



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – CDEAD/FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Debora Cristina Esquerdo Costa da Silveira

ABORDAGEM TERAPÊUTICA PARA TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DOS
FLEXORES (DEDO EM GATILHO) NO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS:
RECONHECENDO AS CAUSAS PARA INTERVIR

Rio de Janeiro

2020

Debora Cristina Esquerdo Costa da Silveira

ABORDAGEM TERAPÊUTICA PARA TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DOS
FLEXORES (DEDO EM GATILHO) NO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS:
RECONHECENDO AS CAUSAS PARA INTERVIR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca –
EAD/ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no
Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Orientadora: André Feijó Barroso

Rio de Janeiro

2020

Debora Cristina Esquerdo Costa da Silveira

ABORDAGEM TERAPÊUTICA PARA TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DOS
FLEXORES (DEDO EM GATILHO) NO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS:
RECONHECENDO AS CAUSAS PARA INTERVIR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca –
EAD/ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no
Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, ao meu marido, filha e madrinha, pois sempre me apoiaram no meu crescimento profissional, a Deus que me guia e me fortalece diante de todas as dificuldades que a vida nos impõe. Aos meus colegas do curso CSUP, que compartilharam comigo os momentos de cansaço, incertezas, e juntos conseguimos força e incentivos para concluir mais esse desafio nessa situação atípica, pandemia da covid 19.

Ao meu orientador, Dr. André Feijó Barroso, pelas suas orientações, paciência, competência, cuidado e incentivo, que muito contribuiu para nosso aprendizado.

A esta instituição, Fiocruz, e sua equipe pela ética, organização e competência.

A Marinha do Brasil, aos meus superiores e colegas da Operação Grande Muralha, a Chefe da Clínica de Traumatologia e demais ortopedistas, bem como, toda equipe da Escola de Guerra Naval, que nos proporcionaram essa oportunidade ímpar em aprimorar nossos conhecimentos e nos capacitar para os processos de gerenciamento, e cuidados com a assistência em saúde.

RESUMO

A tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) é uma das principais causas de dor e incapacidade da mão. O tratamento pode envolver medidas conservadoras, objetivando diminuir o processo inflamatório local, bem como procedimento cirúrgico, para eliminar o bloqueio mecânico ao deslizamento do tendão. O problema é frequente na Cirurgia da Mão da Clínica de Traumatologia e Ortopedia do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), causando: o aumento do número de cirurgias, sobrecarregando o mapa cirúrgico, o afastamento do paciente de suas atividades cotidianas e gerando também um elevado impacto socioeconômico.

O objetivo desse trabalho é reduzir a taxa de intervenção cirúrgica através da identificação de causas críticas, criando ações que contribuam como ferramentas gerenciais de apoio à tomada de decisões e a interação médica multidisciplinar.

Trata-se, portanto, de um projeto de intervenção visando despertar condutas rotineiras com a finalidade de melhorar a abordagem terapêutica na tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho), buscando a segurança do paciente e, conseqüentemente, visando a diminuição no número de procedimento cirúrgico que expõe o paciente a um sofrimento desnecessário e onera os custos do tratamento da patologia.

Palavras-chave: Tenossinovite estenosante dos flexores, dedo em gatilho, abordagem terapêutica, tenólise.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Imagem das polias	11
Ilustração 2 – Dedo em gatilho	13
Ilustração 3 – Exercícios para dedo em gatilho	13
Ilustrações 4 – Modelo de órtese funcional para dedo em gatilho.....	14
Ilustração 5 – Modelo de órtese noturna para dedo em gatilho.....	14
Ilustração 6 – Exame físico do dedo em gatilho.....	16
Ilustração 7 – Ultrassonografia (USG) do dedo em gatilho.....	16
Ilustração 8 – Infiltração de corticoide	18
Ilustração 9 – Tenólise	19

LISTA DE SIGLAS

AINE - anti-inflamatórios não-esteroidais
CC - Capitão de Corveta
CF - Capitão de Fragata
CMG - Capitão de Mar e Guerra
CT - Capitão-Tenente
FUSMA - Fundo de Assistência de Saúde da Marinha
HNMD - Hospital Naval Marcílio Dias
IMC - Índice de Massa Corporal
MB - Marinha do Brasil
MD - Médico
MEC - Ministério da Educação e Cultura
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
RM2 - Reserva de 2º classe da Marinha
RPA - Recuperação pós anestésica
RPA - Recibo de Pagamento de Autônomo
SSM - Sistema de Saúde da Marinha
SUS - Sistema Único de Saúde
TTC - Tarefa por Tempo Certo
USG - Ultrassonografia
1Ten - Primeiro Tenente

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	OBJETIVOS	9
1.1.1	Objetivo Geral	9
1.1.2	Objetivos Específicos	9
1.2	JUSTIFICATIVA	10
1.3	METODOLOGIA	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1	CAUSAS	14
2.2	DIAGNÓSTICO.....	15
2.3	CRITÉRIOS DE TRATAMENTO	17
3	O PROJETO DE INTERVENÇÃO	20
3.1	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	20
3.2	EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	21
3.2.1	Análise do problema no setor ambulatorio.....	21
3.2.2	Análise do problema no Day Clinic	21
3.2.3	Análise do problema no setor centro cirúrgico	22
3.3	PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	23
3.4	GESTÃO DO PROJETO	25
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
	ANEXOS	31

1 INTRODUÇÃO

O tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) pode envolver medidas conservadoras como o uso de anti-inflamatórios não-esteroidais (AINE), imobilizações e infiltrações locais com anti-inflamatórios hormonais (corticoides), bem como procedimento cirúrgico que consiste na abertura da polia A1 com tenólise dos flexores.

A Clínica de Traumatologia e Ortopedia do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) continuamente busca evoluir na área assistencial, através do atendimento com ética, humanização, respeito, comprometimento, transparência, eficácia, excelência e responsabilidade social. Sua equipe é motivada continuamente a realizar educação continuada e cursos de especialização, para oferecer qualidade e segurança na assistência aos pacientes. São realizados procedimentos de média e alta complexidade, dentre os quais estão as tenólises, que trazem alívio as dores e retorno rápido as atividades de vida diária; porém necessitam de indicação precisa.

Neste projeto foi utilizado a metodologia de intervenção através da identificação de causa crítica desse problema que será destacada na matriz dos programas de ações, sobre fatores como ausência de uma ferramenta gerencial norteadora de condutas padronizadas para tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho).

O presente trabalho está estruturado em 04 seções. Na primeira seção, Introdução, estão explicitados uma síntese geral sobre o tema abordado, os objetivos (geral e específicos), a justificativa e a metodologia.

Na segunda seção, serão abordados, detalhadamente através de pesquisa bibliográfica a abordagem terapêutica na tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) e suas consequências. Serão apresentadas também todos os fatores associados que deverão ser controlados para auxiliar nesse problema.

Na terceira seção, será apresentada as causas críticas da situação problema, como a ausência da padronização de condutas e a necessidade de criar uma interação multidisciplinar analisando suas características para serem realizadas as ações na instituição onde ocorre os casos desse projeto. A gestão desta intervenção está representada no programa de ações através da matriz, incluindo também os recursos necessários, acrescida de sua conclusão e da equipe que participará do projeto. O objetivo é diminuir a taxa de intervenção cirúrgica para níveis de excelência (abaixo de 20%) e controlar as situações indesejadas através de ações praticadas e monitoradas por um grupo responsável.

MATRIZ

AÇÕES	RECURSOS	PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS	PRAZO DE CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL
--------------	-----------------	------------------------------------	---------------------------	--------------------

Na quarta e última seção serão descritos os resultados iniciais obtidos com esse projeto e as vantagens que serão geradas pela sua governabilidade sobre as ações para minimizar a situação problema do número elevado de cirurgias para tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) realizados no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Naval Marcílio Dias.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Reduzir a taxa de intervenção cirúrgica para o tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) no HNMD.

1.1.2 Objetivos Específicos

a) Identificar os fatores que influenciam o tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho).

b) Elaborar condutas para o atendimento hospitalar guiado por protocolo e procedimento padrão para os pacientes com indicação de tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) na Clínica de Traumatologia e Ortopedia.

c) Capacitar todos os profissionais da Clínica de Traumatologia e Ortopedia para utilizar o protocolo de tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho).

d) Programar atividades de educação continuada em conjunto com as Clínicas de Endocrinologia e Reumatologia no que concerne ao manejo do paciente em pré-operatório da patologia, diminuindo assim a probabilidade de um evento danoso.

1.2 JUSTIFICATIVA

A tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) gera sofrimento para o paciente, devido a vários fatores como: dor, diminuição da mobilidade, decréscimo da qualidade de vida, diária hospitalar, curativos, uso da sala no centro cirúrgico, fatores esses que também impactam economicamente tanto o paciente como o hospital.

Baseado no estudo retrospectivo do Hospital Naval Marcílio Dias, que gerou a publicação do trabalho na revista American Association for Hand Surgery: “Epidemiology of trigger finger: metabolic syndrome as a new perspective of associated disease” , tivemos 75 casos de pacientes com dedo em gatilho de Julho de 2014 a Outubro de 2015 que foram submetidos a procedimento cirúrgico e foi inviável a atualização, por causa do meu destaque decorrente da pandemia do Covid. Apesar do modelo de internação ser “Day Clinic”, o custo estimado atualizado de todos os procedimentos realizados no período foi de R\$ 32.760,00. Esse paciente está ocupando vaga no mapa cirúrgico e caso seja associado a doença de base, essa encontra-se descompensada e pode vir a apresentar outras complicações clínicas.

Com a evolução progressiva das técnicas cirúrgicas e a realização em número cada vez maior de cirurgias menos traumáticas, o tratamento conservador de diversas condições patológicas tem sido relegado. Mesmo nas situações mais simples como dedos em gatilho, tem-se dado preferência a procedimentos cirúrgicos iniciais, a despeito da eficácia e segurança do tratamento com injeções locais de corticosteroide.

A abordagem teórica e prática desse tema contribuirá para melhorar a qualidade de prestação do serviço através da triagem guiada por critérios junto aos pacientes, visando a atenção básica e otimizando seu tratamento para reintegrá-lo com qualidade e o mais rápido possível ao seu convívio social.

1.3 METODOLOGIA

O método utilizado foi uma pesquisa baseada em evidências utilizando a técnica de *Brainstorming* envolvendo a participação dos especialistas em Cirurgia da Mão, staffs que fazem parte do gerenciamento da chefia e residentes do Serviço. O elevado número de tenólises recebeu destaque como um problema, que precisa, através desse projeto de intervenção, ser minimizado.

Foi iniciado o levantamento através de dados secundários dos casos de tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) ocorridos no período de Julho de

2014 a Outubro de 2015. Foi constatado pela análise dos prontuários um elevado número de intervenções cirúrgicas, tendo como causa crítica a falta de um protocolo terapêutico para tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) no HNMD. Observamos a importância do trabalho coletivo e a necessidade de criar uma interação dos grupos para obter um consenso multidisciplinar. A governabilidade que essa intervenção possui, propiciará obter ações eficazes e alcançáveis na prevenção do problema, como será exposto nesse projeto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A patologia foi descrita primeiramente por Nota em 1850 (NOTA,1850). Nelaton e Notta, em Paris, 1850 e 1859, descreveram por meio do estudo em cadáveres a bainha do tendão incluindo a porção conhecida hoje como polia A1 e as demais polias (NELATON, 1859). Jeannin, em 1895, estudou 12 pacientes, descrevendo sua patologia e prováveis etiologias (JEANNIN, 1895).

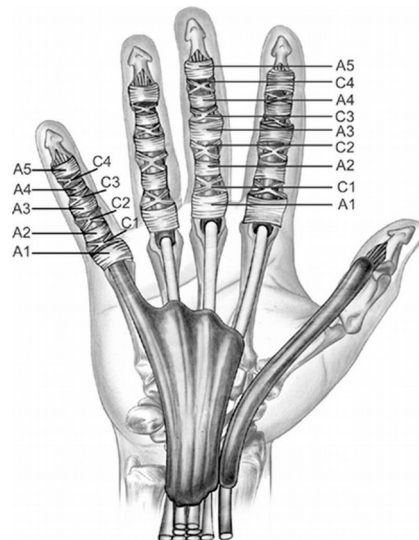


Ilustração 1 - Imagem das polias.

Fonte: Disponível em: <http://www.ombroecotovelo.net> .

Os tendões flexores deslizam em um sistema de polias flexoras com intuito de aumentar a eficiência mecânica de flexão. O bloqueio tendinoso do dedo em gatilho ocorre quando as alterações locais decorrentes do processo inflamatório causam desproporção entre o conteúdo (tendão flexor, sinóvia e líquido sinovial) e o continente (túnel osteofibroso e sistema de polias flexoras) (SATO,2004).

Em 1972, Houston e Wilson, num estudo anatômico, demonstraram que o arranjo

espiral da arquitetura das fibras intratendíneas leva ao desenvolvimento de nódulos que se formam distalmente à polia A1 (HUESTON,1972).

A tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) tem uma incidência de 3% na população geral, mas aumenta para 5% a 20% nos pacientes portadores de diabetes mellitus; entretanto a sua verdadeira etiologia ainda é desconhecida (ABATE,2013). Pode estar associada ao uso de determinados instrumentos como tesoura para jardinagem, muletas, serviços domésticos e trabalhos pesados que causem pequenos traumas na palma da mão por esforço repetitivo (NEWPORT,1990). Em crianças, o acometimento é mais frequente no polegar, conhecido como polegar em gatilho congênito e raramente ocorre nos outros dedos, independentemente do sexo. Apresenta 25% de bilateralidade e tem prevalência estimada de 2,2% dentre todas as deformidades de membros superiores (FLATT, 1994).

O desenvolvimento pode ser considerado como primário ou idiopático, quando apenas um dedo é acometido e sem nenhuma doença de base ou secundário, quando múltiplos dedos são acometidos ou apresentam alguma doença associada como síndrome do túnel do carpo, tenossinovite de De Quervain, diabetes mellitus, osteoartrite, artrite reumatoide ou hipotireoidismo (CREIGHTON,1990). O metabolismo anormal de colágeno é um importante fator na patogênese da tenossinovite em pacientes diabéticos. A hiperglicemia leva a um aumento de colágeno peritendinoso com proliferação de tecido fibroso na bainha do tendão, levando a estenose (GURLEY,1996).

Nos adultos Patel mostrou uma incidência de seis mulheres para cada homem (PATEL,1992), sendo mais comum no lado dominante e na faixa etária entre 50 e 59 anos. Os dedos mais frequentemente acometidos são os polegares, dedos médio e anular (WEILBY,1970), sendo mais raro na raça negra (MOORE,2000). A estenose e os sintomas são mais pronunciados pela manhã, devido à piora do edema e inatividade manual durante a noite (KRAEMER,1990).

Inicialmente, o dedo acometido pode se apresentar com aumento de volume (edema), predominantemente na região volar, com limitação da movimentação e dor no trajeto dos tendões flexores, predominantemente na localização da polia A1. Pode haver ainda um nódulo palpável na região da base do dedo acometido (imediatamente proximal à polia A1). Esse nódulo aparece nos tendões flexores acometidos e é devido à estenose do túnel, sendo que a dificuldade de deslizamento dos tendões na entrada do túnel flexor (polia A1) gera o nódulo. A penetração e passagem do nódulo pelo sistema de polias causam o travamento do dedo e o ressalto durante o movimento (MOORE, 2000).

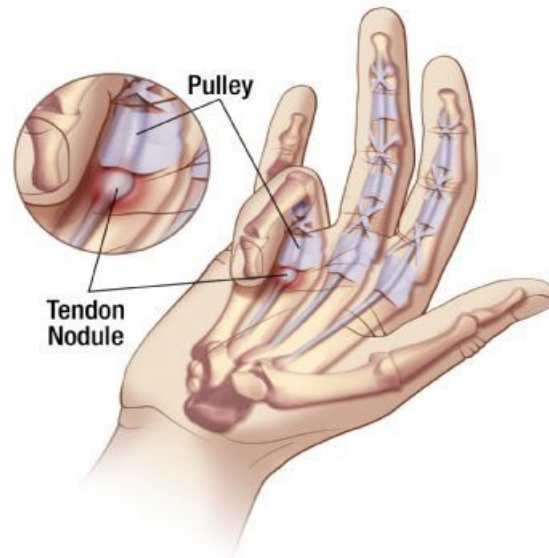


Ilustração 2 - Dedo em gatilho.

Fonte: <https://www.ricardokaempf.com.br/services/dedo-em-gatilho/>.

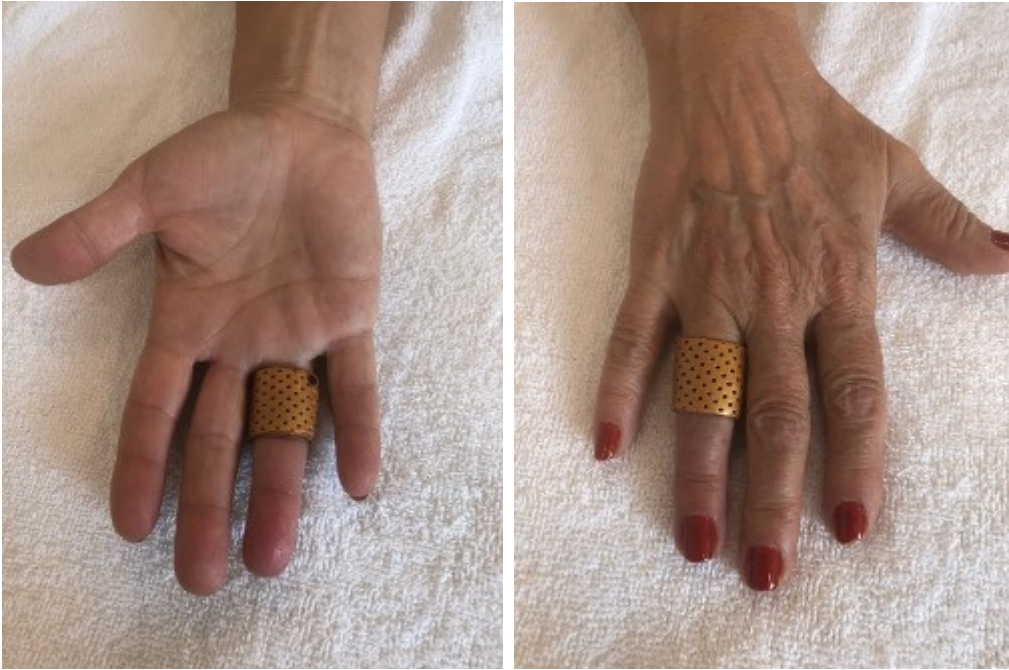
O diagnóstico, na maioria dos casos é clínico, sendo classificado, de acordo com a sua sintomatologia, em quatro tipos segundo Green, em 1997 (GREEN,2005).

O tratamento varia desde o repouso à injeção de corticosteroide, uso de anti-inflamatórios orais, liberação percutânea, fisioterapia, uso de órtese e cirurgia (AKHTAR,2005).



Ilustração 3 – Exercícios para dedo em gatilho

Fonte: <https://es.odysseedubienetre.be/14059-trigger-finger-exercises>



Ilustrações 4 – Modelo de órtese funcional para dedo em gatilho

Fonte: <https://www.cirurgiadamaoriopreto.com.br/informacoes/orteses-para-dedo-em-gatilho>



Ilustração 5 – Modelo de órtese noturna para dedo em gatilho

Fonte: <https://www.cirurgiadamaoriopreto.com.br/informacoes/orteses-para-dedo-em-gatilho>

2.1 CAUSAS

A abordagem inicial é um momento extremamente importante para iniciarmos o tratamento. Observamos a necessidade de uma anamnese detalhada quanto ao início do quadro, doenças de base, controle clínico, atividades do paciente, tabagismo, etilismo e obesidade.

Como mencionado previamente, temos a etiologia primária e secundária. Atividades manuais, profissionais, esportivas, entre outras, que exigem preensão forçada, movimentos repetitivos ou que submetam a mão à vibração intensa ou impacto, podem aumentar o risco do desenvolvimento de tenossinovite estenosante dos flexores. Algumas doenças também são consideradas como predisponentes ao desenvolvimento de uma tenossinovite estenosante como a artrite reumatoide, diabetes, hipotireoidismo, amiloidose e algumas infecções (tuberculose, esporotricose, infecções fúngicas, etc.). O dedo em gatilho nas mulheres pode estar associado a gravidez, puerpério e menopausa.

2.2 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico, na maioria dos casos é clínico, sendo classificado, de acordo com a sua sintomatologia. Quinnell, em 1980, classificou o dedo em gatilho em cinco tipos: tipo zero (0), com movimentação normal; tipo I, o gatilho esporádico; tipo II, o gatilho que se corrige passivamente; tipo III, o gatilho que necessita de força externa para o seu desbloqueio; e tipo IV, com uma deformidade fixa (QUINNELL,1980).

Segundo Green, em 1997, adotamos a classificação:

- grau I (ou pré-gatilho): o paciente apresenta somente dor local;
- grau II (ou ativo): o paciente apresenta o gatilho, mas consegue estender ativamente o dedo;
- grau III (passivo): divide-se em grau IIIA – a extensão do dedo requer um movimento passivo do dedo e grau IIIB – inabilidade em fletir o dedo;
- grau IV (contratura): o paciente apresenta uma flexão fixa em contratura da articulação interfalângiana proximal do dedo (GREEN,2005).

O grau II (ativo) é o mais comum e a maioria dos pacientes aparece com sintomas de dor, sendo esta a queixa mais importante. A média de duração dos sintomas antes do tratamento é de três meses (BENSON,1997).

Geralmente não são necessários exames ou meios auxiliares de diagnóstico. O relato do paciente pode, muitas vezes, ser suficiente para determinar o diagnóstico. Os sintomas variam de leve desconforto local até a presença de bloqueio tendinoso, principalmente no período matutino, o que leva à incapacidade de estender ativamente o dedo, que permanece bloqueado em flexão. Um dos primeiros sintomas é dor na base do dedo em região palmar. Clinicamente, esses pacientes podem apresentar um nódulo no tendão, que é

frequentemente palpável (EASTWOOD,1992). Solicitamos que o paciente faça flexão ativa forçada de toda a mão, mantemos passivamente o dedo acometido em flexão enquanto ele relaxa a mão e com frequência essa manobra desencadeia o bloqueio tendinoso. Então, solicitamos para ele estender o dedo ativa ou passivamente e conseguimos estadiar a patologia, como mencionado anteriormente.



Ilustração 6 – Exame físico do dedo em gatilho.

Fonte: sbot.org.br.

Os diagnósticos diferenciais são, entre outros, o tumor da bainha sinovial, laceração do tendão flexor, anormalidade estrutural da cabeça do metacarpo, corpo estranho na articulação metacarpofalangiana, ausência de tendão extensor, anormalidades dos ossos sesamoides, osteófitos da cabeça do metacarpo aprisionando os ligamentos colaterais e a inserção anômala do músculo lumbrical no tendão flexor profundo ou no superficial (MOORE, 2000).

Em caso de dúvida, a ecografia (ou ultrassonografia) de partes moles ou ressonância magnética podem ser úteis para o diagnóstico. A radiografia apenas está indicada para o diagnóstico diferencial no caso de suspeita de outras patologias.



Ilustração 7 – Ultrassonografia (USG) do dedo em gatilho.

Fonte: Disponível em: tulioravelli.com.br.

2.3 CRITÉRIOS DE TRATAMENTO

Tradicionalmente, nos casos classificados como gatilho tipo I, não se indica nenhum procedimento invasivo, limitando-se ao tratamento conservador. Entretanto, no que concerne ao tratamento dos casos classificados como II e III, há controvérsia na literatura. Alguns autores defendem o tratamento conservador com a infiltração local de anti-inflamatórios hormonais (FREIBERG,1989). Outros preconizam o tratamento cirúrgico (THORPE,1988). Nos casos classificados como do tipo IV, necessariamente deve-se fazer a liberação cirúrgica (PATEL,1992).

Alguns pacientes obtêm a cura espontânea ou o desaparecimento dos sintomas com o uso de imobilização (KOLIND-SORENSEN, 1970). É de extrema importância afastar as causas secundárias de dedo em gatilho, compensar clinicamente o paciente ou readaptá-lo em atividades que venham a sobrecarregar menos a patologia, quando possível. Infiltrações com corticosteróide podem reverter o problema (RHOADES, 1984). Entretanto, muitos pacientes têm como melhor indicação a liberação da polia A1, pela via aberta ou percutânea.

O uso de corticosteroides injetáveis para o tratamento de lesões musculoesqueléticas locais sempre foi controverso (ANDERSON,1991). Em meados de 1950, o uso para o tratamento da tenossinovite estenosante mostrou ter um benefício clínico (HOWARD,1953). A partir de então, diversos autores relataram seus resultados, inicialmente usando corticosteroides de curta duração (hidrocortisona), com índices de sucesso variando entre 48 e 82% (BUCH-JAEGER,1990); e, posteriormente (mais recentemente), usando os compostos de longa duração (metilprednisolona, betametasona ou triancinolona) com taxas de sucesso atingindo até 90% (MARKS,1989). Desde que o tratamento seja bem tolerado pelo paciente é preferível realizar injeção de corticosteroide com lidocaína como tratamento inicial para o dedo em gatilho (SATO,2003).

A infiltração de corticosteroide local é o método inicial de escolha para o tratamento da tenossinovite flexora por ser de fácil aplicação, proporcionar níveis baixos de complicação e ter um baixo custo. Pacientes portadores de diabetes mellitus dependentes de insulina e pacientes no grau IIIB, que foram submetidos a uma aplicação de corticosteroide e não obtiveram uma boa evolução, podem ser encaminhados ao procedimento cirúrgico.



Ilustração 8 – Infiltração de corticóide.

Fonte: repositorio.hff.min-saude.pt.

Pope & Wolf publicaram em 1995 um artigo sobre o tratamento percutâneo do "dedo em gatilho", no qual fazem um estudo em 25 cadáveres frescos, em que, após aplicarem o método percutâneo de Eastwood, abriam com incisão no foco para verificar o que havia ocorrido após essa técnica. Foram notadas abrasões superficiais, em alguns casos, do tendão superficial. Na maioria dos casos houve completa abertura da polia após exploração aberta. Nesse trabalho não fazem referência a complicações no nervo digital ou no tendão flexor. Segundo esses autores, não foi usada essa técnica nos dedos indicador e polegar devido à proximidade do nervo digital (POPE,1995).

O tratamento cirúrgico, por meio da liberação aberta da polia A1, pode levar a: cicatrizes dolorosas, recorrências, infecções e lesões de nervos (LORTHIOIR,1958). Sendo realmente necessária a cirurgia, esgotando todo o tratamento conservador, há necessidade de atenção no cuidado do preparo do paciente que será submetido a uma cirurgia. Deve-se observar a deficiência de padronização na avaliação de fatores como: estado clínico nutricional, histórico de cirurgia prévia, condições de pele, obesidade, tabagismo, uso de álcool, presença de doença reumatoide, uso de drogas imunossupressoras, fatores de risco para infecção urinária, taxas elevadas de glicemia, e estado da saúde bucal.

Vários estudos comprovaram que a hiperglicemia pré-operatória maior que 180 mg/dl, aumenta a incidência de infecção. A hiperglicemia pós-operatória principalmente no paciente diabético é um fator de risco importante e o seu controle precoce pode diminuir os riscos de infecção (JAMSEN,2012).

Pacientes que fazem uso regular de imunossupressores como a prednisona, ciclofosfamida, metotrexato, interferon e fator inibidor da necrose tumoral, apresentam risco significativo para infecção (BERBARI, 2012).

Estudos randomizados comprovaram que o tabagismo aumenta a morbidade e a mortalidade. Os pacientes fumantes tendem a apresentar dificuldade na cicatrização da ferida operatória e maior probabilidade de infecção. Os pacientes tabagistas apresentaram risco 95% maior de infecção no sítio cirúrgico, acidente vascular cerebral e pneumonia do que os que nunca fumaram. Os que tinham fumado também apresentaram probabilidade 95% maior do que os nunca fumaram, em desenvolver pneumonia, acidente vascular cerebral e infecção urinária. O ideal seria começar um programa de interrupção do hábito de fumar entre 4 a 6 semanas antes do procedimento cirúrgico, minimizando os riscos de infecção e complicações da ferida operatória (SINGH, 2011).

Pacientes que fazem uso de álcool, apresentam riscos de complicações. Um levantamento realizado, demonstrou maior incidência de infecções nesse grupo. Assim como, já preconizado no tabagismo, deve-se orientar a interrupção do uso do álcool por 4 a 6 semanas (BRADLEY, 2011).

Os pacientes com índice corporal (IMC) maior ou igual a 30.0 são classificados como obesos, e apresentam risco aumentado para a cicatrização da ferida e infecção (DOWSEY, 2009).



Ilustração 9 – Tenólise.

Fonte: <https://www.ricardokaempf.com.br/services/dedo-em-gatilho/>

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) está inserido no Sistema de Saúde da Marinha (SSM) como o hospital geral de grande porte da Marinha do Brasil (MB), voltado para a assistência em saúde nos níveis de alta e média complexidade. Seus usuários são militares da MB e seus dependentes.

O HNMD está localizado na cidade do Rio de Janeiro, tem sua origem ligada à instituição filantrópica “Casa Marcílio Dias” criada em 1926, para assistência social e educacional dos filhos de Praça da Marinha. No dia 16 de julho de 1975, foi lançado a pedra fundamental do novo Hospital Naval Marcílio Dias. Em 08 de fevereiro de 1980, foi inaugurado o novo hospital, com blocos “A” e “B. No HNMD está centralizado todo o atendimento de média e alta complexidade no âmbito do 1º Distrito Naval (Rio de Janeiro, Espírito Santo e parte de Minas Gerais), além da prestação de assistência em saúde a pacientes de todo o território nacional. É referência para ao Sistema de Saúde da Marinha nas especialidades e subespecialidades de Traumatologia e Ortopedia, à nível nacional.

A Clínica de Traumatologia e Ortopedia tem uma tabela mestra de pessoal que contabiliza 61 médicos distribuídos por Staffs: 01 Capitão de Mar e Guerra (CMG), 04 Capitão de Fragata (CF), 07 Capitão de Corveta (CC), 07 Capitão-Tenente (CT), 14 Primeiro Tenente (1Ten), 4 médicos civis e 24 alunos para o programa de aperfeiçoamento e residência médica. Atualmente é constituída por 53 médicos sendo Staffs: 3 civis concursados, 3 Tarefa por Tempo Certo (TTC), e 1 civil como Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA) especialista em cirurgia congênita da mão, 16 médicos militares do Corpo de Saúde da Marinha subespecializados, 12 Reserva de 2º classe da Marinha (RM2) subespecializados nas áreas de coluna, ombro e cotovelo, quadril, joelho, fixador externo para correção de deformidades traumáticas, ortopedia pediátrica, mão, tumor ósseo, pé e tornozelo. Possui Residência Médica credenciada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia com 18 residentes. São atendidos em média 3856 pacientes por mês no ambulatório distribuídos pelas diversas subespecialidades, emergência, e ambulatório geral.

Executamos o levantamento através de informações obtidas em prontuário médico dos casos de tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) ocorridos no período de Julho de 2014 a Outubro de 2015. Nesse período, 130 pacientes realizaram consulta na

Clínica de Traumatologia Ortopedia do HNMD por tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho), desses 75 pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico. Pode-se perceber uma elevada taxa de intervenção cirúrgica, que varia em torno de 60%. Segundo dados encontrados na literatura de referência, o paciente fica assintomático com a infiltração de corticoide em mais de 90% dos casos quando não tem comorbidade (FREBERG,1989), em 66% quando apresenta diabetes mellitus tipo 2 (RING,2008) e em 50% dos casos de síndrome metabólica (ROH,2016). Dessa forma, é possível fornecer na maioria das vezes, um tratamento clínico adequado, sem a necessidade de intervenção cirúrgica.

3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A falta de um protocolo terapêutico para tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) no Hospital Naval Marcílio Dias inviabiliza padronizar a conduta, diminuir o número de procedimentos cirúrgicos, diminuir os custos para o tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho), melhorar o cuidado, reabilitar e reintegrar precocemente o paciente a sociedade. Quando necessário o procedimento cirúrgico temos que nos atentar em alguns detalhes como nos itens 3.2.2 e 3.2.3.

3.2.1 Análise do problema no setor ambulatorio

- Falta uniformizar as condutas da investigação de comorbidades do paciente como diabetes, obesidade, estado de desnutrição, fatores como tabagismo, alcoolismo, uso de imunossupressores e doença reumatológica.
- Falta uniformizar condutas relacionadas a assistência como a investigação diagnóstica laboratorial da dosagem sérica de ácido úrico, hemoglobina glicada, prova de atividade reumática e lipidograma completo.

3.2.2 Análise do problema no Day Clinic

- Criar a rotina de orientar o banho pré-operatório em domicílio com a clorexidina degermante 2%, assim evitar uso de cremes ou óleos antes do procedimento cirúrgico.
- Prescrever e orientar o paciente a retornar em jejum com acompanhante,

portando os exames pré operatórios e sem acessórios.

3.2.3 Análise do problema no setor centro cirúrgico

- Realizar a alta no Centro cirúrgico ambulatorial, prescrever e orientar o paciente a retornar com o médico que realizou o seu procedimento em 1 semana.

Podemos citar portanto como causas críticas, a falta de um protocolo para tratamento do dedo em gatilho no setor ambulatorio, Day Clinic e centro cirúrgico, falta de interação entre a equipe o que leva a condutas divergentes na abordagem do paciente.

3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Problema a ser enfrentado:	Número elevado de cirurgias para tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).
Causa:	A falta de um protocolo terapêutico para tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).
Descritor:	<p>130 pacientes realizaram consulta na Traumatologia Ortopedia do HNMD por tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) de Julho de 2014 a Outubro de 2015.</p> <p>75 pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico para tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) de Julho de 2014 a Outubro de 2015.</p> <p>Segundo dados encontrados na literatura de referência, o paciente fica assintomático com a infiltração de corticoide em mais de 90% dos casos quando não tem comorbidade, em 66% quando apresenta diabetes mellitus tipo 2 e em 50% dos casos de síndrome metabólica.</p>
Indicador:	<p>Taxa de intervenção cirúrgica (58% atualmente):</p> $\frac{\text{Número de cirurgias ortopédicas na Traumatologia Ortopedia do HNMD por tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) de Julho de 2014 a Outubro de 2015}}{\text{Número de consultas na Traumatologia Ortopedia do HNMD por tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) de Julho de 2014 a Outubro de 2015}} \times 100$
Meta:	Redução de 10% por ano dos procedimentos cirúrgicos por tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho), sendo no primeiro ano 10%, segundo 20%, terceiro 30% e no quarto ano 40%.
Resultado a ser obtido:	Diminuir o número de procedimentos cirúrgicos para tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores no HNMD, padronizar a conduta, melhorar o cuidado, reabilitar e reintegrar precocemente o paciente a sociedade e diminuir os custos para o tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores (dedo em gatilho) no Hospital Naval Marcílio Dias.

MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Estabelecer o grupo de trabalho para escrever protocolo	Humanos e Físicos (ambiente de escritório com suporte para trabalho em equipe)	Grupo de trabalho estabelecido	Agosto de 2020	CC (Md) Debora CT (Md) Junot CT (Md) Liliane 1T (Md) Ana
Elaborar o protocolo	Humanos e Físicos (ambiente de escritório com suporte para trabalho em equipe)	Protocolo elaborado	Outubro de 2020	CC (Md) Debora CT (Md) Junot CT (Md) Liliane 1T (Md) Ana
Revisar o protocolo com os especialistas	Humanos e Físicos (ambiente de escritório com suporte para trabalho em equipe)	Protocolo Revisado	Dezembro de 2020	CC (Md) Debora CT (Md) Junot CT (Md) Liliane Dr. Saulo
Divulgar o protocolo nas sessões clínicas diárias da Traumato Ortopedia	Humanos e Físicos (ambiente de escritório com suporte para trabalho em equipe)	Protocolo divulgado	Janeiro de 2021	CF (Md) Vânia CC (Md) Debora CC (Md) Cristhian CC (Md) Marina
Capacitar os profissionais para aplicação do protocolo	Humanos e Físicos (ambiente de escritório com suporte para trabalho em equipe)	Profissionais capacitados	Fevereiro de 2021	Dr. Saulo CC (Md) Debora CT (Md) Junot CT (Md) Liliane
Implementar o protocolo	Humanos e Físicos (ambiente de escritório com suporte para trabalho em equipe)	Protocolo implementado	Março de 2021	Dr. Saulo CC (Md) Debora CT (Md) Junot CT (Md) Liliane

3.4 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto será realizada pela Capitão de Corveta Médica Debora, da Clínica de Ortopedia com os membros da Cirurgia da Mão do Hospital Naval Marcílio Dias, que realizarão a execução e monitoramento através de encontros semanais na sala de reuniões do térreo com a participação dos médicos especialistas do grupo de cirurgia da mão, demais staffs e residentes.

O trabalho de intervenção aqui apresentado é de natureza prática, implementando ações de rotina na Clínica de Traumatologia e Ortopedia para o tratamento do paciente que apresenta dedo em gatilho. Essas rotinas, ocorrerão através da aplicação do protocolo que fará parte do Serviço desde seu atendimento ambulatorial quando ocorre o primeiro contato com o paciente até o momento da alta hospitalar.

Pretendo avaliar com essas rotinas a eficácia das novas medidas no tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores, e cobrar o efetivo comprometimento de toda a equipe para minimizar a intervenção cirúrgica.

Observamos nos Conselhos Técnicos da Ortopedia que a equipe de Cirurgia da Mão está motivada com o novo protocolo.

Avaliaremos no ambulatório como está sendo adotado o protocolo e nas reuniões do Conselho Técnico Interno da Ortopedia pelo quantitativo apresentado de casos ambulatoriais e número de pacientes submetidos a intervenção cirúrgica, teremos o termômetro de alerta para analisarmos a eficácia desse projeto de intervenção.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como autora, foi possível com a apresentação do projeto de intervenção despertar o interesse em iniciar uma interação maior entre os especialistas do grupo de Cirurgia da Mão com demais Staffs e residentes da Clínica de Traumatologia e Ortopedia. Através de reuniões, iniciamos discussão das medidas relevantes para serem colocadas em prática e conseguimos criar um protocolo para tratamento da tenossinovite estenosante dos flexores.

Com anuência da minha chefia, temos governabilidade e ação gerencial para implementação do protocolo.

Motivado por esse projeto, médicos da Cirurgia da Mão se voluntariaram para iniciarem uma vez por semana, atendimento ambulatorial específico, onde será conferido a aplicabilidade das novas medidas, visando o controle da eficácia do protocolo e o

agendamento cirúrgico de forma segura, quando necessário.

Como aluna e médica, a realização desse projeto me ensinou a identificar o que precisa ser mudado, identificar o modo mais adequado de sua implementação, a importância da flexibilidade gerencial, do aprendizado contínuo e da troca de informação. Contar com a participação de colegas que contribuíram para iniciar as ações foi muito gratificante. Vislumbro melhorias sobre a taxa de intervenção cirúrgica no dedo em gatilho, minimizando o sofrimento dos pacientes e gerando benefícios imensuráveis para todos e para a nossa instituição.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABATE M, Schiavone C, Salini V, Andia I. Management of limited joint mobility in diabetic patients. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2013, 6:197-207.

AKHTAR S, Bradley MJ, Quinton DN, Burke FD. Management and referral for trigger finger/thumb. *BMJ.* 2005;331(7507):30-3.

ANDERSON B, Kaye S. Treatment of flexor tenosynovitis of the hand ('trigger finger') with corticosteroids. A prospective study of the response to local injection. *Arch Intern Med.* 1991;151(1):153-6.

BENSON LS, Ptaszek AJ. Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. *J Hand Surg [Am].* 1997;22(1):138-44.

BERBARI EF, Osmon DR, Lahr B, et al. The Mayo prosthetic joint infection risk score: implication for surgical site infection reporting and risk stratification. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2012;22(8):774-781.

BRADLEY KA, Rubinsky AD, Sun H, et al. Alcohol screening and risk of postoperative complications in male VA patients undergoing major non-cardiac surgery. *J Gen Intern Med.* 2011;26(2):162-169.

BUCH-JAEGER, N., Foucher, G., Ehrler, S. et al: The results of conservative management of trigger finger. A series of 169 patients. *Ann Chir Main Memb Super* 11: 189-193, 1992.

CREIGHTON JJ Jr, Idler RS, Strickland JW. Trigger finger and thumb. *Indiana Med.* 1990;83(4):260-2.

DOWSEY MM, Choong PF. Obese diabetic patients are at substantial risk for deep infection after primary TKA. *Clin orthop relat Res.* 2009;467(6): 1577-1581.

EASTWOOD DM, Gupta KJ, Johnson DP. Percutaneous release of the trigger finger: an office procedure. *J Hand Surg [Am].* 1992;17(1):114-7.

FLATT AE. The care of congenital hand anomalies. 2nd ed. St. Louis: Quality Medical Publishing; 1994. p. 59-60.

GREEN DP, Pederson WC, Hotchkiss RN, Wolfe SW. Green's operative hand surgery. 5th ed. Vol.2. Philadelphia: Elsevier; 2005.

FREBERG A, Mulholland RS, Levine R. Nonoperative treatment of trigger fingers and thumbs. *J Hand Surg [Am]* 1989, 14:553–558.

GURLEY DJ, Lucas GL. Diabetes and trigger finger. *J Hand Surg [Br]*. 1996;21(2):244-5.

HOWARD LD, Pratt DR, Bunnell S. The use of compound F (hydrocortisone) in operative and non-operative conditions of the hand. *J Bone Joint Surg Am*. 1953;35A:994-1002.

HUESTON JT, Wilson WF. The aetiology of trigger finger explained on the basis of intratendinous architecture. *Hand*. 1972;4(3):257-60.

JAMSEN E, Nevaleinen P, Kalliovalkama J, Moilanen T. Preoperative hyperglycemia predicts infected total knee replacement. *Eur J Intern Med* 2012;21:196-201.

JEANNIN G. Etude sur le doigt a ressort. *Arch Gen Med*. 1895;2:310,414,541,701.

KRAEMER BA, Young VL, Arfken C. Stenosing flexor tenosynovitis. *South Med J*. 1990;83(7):806-11.

KOLIND-SORENSEN V.: Treatment of trigger fingers. *Acta Orthop Scand* 41: 428-432, 1970.

LORTHOIR J.: Surgical treatment of trigger-finger by a subcutaneous method. *J Bone Joint Surg [Am]* 40: 793-795, 1958.

MARKS, M.R. & Gunther, J.F.: Efficacy of cortisone injection in treatment of trigger finger and thumbs. *J Hand Surg [Am]* 14: 722-727, 1989.

MOORE JS. Flexor tendon entrapment of the digits (trigger finger and trigger thumb). *J Occup Environ Med.* 2000;42(5):526-45.

NELATON A, Depres A, Jamain A. Tumeurs des doigts. *Elements de Pathologie Chirurgicale.* 1859;5:953-6.

NEWPORT M.L., Lane L.B., Stuchin S.A.: Treatment of trigger finger by steroid injection. *J Hand Surg [Am]* 15: 748-750, 1990.

NOTTA A. Recherches sur une affection particuliere des gaines tendineuses de la main. *Arch Gen Med.*1850, 24:142.

PATEL M.R., Bassini L.: Trigger fingers and thumb: when to splint, inject, or operate. *J Hand Surg [Am]* 17: 110-113, 1992.

POPE, D.F. & Wolf, S.W.: Safety and efficacy of percutaneous trigger finger release. *J Hand Surg* 20: 280-283, 1995.

QUINNELL R.C.: Conservative management of trigger finger. *Practitioner* 224: 187-190, 1980.

RHOADES C.E., Gelberman R.H., Manjarris J.F.: Stenosing tenosynovitis of the fingers and thumb. *Clin Orthop* 190: 236-238, 1984.

RING D, Lozano-Calderon S, Shin R, Bastian P, Mudgal C, Jupiter J. A prospective randomized controlled trial of injection of dexamethasone versus triamcinolone for idiopathic trigger finger. *J Hand Surg [Am]* 2008, 33:516-522.

ROH YH, Lee BK, Kim JK, Noh JH, Gong HS, Baek GH. Effect of metabolic syndrome on the outcome of corticosteroid injection for trigger finger: Matched case-control study. *J Hand Surg [Am]* 2016, 41:331–335.

SATO ES, Albertoni WM, Leite VM, Santos JBG, Faloppa F. Dedo em gatilho: avaliação prospectiva de 76 dedos tratados cirurgicamente pela via percutânea. Rev Bras Ortop. 2004;39(6):309-22.

SATO E.S.: Tratamento cirúrgico do dedo em gatilho pela via percutânea [Dissertação de Mestrado]. São Paulo, SP, Brasil: Universidade Federal de São Paulo, Unifesp, 2003.

SINGH JA, Houston TK, Ponce BA, Maddox G, Bishop MJ, Richman J, et al. Smoking at a risk factor for short-term outcomes following primary total hip and total Knee replacement in veterans. Arthritis Care Res 2011;63:1365-74.

THORPE A.P.: Results of surgery for trigger finger. J Hand Surg [Br] 13: 199- 201, 1988.

WEILBY A.: Trigger finger - Incidence in children and adults and the possibility of a predisposition in certain age groups. Acta Orthop Scand 41: 419- 427, 1970.

ANEXO A – *CLÍNICA DE TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA*
CIRURGIA DA MÃO

PROTOCOLO PARA ABORDAGEM TERAPÊUTICA PARA TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DOS FLEXORES (DEDO EM GATILHO), CUIDADOS A SEREM TOMADOS ANTES DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

AMBULATÓRIO:

<u>1.História Patológica Pgressa:</u>	
<input type="checkbox"/>	1.1 Presença de patologia prévia em tratamento.
<input type="checkbox"/>	1.2 Diabetes, Sd. Metabólica, Dç autoimune, distúrbios da tireoide...
<input type="checkbox"/>	1.3 Gravidez, puerpério, menopausa,...
<input type="checkbox"/>	1.4 Atividades laborativas e cotidianas.
<u>2.Condições de pele:</u>	
<input type="checkbox"/>	2.1 Presença de lesão cutânea (Avaliação da Dermatologia).
<u>3.Hiperglicemia:</u>	
<input type="checkbox"/>	3.1 Glicemia em jejum >180 mg/dl (Controlar até normalizar).
<u>4.Estado nutricional (obesidade/ desnutrição):</u>	
<input type="checkbox"/>	4.1 Índice corporal > 30kg/m = obeso (Orientar a perder peso 30 dias antes da cirurgia);
<input type="checkbox"/>	4.2 Índice corporal >40mg/m= obesidade mórbida (Encaminhar à Endocrinologia Nutricionista e Psicologia);
<input type="checkbox"/>	4.3 Desnutrição (Encaminhar ao Nutricionista).
<u>5.Tabagismo:</u>	
<input type="checkbox"/>	5.1 Interromper o hábito de fumar 4- 6 semanas antes da cirurgia.
<u>6.Uso de Álcool:</u>	

<input type="checkbox"/>	6.1 Interromper o uso de álcool 4- 6 semanas antes da cirurgia.
<u>7. Uso de Imunossupressores:</u>	
<input type="checkbox"/>	7.1 Encaminhar para ajuste de dose pela Reumatologia.
<u>8. Tratamento Conservador:</u>	
<input type="checkbox"/>	8.1 AINE e/ou Fisioterapia e/ou órtese.
<input type="checkbox"/>	8.2 Infiltração com corticoide.

Todos esses dados serão abordados durante as consultas com o especialista e a verificação final para agendamento cirúrgico será concluída no ambulatório do *check list* TRO.

ANEXO B – PROTOCOLO PARA ABORDAGEM TERAPÊUTICA PARA TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DOS FLEXORES (DEDO EM GATILHO) , CUIDADOS A SEREM TOMADOS NO DAY CLINIC

<u>9.Cuidados:</u>	
<input type="checkbox"/>	9.1 Banho com clorexidina degermante no corpo todo, antes da cirurgia pela manhã em seu domicílio.
<input type="checkbox"/>	9.2 Confirmar se não usou cremes, gel, óleos no corpo antes da cirurgia.
<input type="checkbox"/>	9.3 Conferir se o paciente retorna com acompanhante, exames pré operatórios, em jejum e sem acessórios.
<input type="checkbox"/>	9.4 Orientar que a troca do primeiro curativo deve ser realizada pela equipe médica que participou do procedimento, com material estéril.

ANEXO C –PROTOCOLO PARA ABORDAGEM TERAPÊUTICA PARA TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DOS FLEXORES (DEDO EM GATILHO), CUIDADOS A SEREM TOMADOS NO SETOR CENTRO CIRÚRGICO

<u>10. Cuidados para o ato cirúrgico</u>	
<input type="checkbox"/>	10.1 Escalar 1 médico da equipe cirúrgica para conferir o protocolo.
<input type="checkbox"/>	10.2 Utilização de máscara e gorro desde o preparo ao término da cirurgia.
<input type="checkbox"/>	10.3 Proibir uso de aparelho celular na sala cirúrgica.
<input type="checkbox"/>	10.4 Antibioticoterapia profilática com 2,0g de cefazolina endovenosa na indução anestésica.
<input type="checkbox"/>	10.5 Alta na recuperação pós anestésica (RPA), após dieta, com prescrição e orientação.