâncreas, rins, fígado e progenitores hematopoiéticos.
A legislação portuguesa assenta no consentimento presumido (Decreto-lei 224/94, 26 de Setembro). Por outro lado, o Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA) foi criado com o objetivo de viabilizar o direito de oposição à dádiva, assegurando e dando consistência ao primado da vontade e da consciência individual nesta questão. Nos países em que é necessário estar inscrito para ser dador (Brasil e Estados Unidos América, por exemplo), assiste-se ao desenvolvimento de inúmeras campanhas de sensibilização para informar e apelar à doação de órgãos e tecidos.
O Hospital de Braga funciona como um dos centros nacionais de doação de orgãos.

Objectivos: Os autores pretendem dar a conhecer a actual legislação que rege a transplantação de orgãos em Portugal, analisar de forma sintética a estatística nacional e apresentar, particularmente, a realidade do hospital de Braga.

Conclusão: Em 2009, Portugal atingiu um pico no número de dadores cadáver de órgãos, bem como também a transplantação atingiu valores máximos. Não obstante, a partir de 2010 assiste-se ao decréscimo do número de dadores, e ainda mais acentuado do número de transplantes efetuados, atingindo em 2012 a taxa mais baixa de transplantes efetuados nos últimos anos. A estatística nacional mostra que as causas de morte são principalmente médicas (AVC) em detrimento das causas traumáticas com morte cerebral por traumatismo crânio encefálico.
O Hospital de Braga, ao contrário da estatística nacional, assinalou um aumento das dádivas em 2012. Por outro lado, em 2013, notou-se um decréscimo acentuado das dádivas, sendo a causa de morte mais prevalente a morte por traumatismo craneo- encefálico.

Palavras-Chave: transplante de orgãos, doação de orgãos, morte cerebral

mariajoaosousa@sapo.pt, enf.flaviacs@gmail.com; Telemóvel: 963445036

ASSIST'U - AN INNOVATIVE APPLICATION THAT CAN CHANGE THE WAY WE COMMUNICATE IN CRITICAL CARE!"

N,Pinto; P.Hayden

In the UK, approximately 150,000 patients are admitted to Intensive Care Units (ICU) each year. Of these, approximately 38,000 require intubation and cannot communicate effectively. This is a source of great frustration, anxiety and isolation for patients and can exacerbate both depression and delirium, which is an independent risk factor for poor outcome on the ICU.

Communication with intubated patients on the Intensive Care Unit (ICU) is difficult and leads to frustration, depression, anger and withdrawal.[1] In particular, assessment of patients' pain when they are unable to communicate verbally is often sub-optimal, potentially leading to both under- and over- use of analgesics.[2] Furthermore, critically ill patients are commonly disorientated in time, place and person, leading to anxiety and delusional symptoms which may precipitate neuro-psychological complications following hospital discharge, particularly in those with prolonged ICU stay.[3,4]

However, currently available tools are limited in their ability to facilitate effective communication with patients. These strategies to improve communication with patients include lip reading, pointing, pen and paper, and pictures that patients can point to if they have a specific requirement. All of these techniques are extremely limited in their usefulness and require intact motor control. A few bespoke electronic devices are available but are expensive and have limited functionality apart from their primary use as communication devices.

In our experience we have discovered that healthcare professionals working on ICUs often struggle to measure their patients' pain effectively, and have variable success assessing the level of sedation and delirium which can impair optimal clinical management.

The current lack of effective communication devices within the ICU and strategies to minimise delirium is disappointing and needs to improve - There have been no significant developments in this area to date. The only existing alternative electronic devices are much more expensive (approx £8,000 per device) and of limited usefulness. Although a few communication devices already exist for the Apple iPad, none offer the flexibility and diversity of functions compared with AssIsT'U.

Delirium is well known to increase the length of ICU stay for patients and length of hospital stay. The cost per day for the NHS for ICU patients is at least £1500. The long term costs of neuropsychological sequelae following a patient's ICU stay such as Post Traumatic Stress Disorder are difficult to quantify. Similarly, the cost benefit of improved patient experience whilst on the ICU is impossible to quantify. Adverse outcomes for patients with delirium, such as increased mortality, increased length of ICU and hospital stay, and increased cost of care, are well reported in the critical care literature.[eg. Girard et al, Crit Care 2008, 12 (3)] Furthermore, avoidance of disorientation, withdrawal, poor communication, lack of family & friends interaction, and pain are all key components of strategies to avoid delirium (see NICE clinical guideline 103).

The nursing literature has several examples of publications citing difficulties communicating with patients in the ICU and the detriment this has to patients but there are currently very few publications regarding novel techniques to address these problems.

My aim is to present an innovation developed by a critical care nurse – Nuno Pinto and a Consultant anaesthetist .– Dr Paul Hayden- that hopefully will provide some answers to all the issues raised above

AssIsT'U is a unique application for the Apple iPad that has several benefits to improve communication, improve patients' ability to report pain, reduce disorientation, and use internet-based technologies to reduce boredom and minimise loneliness for patients. Benefits to healthcare professionals include interactive scoring systems to assess sedation, pain and delirium, and the ability to securely upload protocols and guidelines for easy access.

The potential for this device to improve the care of patients on the ICU and their psychological well-being following ICU discharge is significant. It is hoped that further developments of the application with regard to rehabilitation will also improve patients' physical well-being following discharge.

The communication and rehabilitation tools within the application can also be used outside of the ICU such as on stroke wards/ rehabilitation units.

Our preliminary feedback, involving ICU patients, their families, and healthcare professionals, has been extremely encouraging: Using an earlier version of the application, 13 patients and healthcare professionals were asked to evaluate the application. Despite 54% never having used an electronic tablet computer before, 100% of respondents

found the application intuitive and easy to use. Compared to traditional forms of communication on the ICU, AssIsT'U was the most popular method.

Because the application is designed for the Apple iPad, the hardware costs are significantly lower than bespoke electronic communication devices and its multimedia functionality removes the need for separate televisions, DVD players and radios.

AssIsT'U is a novel technology developed by health professionals that hopefully will improve the way health professionals, family and other significant individuals and their patient admited onto critical care.

Nuno178@hotmail.com ; Critical Care Nurse; Anaesthesist consultant; United Kingdom

PLATAFORMA DE MONITORIZAÇÃO E SUPORTE À DECISÃO DE DOENTES CRÍTICOS

F. Portela*, M.F. Santos*, J. Machado*, A. Abelha*, A. Silva**, F. Rua**

Introdução: A situação complexa dos doentes críticos e a quantidade de dados disponíveis dificulta a obtenção de conhecimento profícuo para a decisão. Acrescendo o facto de nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ainda existir um elevado número de dados em papel o decisor não consegue interpretar corretamente e em tempo útil toda a informação adquirida. Neste contexto o fator humano pode provocar erros no processo de tomada de decisão (PTD), uma vez que, normalmente, não há tempo suficiente para analisar corretamente a situação clínica do doente. Para facilitar a aquisição de conhecimento e suportar o PTD por parte dos profissionais da UCI foi desenvolvida uma plataforma global que de entre as várias funcionalidades, permite um acompanhamento do doente e a previsão de eventos futuros de uma forma contínua e em tempo real, apresentando novos conhecimentos que podem contribuir de forma significativa para a melhoria da situação clínica de um doente.

Objetivos: Contribuir para a melhoria do estado do doente crítico através:

- Do desenvolvimento de uma plataforma que permita registar, consultar e validar informações de um doente em tempo real.
- Da automatização de procedimentos e apresentação de novo conhecimento de uma forma elucidativa e de fácil compreensão.

Materiais e métodos: Foram utilizados dados recolhidos automaticamente e em tempo real das diversas fontes existentes e aplicadas técnicas de processamento e interpretação de dados. A tabela 1 demonstra que informação estava disponível em papel (P) e agora está num formato eletrónico (E) e pode ser acedido *online* em qualquer lugar e a qualquer hora. A informação associada a um internamento de um doente encontra-se agora concentrada numa só plataforma (figura 1).

Tabela 1 – Informação disponibilizada online e em tempo-real

Antes		Agora	
FONTE	Online e Tempo-Real	FONTE	Online e Tempo-Real
P	X	E	v
P	X	E	v
P	X	E	v
P	X	E	v
P	X	E	v
E	v	E	v
E	v	E	v
E	v	E	v
P	X	E	v
E	v	E	v
E	v	E	v
E	v	E	v
P (PDF)	X	E	v
P / E	v	E	v
P	X	E	v

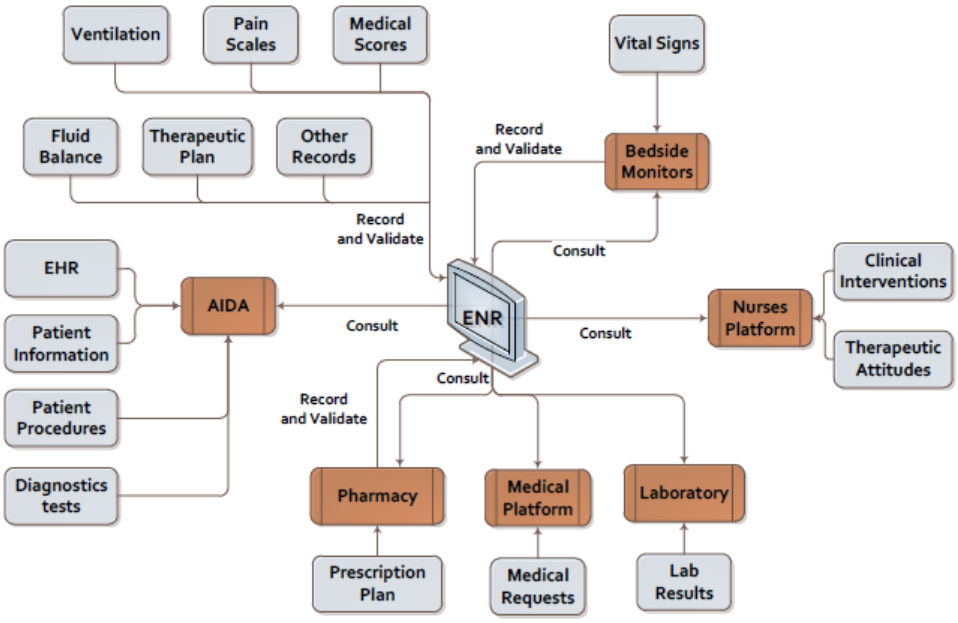

Figura 1 – Informação agrupada numa só plataforma

Resultados

Como resultado foi possível produzir uma plataforma integrada dividida em dois módulos:

- Plataforma de monitorização:
- ✓ Registo e validação do diário dos doentes;
- ✓ Explorar dados clínicos do doente;
- ✓ Acompanhar a evolução dos resultados do doente;
- Plataforma inteligente de suporte ao PTD;
- ✓ Deteção e análise de eventos críticos;
- ✓ Cálculo automático de scores médicos;
- ✓ Previsão de eventos clínicos futuros;

A utilização desta plataforma apresenta como principais benefícios:

- Registos clínicos disponíveis automaticamente, eletronicamente e em tempo real;
- Diminuição do número de erros na transcrição de dados e redução;
- Redução do uso do papel;
- Resultados das análises clínicas disponíveis momentos após a realização do exame;
- Completa monitorização dos dados do doente (registo, validação e consulta);
- Automatização de procedimentos clínicos (ex. cálculos de scores);
- Diminuição do tempo de documentação, reforçando o papel dos enfermeiros junto do doente;
- Fomenta a atitude pró-ativa no melhor interesse do doente
- Facilidade de consulta do histórico do doente;
- Possibilidade de prever situações / estados clínicos de um doente.
- Produzir novos dados essenciais para o PTD.

Discussão/Conclusões

O trabalho desenvolvido permitiu apresentar novas formas de apoiar a decisão através de gráficos e modelos que permitem monitorizar a evolução do doente e realizar tarefas diárias de forma automática, reduzindo significativamente o tempo de documentação. Os modelos e plataformas desenvolvidas estão em fase de testes na UCI do CHP e estão preparados para atuar a um nível global. Este Trabalho foi realizado no âmbito do projeto FCT INTCare.

Palavras-Chave: Monitorização, Sinais Vitais, UCI, PCE

*Centro Algoritmi | Universidade do Minho ** Unidade de Cudados Intensivos | Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NA PARAGEM CARDÍACA

A. Nogueira* A. Rosinhas*, F. Batista *; J. Vieira *; M.Magalhães*;

Tema: Hipotermia Terapêutica (HT), vantagens da utilização na paragem cardíaca (PC).

Método: o método utilizado foi a revisão da literatura, sendo a pesquisa efetuada na base de dados PUBMED, MEDLINE e RCAAP. A consulta teve em conta o intervalo temporal entre 2008 e 2013, em língua inglesa com os seguintes termos de pesquisa: "Hypothermia Induced", "Induced hipothermia", "Cryotherapy", "Rewarming", "Cardiac Arrest", "Cardiopulmonary Resuscitation", "Heart Arrest", "Advantages", e com os seguintes termos de pesquisa em português: "hipotermia terapêutica", "paragem cardíaca" e "vantagens".

Critérios de Inclusão- Aplicação da HT apenas em situação de PC; artigos de revisão de literatura e estudos realizados em humanos; Critérios de Exclusão- Todos os achados da pesquisa que não permitam a sua leitura e que não apresentem os critérios de inclusão.

Objetivos: Definir quais os métodos de HT existentes; Conhecer as vantagens da HT associadas à PC; Conhecer as complicações associadas à utilização HT na PC.

Resultados: No total 5 artigos preencheram os critérios de inclusão estabelecidos pelos autores. Após a leitura integral de cada artigo e respetiva análise crítica, foram obtidos os seguintes resultados: a)Existem 2 métodos de aplicação da hipotermia terapêutica, invasiva e não invasiva; b)Complicações associadas à HT: sépsis, pneumonias, insuficiência renal, arritmias e eventos hemorrágicos; c)A presença de eventos hemorrágicos é mais frequente no método invasivo; d)A utilização da HT em PC demonstra melhor taxa de sobrevivência e melhor recuperação neurológica; e)A HT pode ser utilizada em ritmos de Fibrilhação Ventricular (FV), Atividade Elétrica sem pulso ou assistolia, sendo que há melhores resultados quando esta é aplicada com ritmo inicial de FV; f)A indução rápida da HT é viável em doentes com elevação do segmento ST no enfarte agudo do miocárdio sem atrasar a terapia de reperfusão, reduzindo significativamente a dimensão da lesão isquémica; g)A HT pode causar desconforto e tremores nos doentes quando aplicada o que exige medicamentos adicionais, já que os tremores aumentam a taxa metabólica e a demanda de oxigénio, podendo aumentar também a incidência de enfarte do miocárdio. No entanto, quando a hipotermia induzida é aplicada na prática clinica, os doentes são sedados para que desta forma os tremores não estejam presentes.

Implicações: A utilização da HT demonstra-se mais eficaz nas situações de PC comparativamente com a sua não utilização, implicando ganhos na diminuição das comorbilidades associadas à PC.

Conclusões: Ainda não há ensaios clínicos que comprovem a superioridade precoce versus tardia da HT; A escolha do melhor método (invasivo e não invasivo) ainda é controversa; A Hipotermia terapêutica induzida pode ser dividida em três partes: a indução, manutenção e o reaquecimento. A indução do arrefecimento tem um benefício mesmo que atrasado.

Palavras - Chave: Hipotermia terapêutica; Paragem Cardíaca; Vantagens.

Mestrando em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, ESE – UM | Escola Superior de Enfermagem | Universidade do Minho | Portugal