

**HOSPITAL
NEUROCENTER**

O **HOSPITAL NEUROCENTER LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ nº 24.291.004/0001-34, devidamente estabelecido na Rua Otávio Nunes da Silva, nº 223 Vila Moreira – Guarulhos/SP – CEP: 07021-001, neste ato representado pelo seu Sócio Proprietário o Senhor **MAIQUEL SANTOS DE ASSIS**, portador do RG nº 38.555-5 e do CPF nº 000.000.000-0, ATESTA para os devidos fins que a **IRMANDADE BOITUVA DE SAUDE E EDUCACAO**, instituição filantrópica de direito privado, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, estadual e municipal, com sede na Avenida Professor Manoel José Padroso, nº 1652, Sala 06 Parque Bahia – Cotia/SP – CEP: 06717-100, inscrita no CNPJ nº 11.788.326/0001-41, prestou serviços a esse Hospital de Gestão do Pronto Atendimento Adulto e Infantil, no período de 01/01/2018 a 31/12/2024.

O contrato de gestão teve por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde; em regime de 24 horas/dia que assegura-se assistência universal e gratuita a população realizando atendimentos de urgência e emergência nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia, Psiquiatria, Neurologia, Buco Maxilo, Neurocirurgia, Cardiologia através dos 70 (setenta) leitos adultos e 34 (trinta e quatro) leitos infantis.

Registramos ainda os serviços de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, fisioterapia, Internação em Oncologia, Hemodinâmica, Remoção.

Total de atendimentos médicos assistenciais do período de 01/01/2018 até 31/12/2024:

Atendimentos de urgência e emergência/PA Adulto: 1.250.001,00

Atendimentos de urgência e emergência/PA Infantil: 384.115,00

Atendimento de urgência e emergência Obstétrica: 8.407,00

Atendimentos Odontológicos: 29.605,00

Atendimentos Multiprofissionais Gerais: 2.110.431,00

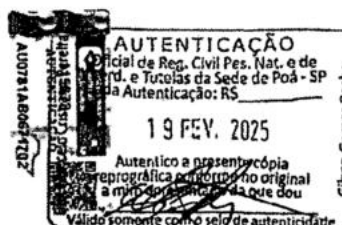
Exames de diagnósticos por imagem: 754.475,00

Exames laboratoriais/Análises Clínicas Gerais: 3.391.945,00

Cirurgia Eletiva: 22.551,00

Cirurgia Urgência: 10.495,00

Atendimentos Ambulatoriais: 157.236,00



HOSPITAL NEUROCENTER LTDA.

Rua Otávio Nunes da Silva, 223 - CEP 0721-001 - Vila Moreira- Guarulhos - SP

Fone: (11) 2461-6161

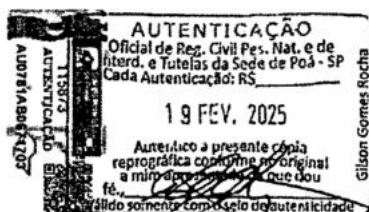




A unidade gerenciada dispõe dos serviços de apoio Diagnóstico de Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Raio-X, Tomografia, Coleta de Exames Laboratoriais. Dispõe ainda de serviços de transporte de ambulância.

Atesta ainda, que a prestação dos serviços acima referida apresentou bom desempenho operacional, qualidade e eficiência, sendo que nada consta até a presente data que desabone.

Guarulhos, 08 de janeiro de 2025.



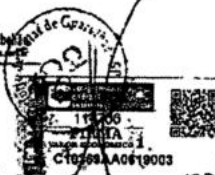
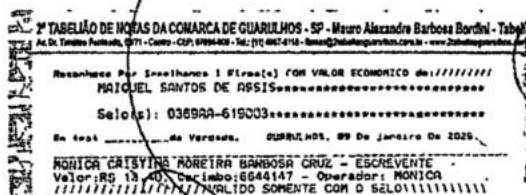
24.291.004/0001-34

HOSPITAL NEUROCENTER LTDA

Rua Otávio Nunes da Silva, 0223
Vila Moreira - CEP: 07021-001

GUARULHOS - SP

20



2º Cartório de Notas
Mônica Cristina Barbosa Cruz
Secretaria

HOSPITAL NEUROCENTER LTDA.

Rua Otávio Nunes da Silva, 223 - CEP 0721-001 - Vila Moreira- Guarulhos - SP

Fone: (11) 2461-6161



A Clínica STO. ANTONIO PREST. DE SERV. MÉDICOS E ODONT.S/C LTDA – EPP inscrita no CNPJ nº 51.262.665/0001-04 estabelecida na Praça Independência, 21, Ferraz de Vasconcelos, ATESTA, para os devidos fins, que a empresa IRMANDADE BOITUVA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 11.788.326/0001-41, com sede na Av. Professor Manoel Jose Pedroso, nº 1652 sala 06, Parque Bahia, Cotia/SP, executou para esta empresa cooperação técnica no período de 01/01/2020 a 01/01/2022.

O contrato teve por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia realizando atendimentos de urgência e emergência nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia, Cardiologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Psicologia, Psiquiatria e Fisioterapia através dos 44 (quarenta e quatro) leitos.

Atesta ainda, que tais serviços foram executados satisfatoriamente, não constando, em nossos registros, até a presente data, fatos que desatorem sua conduta e responsabilidade com as obrigações assumidas.

Ferraz de Vasconcelos, 10 de fevereiro de 2025.



Praça Independência, nº 21- Centro
CEP: 08500-010 - Ferraz de Vasconcelos/SP
Telefone: (11) 4675-5166 // (11) 4676-5514



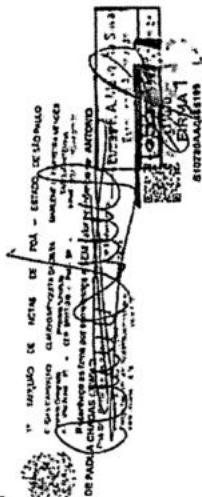


ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua Robert Kennedy, 2900 – Assunção, CEP 09860-214, São Bernardo do Campo, São Paulo – Brasil, inscrita no CNPJ nº 47.708.771/0001-00, neste ato representada por seu representante legal, o Sr. ANTONIO DE PAUDA CHAGAS, portador da Carteira de Identidade nº 8 [REDACTED]-2 e inscrito no CPF nº [REDACTED]-8-49, ATESTA, para os devidos fins de prova e de direito, que a IRMANDADE BOITUVA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 11.788.326/0001-41, com sede na Av. Professor Manoel José Pedrosa, nº 1652, sala 06, Parque Bahia, Cotia/SP, realizou operacionalização, gerenciamento e execução das atividades e dos serviços de saúde da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24 HORAS – PORTE I - JUNDIAPEBA - "DR. SILVIO CARLOS BRUHNS FRANCESCHINI", por meio do Contrato nº 000122/2023 entre o município de Mogi das Cruzes e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Registramos ainda que a empresa acima citada apresentou bom desempenho, tendo cumprido fielmente com suas obrigações contratuais, nada constando que a desabone até a presente data.

São Bernardo do Campo, 31 de março de 2025.



ANTONIO DE PAUDA CHAGAS
SANTA CASA SBC
PRESIDENTE CONS. ADM.



1ª Tabelião de Notas e Protesto de Poá/SP
Av. Vilas Brasil, 85-VI. Açoreana-Poá-SP: 4679-2100
Tabela Lyra Umeda - Tabelião Titular

AUTENTICAÇÃO

05/04/2025

Autentico a presente cópia reprográfica
extraída por esta serventia, de que dou fé:
(1) Viteza, Alexandre - P. Pessoa (Assessoria de Gestão)
(1) Siderópolis Silva Altes (1) Siderópolis Marcelo Almeida
(1) Siderópolis Silva Santos (1) Siderópolis Diat Santana
Valor Unitário R\$ 6,08 - Válido somente com selo de Autenticidade



12. ANEXOS

Protocolos Clínicos

Protocolos de Enfermagem

h



Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

PROTOCOLO PARADA CARDIORESPIRATÓRIA

☐ contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

↗
☑ Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 – Cotia - SP CEP 06717-100

Sumário

1	Histórico de revisão:	3
2	Introdução	3
3	Objetivo	4
4	Conteúdo.....	4
4.1.	Reconhecimento da PCR	4
4.2.	Principais Causas de PCR (5H5T)	4
4.3.	Principais Aspectos da Qualidade da Reanimação Cardiopulmonar (RCP):.....	5
5	Ritmos Não Chocáveis	7
6	Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)	10
7	Cuidados Pós-Parada Cardiorrespiratória Cuidados pós-PCR:	11
8	Anexos	15
9	Referências	15

diferenciação dessa para a morte biológica, que é entendida como a evolução natural do processo de término da vida. Esses conceitos são importantes para determinar a indicação para começar as manobras de reanimação cardiopulmonar quando é constatado PCR.

3 Objetivo

Auxiliar e estabelecer parâmetros para o atendimento eficaz para casos de PCR, com o objetivo principal reduzir o tempo de resposta, com medidas que permitam atuação rápida, eficiente e sistematizada.

4 Conteúdo

No ambiente hospitalar, o suporte à vida se baseia na avaliação secundária, com poucas exceções. A Avaliação Secundária é conhecida como ABCD. Tornam-se objetivos imediatos a identificação do ritmo de parada, compressão torácica, obtenção de via aérea segura, ventilação, infusão de drogas ou soluções e as medidas de cuidado adicional, conforme cada caso.

Treinamento da equipe em relação ao atendimento da PCR: Deve ter como objetivo principal reduzir o tempo de resposta, com medidas que permitam atuação rápida, eficiente e sistematizada.

4.1. Reconhecimento da PCR

- Verificar se a vítima responde. Ao mesmo tempo, observe se há ausência de respiração ou apenas *gasping*.
- Peça ajuda.
- Avalie se há pulso carotídeo no máximo em 10 segundos. A verificação da respiração e do pulso pode ser feita simultaneamente, em até 10 segundos.
- Inicie as compressões torácica (RCP).

4.2. Principais Causas de PCR (5H5T)

- Hipotensão;

- Hipoxemia;
- H+ (acidose);
- Hiper ou hipopotassemia;
- Hipotermia;
- Toxinas;
- Trombose de coronária;
- Tromboembolia pulmonar;
- Tensão no tórax (pneumotórax);
- Tensão no pericárdio (tamponamento).

Esses distúrbios são mais comuns nas seguintes situações clínicas:

- Disfunção miocárdica (isquemia coronariana, iocardiopatias);
- Lesão cerebral pós-anóxica;
- Síndrome de isquemia-reperfusão sistêmica;
- Doença pulmonar (DPOC ou asma descompensados);
- Acidente vascular cerebral;
- Tromboembolismo pulmonar;
- Hipovolemia;
- Seps e/ou acidose graves;
- Intoxicações exógenas;
- Distúrbios hidroeletrólíticos graves (principalmente hipocalemia ou hipercalemia).

4.3. Principais Aspectos da Qualidade da Reanimação Cardiopulmonar (RCP):

- As duas prioridades são compressões eficazes sem interrupções e desfibrilação nos casos de FV/TV;
- Posicionar as duas mãos sobre a metade inferior do esterno;
- Realizar compressões torácicas a uma frequência de 100 - 120/minuto, comprimindo a uma profundidade entre 5 e 6 cm; se



houver dispositivo de feedback, utilize-o;

- Permitir o retorno total do tórax após cada compressão e minimizar as interrupções nas compressões (se for necessária interrupção da RCP para realização de algum procedimento, tentar fazê-lo no momento da checagem de pulso);
- A cada 2 minutos, faça uma pausa nas compressões para checar o ritmo. Aproveite esse momento para trocar os socorristas e evitar fadiga;

Sem via aérea avançada: Relação compressão-ventilação de 30:2 (cada ventilação administrada em 1 segundo, provocando a elevação do tórax);

Com via aérea avançada: 10 ventilações por minuto (intervalo aproximado de 6 segundos entre as ventilações) de forma ininterrupta - evitar a hiperventilação que é prejudicial;

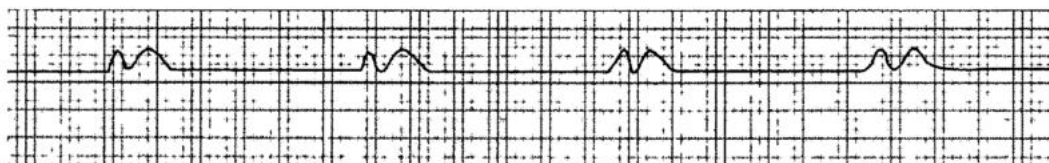
- Capnografia quantitativa com forma de onda
-meta: PETCO₂ 10-20 mmHg;
- Pressão intra-arterial - meta: Diastólica > 20 mmHg.
- Via Aérea Avançada
- Pode ser supraglótica ou intubação endotraqueal;
- Utilize capnografia com forma de onda, evidenciando posicionamento correto do tubo (curva quadrada);
- No caso de ventilação durante a PCR, o ideal é a utilização de dispositivo bolsa-válvula-máscara acoplado ao tubo endotraqueal, com fonte de oxigênio a 100% (fluxo de O₂ de 12 -15 L/minuto);
- 10 ventilações por minuto, com compressões torácicas contínuas (intervalo aproximado de 6 segundos entre as ventilações).
- Avaliação do Ritmo Cardíaco e Desfibrilação
- Assim que o desfibrilador estiver disponível, a análise do ritmo da



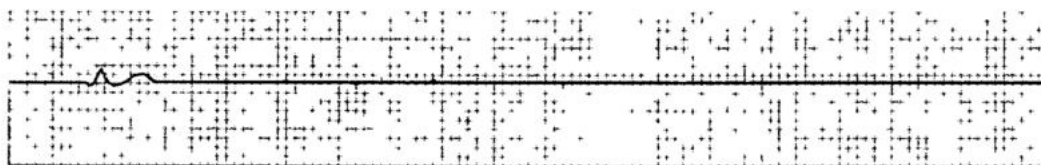
PCR deve ser realizada. A análise pode gerar ritmos não chocáveis (assistolia ou AESP) ou ritmos chocáveis (fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso).

5 Ritmos Não Chocáveis

- Atividade elétrica sem pulso (AESP);
- Assistolia.



Atividade elétrica sem pulso



Assistolia

Tratar causas reversíveis (5H e 5T) de atividade elétrica sem pulso (AESP) ou assistolia: É o principal fator determinante da reversão da PCR.

- Hipovolemia;
- Hipotermia;
- Hipóxia;
- Hidrogênio (acidose);
- Hipo/hipercalcemia;
- Tensão do tórax por pneumotórax;
- Tamponamento cardíaco;
- Toxinas (intoxicação);
- Tromboembolismo pulmonar;
- Trombose coronária (IAM).

Epinefrina precoce: A principal droga durante a RCP de um paciente

com ritmo não chocável é a Epinefrina, que deve ser administrada assim que possível. A administração precoce da mesma ganhou ainda mais ênfase em 2020.

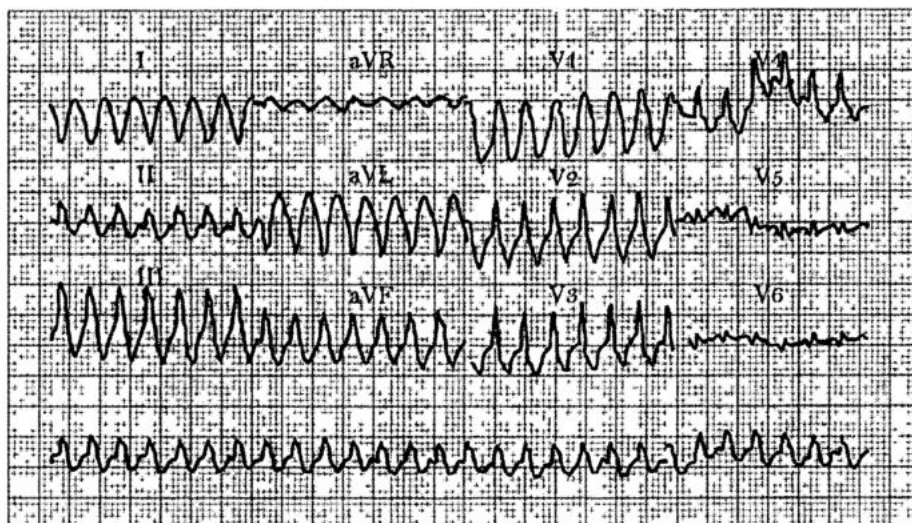
Atenção! Protocolo da "linha reta": Ao observar uma "linha reta", não presume logo que seja assistolia. Verificar o protocolo da linha reta para identificar ou descartar causas de um eletrocardiograma (ECG) isoeletrico.

- Conferir cabeamento do monitor;
- Aumentar a sensibilidade da derivação ao máximo, para que as ondas finas não pareçam linhas retas;
- Mudar a derivação (se pás estão sendo utilizadas, deve-se reposicioná-las em 90º no sentido anti-horário).
- Ritmos Chocáveis

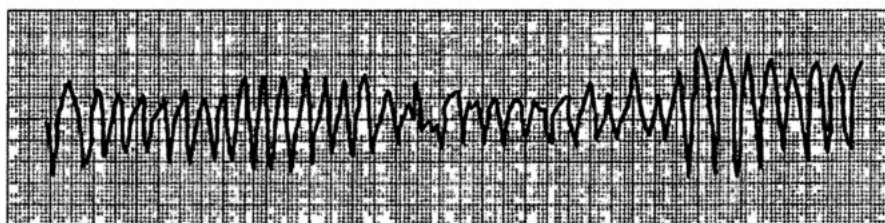
Taquicardia ventricular (TV) e fibrilação ventricular (FV):

- Escolha da energia do choque:
- Desfibrilador monofásico: 360 J;
- Desfibrilador bifásico: 120-200 J (recomendação do fabricante).
Se desconhecida, deve-se considerar usar a máxima disponível;
as subsequentes devem ser no mínimo equivalentes.

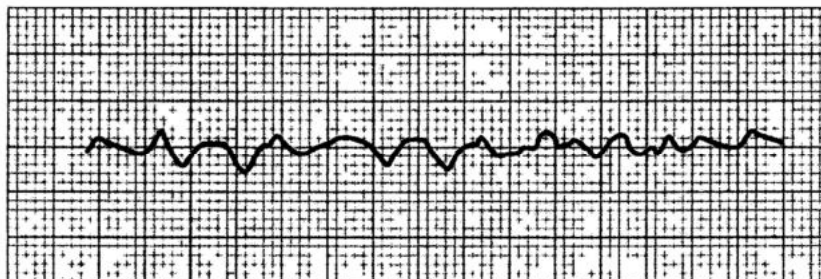




Taquicardia ventricular monomórfica



Taquicardia ventricular polimórfica



Fibrilação ventricular

6 Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)

Ciclo de RCP: RCP (5 ciclos ou 2 minutos) → checagem de ritmo → RCP (enquanto droga é administrada e desfibrilador é carregado) → choque → retomar RCP;

Terapia medicamentosa de escolha: Obter acesso venoso (AV) periférico ou central o quanto antes. Não retardar o uso das medicações por impossibilidade de AV. É possível **utilizar com segurança o acesso intraósseo (IO) na impossibilidade dos anteriores**. Enquanto o AV ou IO estão sendo providenciados, há a opção de utilizar o tubo orotraqueal (TOT) para administração da Adrenalina, Lidocaína, Atropina e Naloxona, quando indicadas. Dessa forma, deve-se dobrar a dose das medicações e diluir em 5-10 mL de água destilada. A absorção pode ser errática utilizando o TOT.

Adrenalina: 1 mg (1 ampola) a cada 3-5 minutos; administrar após falha da primeira tentativa de desfibrilação. Ou administre assim que for identificado um ritmo não chocável. Quer se atualizar sobre PCR: uso da adrenalina? Clique em: (2 min)

Amiodarona: 1ª dose: 300 mg (2 ampolas); 2ª dose: 150 mg (1 ampola) EV/intraóssea (apenas em ritmos chocáveis, exceto TV polimórfica), após 3 choques sem sucesso. Quer se atualizar sobre PCR: uso de antiarrítmicos? Clique em: (2 min)

Lidocaína: pode ser usada como alternativa à Amiodarona; 1-1,5 mg/kg de ataque (apenas em ritmos chocáveis). Se refratário: 0,5-0,75 mg/kg, repetir em 5 - 10 minutos, até máximo de 3 doses ou dose total de 3 mg/kg; 2-4 mg/minuto (30-50 microgramas/kg/minuto) de manutenção;

Sulfato de magnésio (1 g/10 mL): TV polimórfica com torção de pontas; 1-2 g de ataque; 1-2 g/hora de manutenção.

Observações:

- **Reverter acidose:** A correção da acidose na PCR deve ser com infusão rápida de bicarbonato de sódio 8,4% (1 mEq/mL) 1 mEq/kg, preferencialmente em veia central;
- **Reverter hipocalemia:** A reversão da hipocalemia pode ser tentada com infusão de cloreto de potássio 19,1% (2,5 mEq/mL)

4 mL diluído, preferencialmente em veia central, em até 10 minutos.

- Identificação do Retorno da Circulação Espontânea (RCE)
- Pulso e pressão arterial;
- Aumento abrupto prolongado no PETCO₂ (normalmente, 35-45 mmHg);
- Variabilidade espontânea na pressão arterial com monitorização intra-arterial.

7 Cuidados Pós-Parada Cardiorrespiratória Cuidados pós-PCR:

- Confira imediatamente os sinais vitais para otimizar a função cardiopulmonar e a perfusão de órgãos vitais após o RCE;
- Transportar/transferir para um hospital apropriado ou UTI com sistema completo de tratamento pós-PCR;
- Identificar e tratar síndromes coronarianas agudas (SCAs) e outras causas reversíveis: faça um ECG;
- Controlar a temperatura para otimizar a recuperação neurológica;
- Prever, tratar e prevenir a disfunção múltipla de órgãos; colete um laboratório com função renal, eletrólitos, gasometria, lactato e Troponina;
- Não há evidência favorável ao uso de drogas antiarrítmicas profiláticas após uma PCR.
- Metas de reanimação hemodinâmica:
- PAM: 65-100 mmHg;



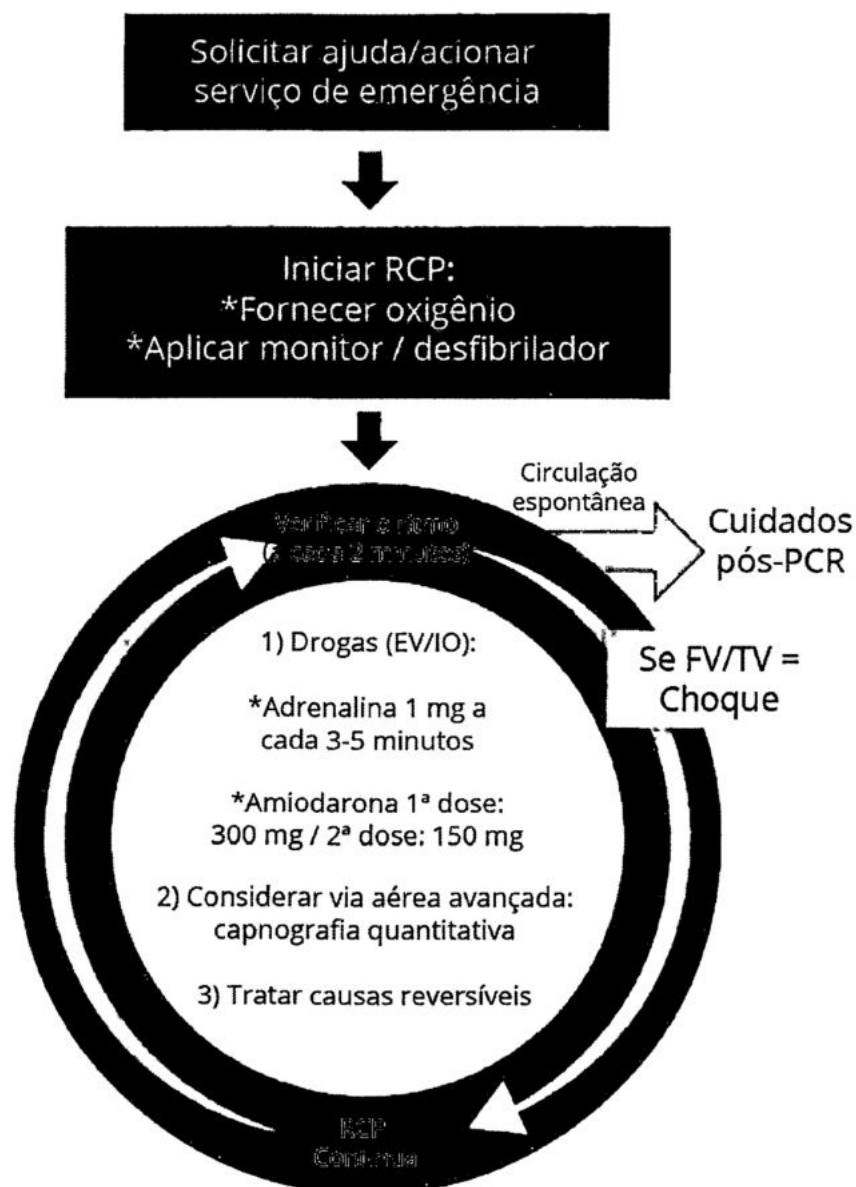
- PVC: 8-12 mmHg;
- Lactato: redução progressiva;
- SvcO₂: > 70%;
- Hemoglobina: $\geq$ 7-12 g/dL, se possível;
- Débito urinário: > 1 mL/kg/hora.
- Monitorização na síndrome pós-PCR:
- Monitor cardíaco;
- Pressão arterial invasiva e pressão venosa central;
- Oximetria de pulso;
- SvcO₂;
- Eletrocardiograma;
- Radiografia de tórax;
- Exames de sangue: lactato, glicemia, eletrólitos, hemograma e gasometria arterial;
- Monitorização hemodinâmica (se disponível): ecocardiografia e medidas de débito cardíaco;
- Monitorização neurológica (conforme indicação): eletroencefalograma, tomografia e/ou ressonância nuclear magnética de crânio.
- Manejo inicial pós-PCR:
- Dieta oral zero;
- Nutrição via enteral contínua a ~20 mL/hora (evitar alimentação parenteral), desde que haja trânsito intestinal e a radiografia de tórax não evidencie contraindicações;
- Cabeceira elevada a 30°, mantendo cabeça alinhada com tronco;
- Reposição volêmica: solução cristalóide ~30-40 mL/kg/dia EV (ou volume suficiente para manter débito urinário > 1 mL/kg/hora);
- Suporte respiratório: Administrar O₂ pela via adequada e aspirar regularmente as vias aéreas (ex.: de 2/2 horas), se necessário. Buscar alvo de pCO₂ de 40 mmHg, SpO₂ > 94% e evitar

hiperoxia;

Sedação (avaliar nível de sedação conforme alvo de RASS estabelecido):

- **Fentanila:** 50 mL (2500 microgramas/50 mL) puro (concentração: 50 microgramas/mL); 0,5-5microgramas/kg/hora;
- **Midazolam:** 50 mL (250 mg/50 mL) + 200 mL de SF 0,9% ou SG 5% (concentração: 1 mg/mL); 50 mL (250 mg/50 mL) puro (concentração: 5 mg/mL); 20 - 600 microgramas/kg/hora;
- Encaminhar paciente em ambulância avançada para serviço de referência.





8 Anexos

Não possui.

9 Referências

American Heart Association. Destaques da American Heart Association, 2018: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE [Internet]. American Heart Association, 2018

Soar J, Maconochie I, Wyckoff MH, et al. 2019 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. Circulation 2019; 140:e826.

Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, et al. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2020;142(16_suppl_2):S366-S468.

Elaborado	Revisado	Aprovado



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DOR TORÁCICA

Sumário

1	Histórico de revisão:	3
2	Objetivo	4
3	Introdução	4
4	Executante.....	4
5	Descrição das Atividades.....	4
5.1	Recepção	5
5.2	Triagem	5
5.3	ROTA 1	6
5.3.1.	Fluxograma ROTA 1.....	8
5.4.	ROTA 2	8
5.4.1.	Fluxograma ROTA 2.....	9
5.5.	TIMI RISK E HEART SCORE	10
5.6.	ROTA 3.....	12
5.6.1	Fluxograma ROTA 3.....	12
6.	Observações Gerais.....	12
7.	Referências	12
8.	Anexos	13
8.1.	(Anexo 1).....	13
8.2	(Anexo 2).....	17





2 Objetivo

O objetivo deste protocolo é padronizar um fluxo de atendimento ao paciente que apresente sinais e/ou sintomas de dor torácica nesta unidade, a fim de organizar a assistência e otimizar o tempo de atendimento.

3 Introdução

A síndrome coronariana aguda (SCA) é definida como a ruptura de uma placa de ateroma nas artérias coronárias, levando a interrupção parcial ou total do fluxo sanguíneo no coração, levando a falta de oxigênio na região causando morte das células no músculo cardíaco (infarto)^{1,2}. Quando esta obstrução do vaso é completa, no eletrocardiograma (ECG) observamos o supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), que é a forma mais grave. Quando a obstrução do vaso é parcial, temos o infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST). Além de englobar o infarto, o SSST pode compreender também a angina instável (AI) que pode vir ou não com alterações de troponinas².

O infarto agudo do miocárdio (IAM) junto com o AVC (acidente vascular cerebral) voltou a ser uma das patologias que mais ceifam vidas no Brasil em 2022. Dados mostram que no primeiro semestre de 2022, 52.426 pessoas morreram de infarto no Brasil. No mesmo período, 48.763 pessoas foram a óbito de covid-19³.

Essas informações mostram a importância do atendimento ágil de pessoas com IAM nos diferentes níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e faz-se imprescindível a existência deste protocolo para consulta pelos profissionais de saúde afim de agilizar o atendimento destes pacientes.

4 Executante

Enfermeiro da classificação, equipe médica.

5 Descrição das Atividades



5.1 Recepção

O paciente deve realizar a abertura de ficha de atendimento na recepção portando documentos, como RG e cartão nacional do SUS. Caso o paciente NÃO tenha documentos para realizar a abertura de ficha, a recepção irá abrir o atendimento como DESCONHECIDO até que os documentos sejam providenciados. O paciente não ficará sem atendimento caso não possua identificação. Após a abertura da ficha de atendimento, a recepção deverá orientar o paciente a aguardar na recepção correspondente, adulto ou pediátrica.

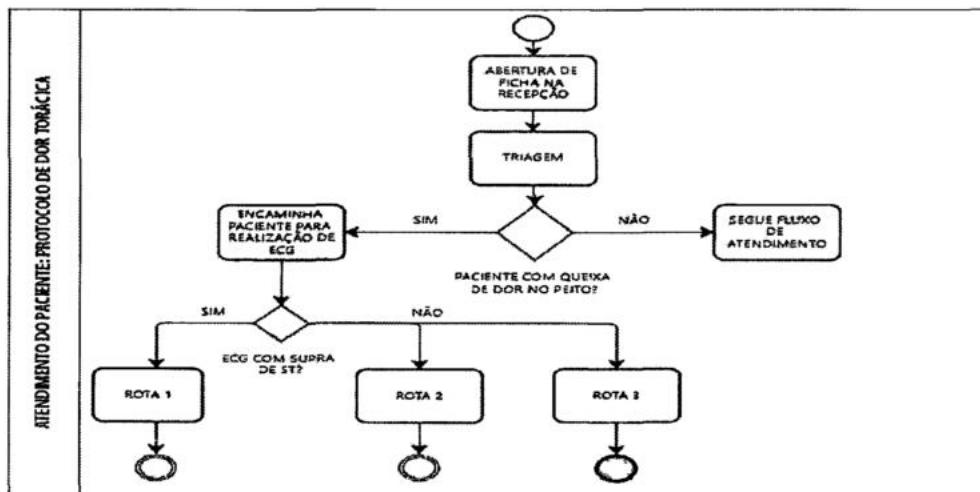
5.2 Triagem

Durante a triagem o enfermeiro responsável pelo atendimento deve anotar triar o paciente conforme Protocolo de acolhimento com classificação de risco PNH, 2004. Além disso, deve registrar no prontuário do paciente qual sua queixa e o tempo de duração. Classificar a dor do paciente pela escala de 1 a 10, relatar breve histórico do paciente, uso de medicações contínuas e verificação de sinais vitais. Caso a queixa do paciente seja dor torácica, ou caso o enfermeiro identifique sinais e sintomas sugestivos de síndrome coronariana aguda, o enfermeiro tem autonomia para encaminhar o paciente para sala de ECG e comunicar o chefe de plantão para checagem do laudo. Junto ao paciente deve-se encaminhar o formulário amarelo IN71 de IAMSSST com os dados do paciente e onde iniciou-se a abertura do protocolo. A partir daqui, temos 2 momentos importantes do protocolo, onde devemos seguir as diretrizes do Manual de Linhas de Cuidado do Ministério da Saúde:

- **TEMPO PORTA CLASSIFICAÇÃO:** Tem até 5 minutos para ir da recepção até a triagem.
- **TEMPO PORTA ECG:** O paciente deve realizar o ECG e ter o laudo visto pelo chefe de plantão em até 10 minutos, contando o tempo do início da verbalização da dor.

A partir daqui o paciente tem 3 caminhos diferentes a depender do laudo do ECG:

- **Rota 1:** IAMCSST
- **Rota 2:** IAMSSST e AI
- **Rota 3:** Fechamento de Protocolo



5.3 ROTA 1

Esse caminho deve ser seguido aos pacientes que receberem o diagnóstico de IAMCSST após laudo verificado pelo chefe de plantão responsável pela sala vermelha. O supra de ST é a elevação do segmento ST nova ou em duas ou mais derivações contíguas⁶.



O profissional de saúde que identificar esta ROTA deve abrir o formulário IN 72 – IAMCSST (anexo 1). Aqui o paciente deve ser acomodado na sala vermelha, manter monitorização contínua e oferecer suporte avançado de vida se necessário. Neste momento o médico insere o paciente no sistema JOIN através do tablet disponível em sala, anexando os dados do paciente e tirando foto do



ECG para avaliação dos médicos da hemodinâmica. A depender do tempo resposta da equipe, este paciente terá também 2 caminhos a seguir:

Opção 1: Paciente aceito pela instituição de referência, deve ser encaminhado imediatamente para a hemodinâmica, onde tem até 90 minutos para chegar a unidade, seguindo o tempo PORTA BALÃO. Com isso a equipe de enfermagem deve acionar o transporte o mais rápido possível para realizar a transferência.

Opção 2: Paciente não tem como ser transferido imediatamente ou o hospital de referência não possui vaga disponível no momento. Neste momento deve ser considerado a realização da trombólise química, seguindo o tempo PORTA AGULHA de 30 minutos.

A trombólise química deve ser realizada em apenas pacientes diagnosticados via laudo do ECG com IAMCSST e que não tenha NENHUMA contraindicação da lista abaixo^{4,5}. Caso tenha dúvida, a equipe assistencial pode realizar consulta da bula medicamentosa para checar mais contraindicações. Importante: lê-se recente tudo o que é a menos de 6 meses de ocorrência:

- AVC Isquêmico recente;
- TCE importante recente;
- Sangramento intracraniano prévio;
- Sangramento ativo;
- Dano ou neoplasia no SNC;
- Malformação intravascular craniana;
- Dissecção aórtica aguda;
- Discrasia sanguínea presente.

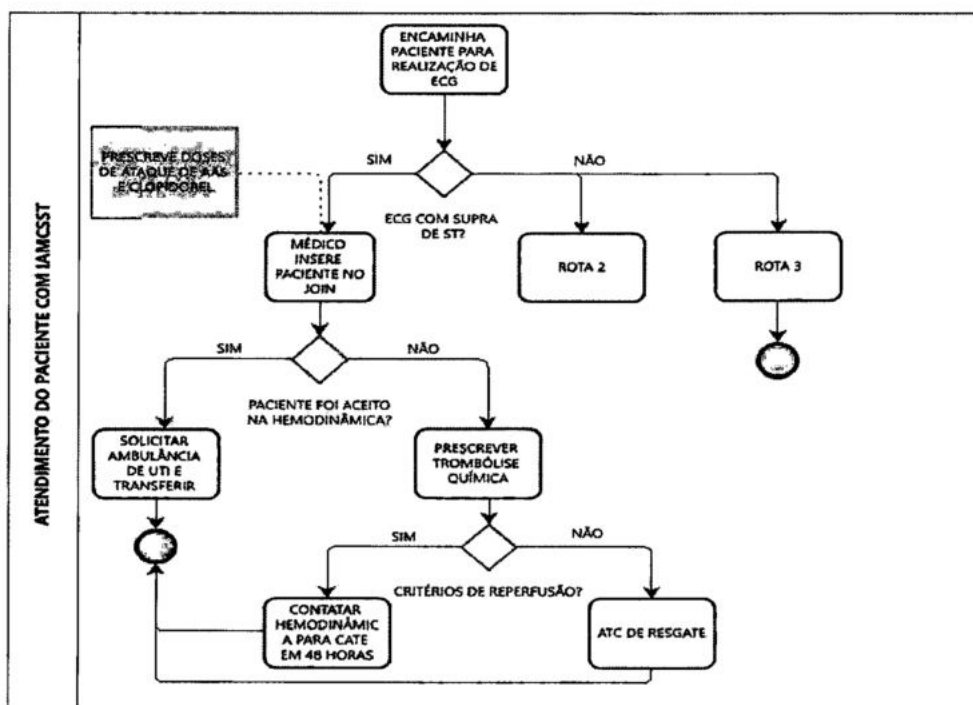
O medicamento disponível na unidade para realizar a trombólise é o Actilyse (alteplase) 50mg/50ml e deve ser preparado e administrado conforme orientação da bula, sendo por quilo e por tempo do início dos sintomas, sempre respeitando a dose máxima de administração de 100mg de alteplase⁵.

Antes da administração do trombolítico, o médico responsável pelo caso deve prescrever as doses de ataque de AAS e Clopidogrel conforme tabela abaixo:

MEDICAÇÃO	DOSAGEM
AAS	300 miligramas
CLOPIDOGREL	600 miligramas
ENOXAPARINA	40 miligramas

Caso o paciente tenha idade acima de 75 anos, não deve ser feita dose de ataque de clopidogrel, mantendo dose única de 75mg.

5.3.1. Fluxograma ROTA 1



5.4. ROTA 2

Esse caminho deve ser seguido quando o médico realizar a avaliação clínica do ECG, descartando IAMCSST e suspeitando de IAMSSST ou AI, dando sequência ao protocolo.

No último caso o paciente deve ser encaminhado para sala amarela. Neste momento o médico responsável pelo caso (que é o chefe de plantão e que a partir

deste momento é o responsável por conduzir o caso) deve inserir o paciente no JOIN através do tablet disponível em sala, anexando os dados do paciente e tirando foto do ECG para avaliação dos médicos da hemodinâmica. Deve solicitar a primeira amostra de marcadores de necrose cardíacos (CPK-MB), prescrever as doses de ataque conforme tabela abaixo e repetir o ECG se houver necessidade.

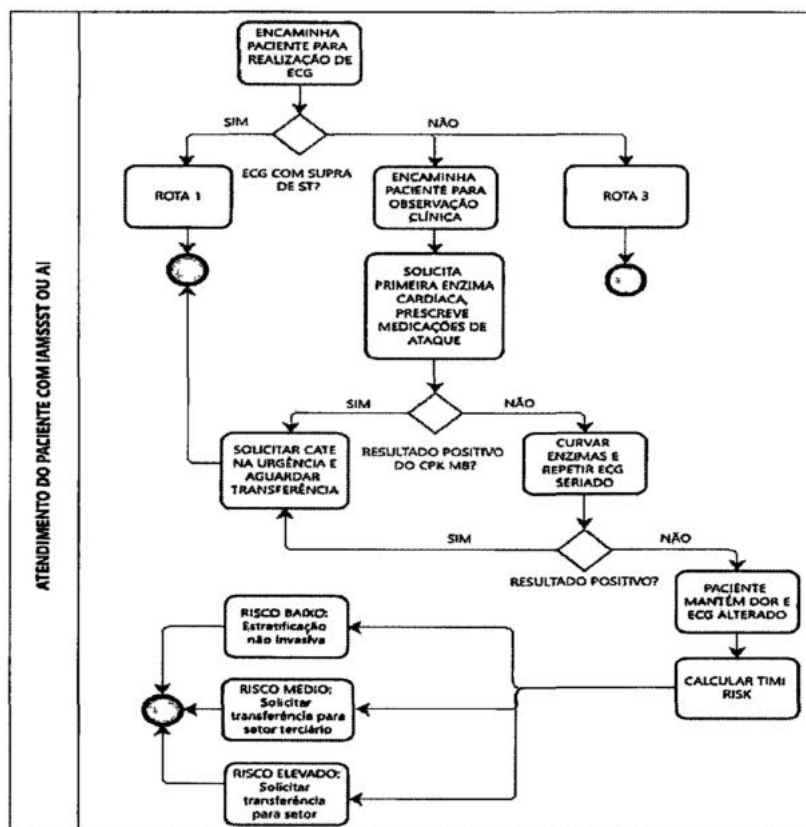
Atenção: as doses de ataque e as medicações abaixo devem ser prescritas conforme a necessidade clínica do paciente, ressalvo idosos acima de 75 anos. Para esta população deve-se prescrever 1 comprimido de clopidogrel e dose de ataque de clexane 0,75mg/KG.

MEDICAÇÃO	DOSAGEM
AAS	300 miligramas
CLOPIDOGREL	600 miligramas
ENOXAPARINA	40 miligramas
BETABLOQUEADOR	Conforme necessidade paciente
SINVASTATINA	40 mg
Ieca/BRA	Conforme necessidade paciente

Em caso da primeira amostra retornar POSITIVA, deve-se solicitar vaga para cateterismo de urgência em até 48 horas. Quem é responsável por medir esta vaga é a enfermeira que está de plantão no período. Ela encaminha o pedido via telefone ao hospital de referência e aguarda resposta positiva ou negativa em relação a transferência. Em caso de marcadores NEGATIVOS porém paciente apresentando dor torácica típica e/ou ECG alterado, deve-se solicitar curva de enzimas e ECG seriado nas próximas 6 e 12 horas. Caso as próximas amostras venham POSITIVAS, deve retornar a solicitação de cateterismo de urgência nas próximas 48 horas, em caso negativo porém o ECG seguir alterado, deve-se calcular o TIMI RISK e o HEART SCORE.

5.4.1. Fluxograma ROTA 2





5.5. TIMI RISK E HEART SCORE

O Timi Risk é um escore que quanto maior pontuado, maior risco este paciente tem infartar. É composto por 7 itens e é classificado como BAIXO se pontuar de 1 a 2, MODERADO se pontuar de 3 a 5 e ELEVADO se pontuar de 6 a 7. Cada fator de risco equivale a 1 ponto.

TIMI RISK	
()	Idade > 65 anos
()	> de 3 fatores de risco para DAC
()	Desnívelamento de ST > 0,5Mmm
()	> 2 episódios de angina nas últimas 24 horas
()	Estenose coronária conhecida
()	Uso de AAS nos últimos 7 dias
()	Marcadores de necrose miocárdica positivos

Caso o **paciente** recene um timi risk BAIXO, deve-se considerar uma



abordagem não invasiva e outros exames complementares para a origem da dor. Se receber timi risk MODERADO deve-se solicitar internação hospitalar em setores terciários e pensar numa abordagem invasiva como o cateterismo cardíaco. Já o timi risco ELEVADO deve ser solicitado vaga de UTI em hospital de nível terciário e solicitação de cateterismo cardíaco em até 48 horas.

Já o HEART SCORE (HS) estima a probabilidade de eventos cardiovasculares em pacientes com suspeita de SCA⁸, ajudando na tomada de decisão do médico que está conduzindo o caso. Pacientes que pontuarem 3 pontos ou mais, são considerados pelo HS pacientes com RISCO MODERADO A ALTO e devem ser inseridos novamente no sistema JOIN para solicitar cateterismo de urgência. Neste caso ele permanece internado aguardando o agendamento do exame. Pacientes que pontuarem menor que 3 pontos, são considerados RISCO MUITO BAIXO ou BAIXO devem realizar uma estratificação secundária, ou seja, medidas não invasivas.

Atenção: É de extrema importância que o heart score seja calculado em todas as rotas e sempre anexada no pedido de solicitação de vaga no JOIN e de cateterismo cardíaco.

HEART SCORE		
Fator	Características	Pontos
História	Paciente com dor típica	2
	Paciente com suspeita de dor típica e suspeita de dor atípica	1
	Paciente com suspeita de dor atípica	0
ECG	Depressão do segmento ST	2
	Alteração de repolarização	1
	Normal	0
Idade	> 65 anos	2
	45 – 64 anos	1
	< 45 anos	0
Fatores de Risco	> 3 fatores de risco ou história de aterosclerose	2
	1 ou 2 fatores de risco	1
	Nenhum fator de risco	0
CPK-MB ou Troponinas	> 3x o limite da normalidade	2

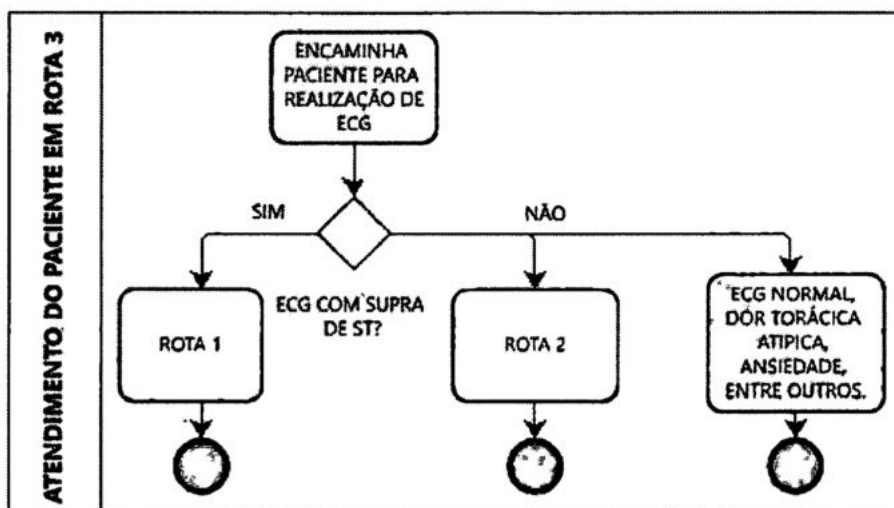
	1-3x o limite da normalidade	1
	Dentro do limite da normalidade	0

5.6. ROTA 3

A rota 3 é para descartar síndrome coronariana aguda fechando o protocolo. Entram os pacientes que não tem dor torácica típica porém que mantém dor angiosa para investigação.

Atenção: mesmo que o paciente apresente dor atípica, o HEART SCORE deve ser realizado e constar na evolução médica.

5.6.1 Fluxograma ROTA 3



6. Observações Gerais

Em caso de dúvidas o médico deverá entrar em contato com a coordenação médica, para discussão do caso e definição de conduta.

7. Referências



- 1) VARELLA, D., Ataque Cardíaco. Bibliotera Virtual em Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/ataque-cardiaco-infarto/>;
- 2) MANTA, I.A., Síndrome Coronariana Aguda (SCA): Diagnóstico e tratamento, 2022. Disponível em: <https://pebmed.com.br/sindrome-coronariana-aguda-sca-diagnostico-e-tratamento/>;
- 3) Estado de Minas. AVC e Infarto voltam a ser uma das principais causas de mortes no Brasil, 2022. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/saude-e-bem-viver/2022/08/02/interna_bem_viver,1384036/avc-e-infarto-voltam-a-ser-uma-das-principais-causas-de-morte-no-brasil.shtml;
- 4) BLAAS, B., Trombólise no IAM: Tudo o que você precisa saber. MedWay, 2022. Disponível em: <https://www.medway.com.br/conteudos/trombolise-no-iam-tempo-e-miocardio/>;
- 5) ACTILYSE, Pó Liofilizado Injetável, Dímitra Apostolopoulou. Alemanha, 2012;
- 6) LIMA, J.S. et al, O uso do escore de risco TIMI na avaliação da mortalidade de pacientes portadores de síndrome coronariana aguda sem SST atendidos em um centro de referência cardiológico, Pará, 2016;
- 7) Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST-2021. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2021.

8. Anexos

8.1. (Anexo 1)

Anexo 1 – Formulário IN72 - IAMCSST



DOR TORÁCICA

Implantação:	Última Revisão:
Versão: 01	Próxima Versão:

FORMULÁRIO IN72 - IAM CSST - Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

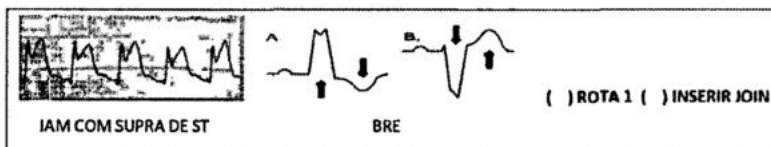
NOME: _____ DATA: ____/____/____

FA: _____ IDADE: _____ PESO ESTIMADO: _____

HORÁRIO DO INÍCIO DA DOR: ____h ____ALERGIA MEDICAMENTOSA: _____

Dor Torácica – Opressão, Aperto, Queimação, ou Peso – Associada ou não:

- () Pele fria e pegajosa () Dispneia () Irradiação para mandíbula () Arritmia () Náuseas
() Dor epigástrica () Vômito () Irradiação para dorso () Sinal de Levine
() Palidez cutânea () Hipotensão () Irradiação para os MMSS.



*** TODO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE DOR TORÁCICA TÍPICA ASSOCIADA A SST SERÁ ATENDIDO NO LEITO DA EMERGÊNCIA.**

CONDUTA MÉDICA

- () AAS 300 mg ____h ____.
- () ISORDIL 5mg V.O ____h ____ (Realizar a prova do ISORDIL para verificar contraindicação).
- () Solicitar ECG derivação posterior V3R, V4R, V7 e V8 após 5 min. do ISORDIL ____h ____.
- () Analgesia Dimorf 3 mg EV, se dor refratária ____h ____.
- () Se Hipertensão e dor refratária considerar NITROGLUCERINA EV ____h ____.
- () Inserir paciente no Join e aguardar avaliação do Hospital PIO XII.

TEMPO É MÚSCULO



CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- () Realizar eletrocardiograma (ECG)
- () Manter paciente em repouso restrito no leito por 24 horas com cabeça elevada e em jejum por até 4 horas até que seja definida a terapêutica;
- () Puncionar acesso venoso periférico calibroso. (Identificar com data, hora e dispositivo utilizado);
- () Coletar e encaminhar exames ao laboratório;
- () Realizar monitorização do paciente (Cardioscópio, PANI e Oximetria de pulso);
- () Se saturação de O₂ menor que 90% ofertar oxigênio Início _____ h _____.
- Auxílio ventilatório: () Cateter nasal () outros _____
- () Administrar medicamentos conforme prescrição médica;
- () Comunicar o emergencista (FC menor que 60 e maior que 100 bpm) e (PAS menor que 90 mmHg).



1ª OPÇÃO - REPERFUSÃO ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA (ICP) - META 120 MINUTOS

ACOMPANHAR RESPOSTA DO HOSPITAL XII

VAGA ACEITA: _____ h _____.

CLOPIDOGREL 600 mg. _____ h _____.

HEPARINA NÃO FRACIONADA (HNF) 70UI/KG, EV EM BOLUS. _____ h _____.

Solicitação da ambulância UTI: _____ h _____ Saída do paciente da UPA: _____ h _____.

VAGA NEGADA: _____ h _____.

OBS:

2ª OPÇÃO – REPERFUSÃO TROMBÓLISE VENOSA (ALTEPLASE) – META 30 MINUTOS

() Orientação ao paciente sobre o procedimento;

() Check list da Trombólise;

() Peso estimado _____ Kg;

EMERGENCISTA DEFINIR O TRATAMENTO

DOSE MÁXIMA = 100 MG * SE PESO MENOR QUE 65KG, UTILIZAR DOSE EM mg/kg

Se dor até 6 horas dos sintomas:	Se dor entre 6 e 12 horas dos sintomas:
1ª fase administrar 15 mg EV em Bolus Hora _____:	1ª fase administrar 10 mg EV em Bolus HORA _____:
2ª fase administrar 50 mg (0,75 mg/ Kg) em BIC 30 min. HORA _____:	2ª fase administrar 50 mg (1,5 mg/ Kg) em BIC 60 min. HORA _____:
3ª fase administrar 35 mg (0,50 mg/Kg) em Bic 60 min HORA _____:	3ª fase administrar 40 mg (1,5 mg/Kg) em Bic 120 min HORA _____:

⇒ Ataque de Enoxaparina 30 mg EV bolus* _____ h _____.

⇒ Após 15 minutos: 1 mg/Kg SC de 12/12 horas Máx. 100 mg*

⇒ REALIZAR ECG: 30 MINUTOS _____ h _____ 60 MINUTOS _____ h _____ 90 MINUTOS _____ h _____

Horário do Término _____ h _____

Houve critério de reperfusão? () SIM () NÃO, SOLICITAR ANGIOPLASTIA DE RESGATE.

() SOLICITAR VAGA DE TRANSFERÊNCIA UTI

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

VAGA ACEITA: _____ h _____ Hospital: _____

() SOLICITAR AMBULÂNCIA UTI

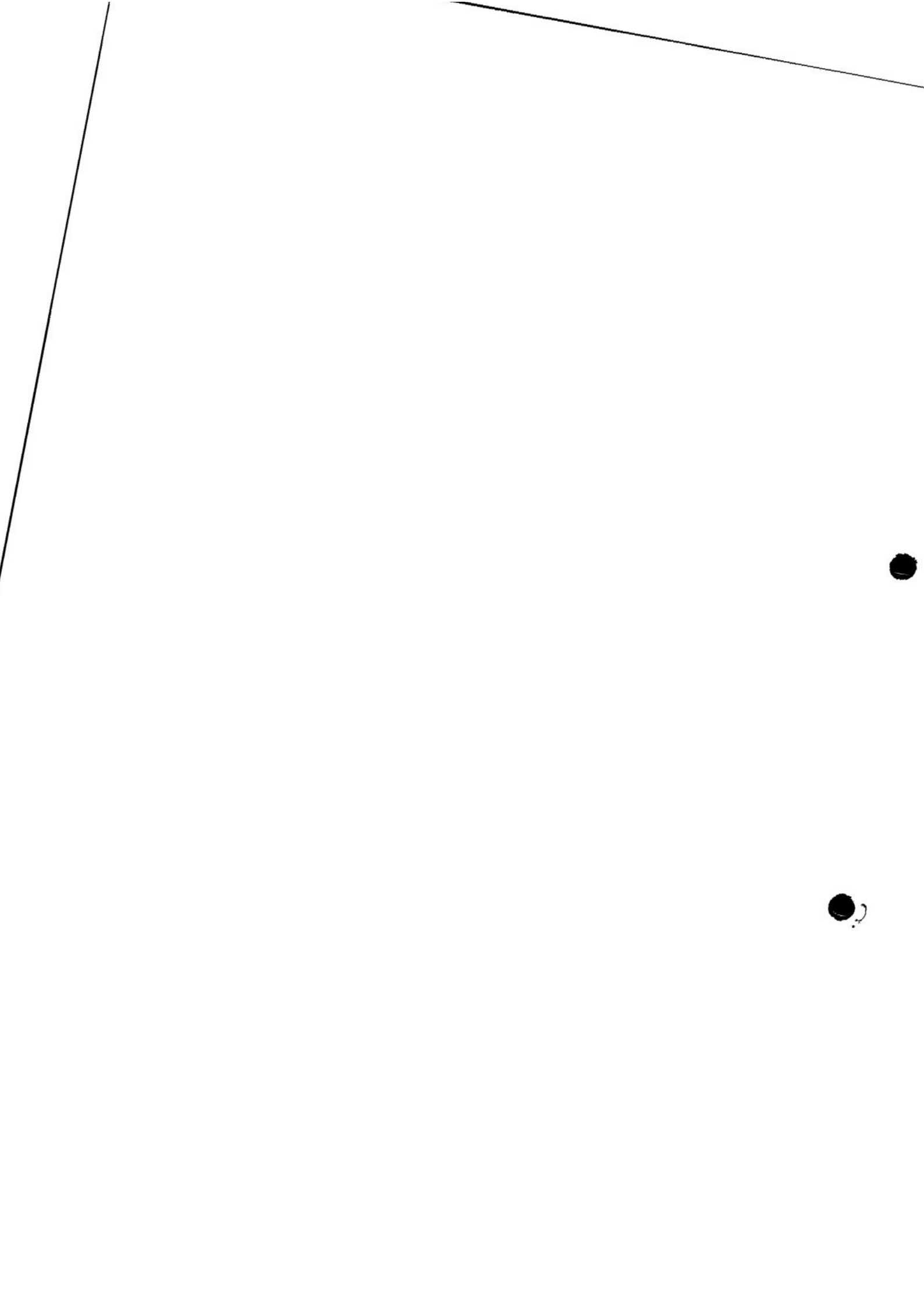
() SAÍDA DO PACIENTE DA UPA

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____

FIM DO PROTOCOLO.

Página 3 de 3

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



8.2 (Anexo 2)

FORMULÁRIO IN71 - IAM SST - Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

NOME: _____ DATA: ____/____/____

ABERTURA DO PROTOCOLO: () Classificação de Risco () Consultório () Emergência.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

() Vermelho - Obstrução de vias aéreas, respiração inadequada, e Choque.

() Amarelo - Dor precordial ou cardíaca, Dor intensa, Dispneia aguda, Novo pulso anormal, Saturação de O2 muito baixa.

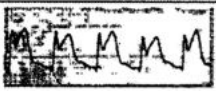
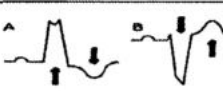
() Realizar ECG até 10 minutos. Nome do Enf. ou Téc. de Enf. _____

Dor Torácica - Opressão, Aperto, Queimação, ou Peso - Associada ou não:

() Pele fria e pegajosa () Dispneia () Irradiação para mandíbula () Arritmia () Náuseas

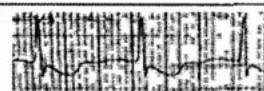
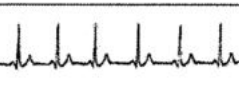
() Dor epigástrica () Vômito () Irradiação para dorso () Sinal de Levine

() Palidez cutânea () Hipotensão () Irradiação para os MMSS.

() ROTA 1 () INSERIR JOIN

IAM COM SUPRA DE ST BRE

() ROTA 2

IAM INFRA ST/INVERSÃO T ECG NORMAL OU INESPECÍFICO

Enfermeiro Responsável pela abertura do protocolo: _____

Médico Responsável pela avaliação ECG: _____

CONDUTA:

() **SEGUIR ROTA 1** - Manter paciente no leito da emergência, seguir linha de cuidados e inserir paciente no Join. Aguardar retorno do hospital PIO XII, caso resposta demore mais que 10 minutos fazer ligação no setor no setor hemodinâmica e solicitar avaliação do caso.

() **SEGUIR ROTA 2** - Manter paciente no leito de observação e seguir a linha de cuidados.

() **SEGUIR ROTA 3 - FECHAR PROTOCOLO - DOR NÃO CORONARIANA**

Médico Responsável pela conduta e reavaliação do paciente: _____

Página 1 de 2

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA)

() 1º ECG - Horário da Abertura: ____ h _____. () Coleta de Enzimas - Horário da Abertura: ____ h _____.
_____ h _____.

() Encaminhado paciente para o RAI - X de tórax - Horário: ____ h _____.
_____ h _____.

Téc. de Enfermagem: _____

() 2º ECG - Terceira (3ª) hora após abertura ____ h _____. Téc. de Enfermagem: _____

Médico responsável pela avaliação dos exames: _____

() 3º ECG - Sexta (6ª) hora após abertura ____ h _____. () Coleta de Enzimas - Sexta (6ª) hora após abertura ____ h _____.
_____ h _____.

Téc. de Enfermagem: _____

Médico responsável pela avaliação dos exames: _____

CONDUTAS TERAPÊUTICAS PARA SCA

() AAS 300 mg ATAQUE e manutenção de 100 mg.

() CLOPIDOGREL 300 mg ATAQUE e manutenção de 75 mg.

() Anticoagulantes

() Estatina

() IECA/BRA

() Beta - Bloqueador

() Analgesia

() Solicitação do CATE - Data e horário do Procedimento: ____ / ____ / 2020 ____ h ____.

() Solicitação de Internação hospitalar.

() ALTA MÉDICA - DOR NÃO CORONARIANA - HORA: ____ h _____. Médico: _____

* Pacientes agendados CATE eletivo devem seguir para o hospital PIO XII de ambulância UTI, solicitar ambulância com antecedência para respeitar o horário do procedimento.

* Manter todos os ECG's e coletas de enzimas de forma organizada no prontuário do paciente.

* Enfermeiro atentar, anotar e encaminhar os resultados laboratoriais e ECG's para avaliação médica.

* Pacientes em investigação de SCA devem permanecer no setor de observação e qualquer alteração hemodinâmica deve ser comunicado o plantonista imediatamente.

Página 2 de 2

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALTO DA PONTE
Endereço: Rua Alzira Lebrão, 76, Alto da Ponte - São José dos Campos - SP

Elaborado	Revisado	Aprovado

Página 18



Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

PROTOCOLO INFECÇÃO URINÁRIA E NEFROLITÍASE (ITU)


✉ contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

📍 Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 – Cotia - SP CEP 06717-100

Sumário

1	Histórico de revisão:	3
2	Objetivo	3
3	Introdução	4
4	Executante.....	4
5	Descrição das Atividades - ITU	4
5.1	Recepção	4
5.2	Triagem	5
5.3	Atendimento Médico	5
6	Descrição das Atividades – Nefrolitíase.....	6
6.2	Triagem	6
6.3	Atendimento Médico.....	6
7	Observações Gerais.....	7
8	Referências	7





3 Introdução

A Infecção de Trato Urinário (ITU) é definida pela presença de microorganismos infecciosos na urina em quantidades superiores a 100.000 unidades formadoras de colônia bacterianas por mililitro de urina (ufc/ml). Essa infecção pode ser sintomática ou assintomática, podendo acometer o trato urinário baixo (cistite) ou o trato urinário superior (pielonefrite)¹.

Sabemos que a ITU acomete mais mulheres do que homens devido ao curto comprimento da uretra feminina e da proximidade desta região com à região perianal. Cerca de 50% das mulheres irá apresentar pelo menos 1 vez na sua vida uma infecção urinária^{2,3}.

Já a nefrolitíase, mais conhecida como "pedra nos rins" é definida pela presença de cálculos, ou seja, cristalização de sais minerais presentes na urina que de forma agrupada, entopem as vias urinárias (rins e uretes)⁴.

A diferença entre essas 2 patologias é que uma é de origem infecciosa e a outra é a oclusão de vias urinárias devido a presença de cálculos renais.

Essas informações mostram a importância de um atendimento padronizado nos diferentes níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e faz-se imprescindível a existência deste protocolo para consulta pelos profissionais de saúde afim de agilizar e organizar o atendimento destes pacientes.

4 Executante

Equipe de Enfermagem, Equipe Médica.

5 Descrição das Atividades - ITU

5.1 Recepção

O paciente deve realizar a abertura de ficha de atendimento na recepção portando documentos, como RG e cartão nacional do SUS. Caso o paciente NÃO

tenha documentos para realizar a abertura de ficha, a recepção irá abrir o atendimento como DESCONHECIDO até que os documentos sejam providenciados. O paciente não ficará sem atendimento caso não possua identificação. Após a abertura da ficha de atendimento, a recepção deverá orientar o paciente a aguardar na recepção correspondente, adulto ou pediátrica.

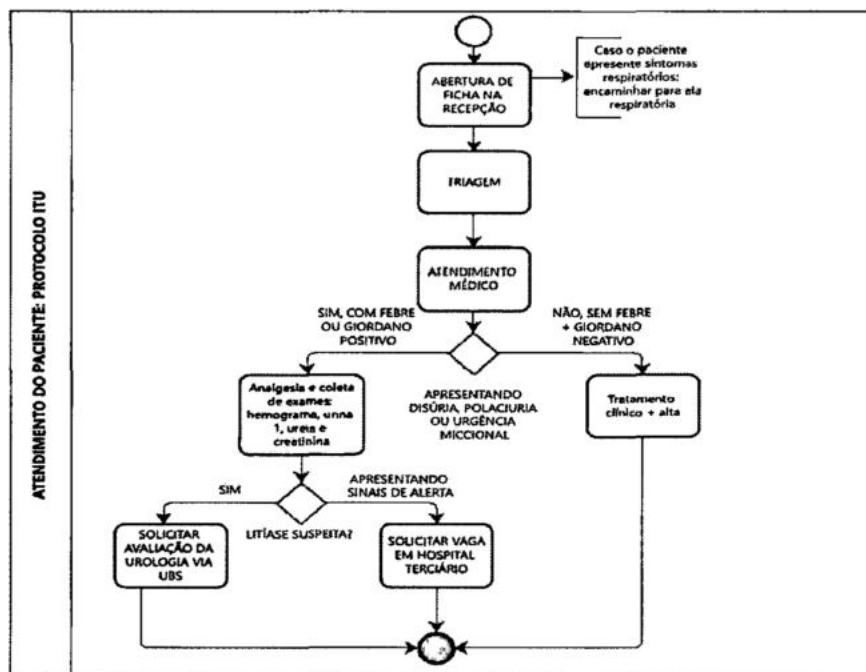
5.2 Triagem

Durante a triagem o enfermeiro responsável pelo atendimento deve triar o paciente conforme Protocolo de acolhimento com classificação de risco PNH, 2004. Após classificação o paciente deve aguardar na área indicada para atendimento médico.

5.3 Atendimento Médico

Ao chegar ao consultório e o paciente relatar ou o médico identificar sinais e sintomas de disúria, polaciúria ou urgência miccional SEM febre ou com sinal de giordano NEGATIVO, o tratamento a ser seguido é clínico seguido de alta. Caso os sinais/sintomas sejam o mesmo porém o paciente estava apresentando febre ou sinal de giordano POSITIVO, o tratamento a ser seguido é: analgesia (EV ou VO, optando sempre pelo VO) e coleta de exames (hemograma, urina 1, ureia e creatinina). Exames laboratoriais com sinais de infecção sistêmica como leucocitose com desvio para esquerda associado a urina 1 com leucocitúria, o tratamento deve ser a inclinar para medicação endovenosa com quadro sugestivo de pielonefrite que pode ser feito no hospital dia ou em regime de internação a depender do estado clínico do paciente.





6 Descrição das Atividades – Nefrolitíase

O paciente deve realizar a abertura de ficha de atendimento na recepção portando documentos, como RG e cartão nacional do SUS. Após a abertura da ficha de atendimento, a recepção deverá orientar o paciente a aguardar na recepção correspondente, adulto ou pediátrica.

6.2 Triagem

Durante a triagem o enfermeiro responsável irá anotar a queixa do paciente e classificá-lo conforme Protocolo de acolhimento com classificação de risco PNH, 2004. Após classificação o paciente deve aguardar na área indicada para atendimento médico.

6.3 Atendimento Médico

Ao chegar ao consultório e o paciente relatar ou o médico identificar sinais e sintomas de nefrolitíase, como por exemplo: dor em cólica com irradiação ou não para os flancos e região genital, presença de sangue na urina, dor ou ardência para urinar, náuseas e vômitos, sem melhora após analgesia, deve-se internar o paciente e solicitar vaga em hospital terciário para solicitação de tomografia de



abdome e pelve via NIR.

7 Observações Gerais

Em caso de dúvidas o médico deverá entrar em contato com a coordenação médica, para discussão do caso e definição de conduta.

8 Referências

- 1) Sociedade Brasileira de Nefrologia, Infecção do Trato Urinário, 2023. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/doencas-comuns/infeccao-urinaria/>;
- 2) SOUZA, A. E. S. Epidemiologia das infecções urinárias de pacientes atendidos em hospital público. Revista Paraense de Medicina, Pará, v. 23, n. 4, 2009. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n4/a1935.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017;
- 3) RORIZ-FILHO, J.; VILAR, F.; MOTA, L.; LEAL, C.; PISI, P. Infecção do trato urinário. Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 43, n. 2, p. 118-125, 30 jun. 2010.

Elaborado	Revisado	Aprovado





Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

PROTOCOLO DOR CRONICA E AGUDA

2

contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 - Cotia - SP CEP 06717-100

Sumário

1	Histórico de revisão:	3
2	Objetivos e Definições	3
3	Considerações Gerais	4
4	Executante.....	4
7	Observações Gerais.....	6
8	Referências	6



Implantação:	Última Revisão: -
Versão: 01	Próxima Versão:

1 Histórico de revisão:

Histórico de Revisão					
Implantação	1ª Revisão	2ª Revisão	3ª Revisão	4ª Revisão	5ª Revisão
XXXXX	-	-	-	-	-

[illegible]

2 Objetivos e Definições

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Segundo o Ministério da Saúde o controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito do paciente. Dentro do nosso serviço a dor é considerada como um sinal

vital e desta forma, o paciente é ativamente questionado e identificado quanto à presença de dor. O paciente tem o direito a avaliação e gerenciamento da dor de forma apropriada.

3 Considerações Gerais

O gerenciamento da dor aplica-se a pacientes internados, pacientes das unidades de pronto atendimento. A continuidade da avaliação, tratamento e monitorização da dor devem ser mantidos quando o paciente for transferido entre as unidades e circular entre as áreas da instituição. A dor pode fazer parte da experiência do paciente durante a internação, porém a dor sem alívio tem efeitos tanto físicos como psicológicos muito ruins. A dor quando não bem tratada pode evoluir para cronificação. Todos os pacientes são informados sobre a possibilidade de sentir dor, quando ela é um efeito previsto de tratamentos, procedimentos ou exames e são informados sobre quais opções de controle da dor estão disponíveis.

Para que o manejo da dor aconteça de forma sistematizada, segue abaixo dois conceitos importantes:

Dor aguda - É a dor de início recente e de duração provavelmente limitada. Aquela resultante de lesão traumática, cirúrgica, inflamatória ou infecciosa, mesmo que de início abrupto tendo curta duração. Tem caráter fisiológico, função de defesa e geralmente responde a medicação. Mal controlada, traz sofrimento e diversos riscos para o paciente secundários a resposta endócrino-metabólica aumentada, dificuldade de mobilização, reabilitação, respiração e tosse adequadas.

Dor crônica - É definida como qualquer dor com duração maior que 3 meses. É desprovida de qualquer valor biológico, podendo ser considerada uma doença por si só. Trata-se de condição bastante prevalente, atingindo em torno de 30% da população. Apresenta grande impacto negativo na qualidade de vida, com isolamento social, distúrbios de humor, distúrbios do sono e perdas funcionais.

4 Executante

Enfermeiro da classificação, equipe médica.

5 Etapas para o gerenciamento de dor

- 1) Identificação do paciente com dor;
- 2) Seleção e aplicação da Escala de avaliação de dor;
- 3) Definição de Dor aceitável;
- 4) Estabelecer o tratamento e/ou controle da dor;
- 5) Reavaliação da Dor;
- 6) Controle dos efeitos adversos (inclusive sedação);
- 7) Orientação do paciente/família sobre o gerenciamento da dor
- 8) Registro adequado; Descrição

Identificação do paciente com dor:

- Os pacientes serão questionados e avaliados quanto à presença de dor no momento da admissão em unidade de atendimento do.
- A identificação do paciente com dor pode ser feita por qualquer um dos membros da equipe multiprofissional, no entanto o enfermeiro é o profissional de referência da equipe assistencial neste processo e é de sua responsabilidade garantir que as ações relacionadas ao gerenciamento de dor sejam desencadeadas e que o paciente seja assistido de forma adequada;
- Mesmo que a dor não faça parte do relato espontâneo do paciente no momento da admissão e durante a sua permanência no hospital, o profissional da equipe assistencial deverá fazer o questionamento à presença de dor;
- Durante a avaliação da dor deverá estar descrito a intensidade da dor

através do escore definido conforme o emprego de uma das escalas padronizadas na instituição; deverá ser descrito a localização da dor, a lateralidade se aplicável, a sua característica, a sua frequência.

6 TRATAMENTO

O tratamento da dor, segundo a OMS, deve ser realizado conforme a sua intensidade e em intervalos pré definidos, respeitando a farmacocinética de cada droga. • Por exemplo, um paciente com EVA = 8, deve receber opióide forte em horários fixos, no caso da morfina a cada 4h. Deve ter associado um analgésico simples (paracetamol ou dipirona) e um antiinflamatório (AINE), sempre que não houver contraindicações.

Caso necessário deve ainda receber adjuvantes, como relaxantes musculares, antidepressivos e/ou anticonvulsivantes para o tratamento da dor neuropática. Nos casos de dor moderada é possível substituir os opióides fracos por baixas doses de opióides fortes. Em casos de dor aguda como controle da dor pós-operatória e da dor relacionada a cólica renal no Pronto Atendimento a via endovenosa (EV) é preferível. Nas demais situações, sempre que não haja contraindicações, deve-se preferir a via oral (VO). Bloqueios anestésicos para o controle da dor podem ser usados em qualquer nível de dor em que o benefício supere os riscos. Quando bem indicados, se relacionam a analgesia de boa qualidade à possibilidade de reduzir ou retirar opióides minimizando seus efeitos adversos e favorecendo da reabilitação.

7 Observações Gerais

Em caso de dúvidas o médico deverá entrar em contato com a coordenação médica, para discussão do caso e definição de conduta.

8 Referências

1. Melzack R, Casey L. Motivational and central control determinants of pain: a

- newconceptual model. In: Kenshalo DL, eds. The Skin Senses. CC Thomas: Springfield, Illinois, 1968; p.423.
2. 2. Bonica JB, Loeser JD. History of pain concepts and therapies. In: Loeser JD, Butler SH, Chapman CH, Turk DC, eds. Bonica's Management of Pain. 3a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2001;3-16. Medicina Perioperatória 1090
 3. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimeters? Pain 1997; 72: 95-7.
 4. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, et al. Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. Acta Anaesthesiol Scand 2002;46:1265- 71.
 5. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH, for the Evidence-Based Medicine Working Group. User's Guides to the Medical Literature. I. How to get started. JAMA;1993;270:2093:5.

Elaborado	Revisado	Aprovado



Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

PROTOCOLO DE PROFILAXIA ANTIRRÁBICA E ANTITETÂNICA HUMANA


✉ contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

📍 Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 – Cotia - SP CEP 06717-100

Sumário

1	Histórico de revisão:	4
2	Objetivo	4
3	Siglas.....	5
4	Executante.....	5
5	Conceito	5
6	Raiva	5
6.1	Modo de transmissão.....	6
6.2	Imunização contra a Raiva.....	6
6.3	Indicação da vacina contra Raiva.....	7
6.3.5.	Fluxograma – ACIDENTES GRAVES	10
6.4.	Contraindicações.....	11
6.5.	Eventos adversos	11
6.6.	Dose e via aplicação	12
6.7.	Conduta em caso de possível reexposição ao vírus da Raiva	12
6.8.	Notificação	13
7	Tétano	13
7.1.	Dupla adulto (dT).....	13
7.2.	Modo de transmissão.....	14
7.3.	Imunização	14
7.4.	Contraindicações.....	15
7.5.	Eventos adversos	15
7.6.	Dose e via de aplicação	15
7.7.	Fluxograma - Profilaxia antitetânica	15
8	Rede de frio	15

8.1.	Cuidados básicos	17
8.2.	Limpeza da câmara refrigerada.....	18
9	Fluxograma de atendimento antitetânico e antirrábico	18
10	Plano de Contingência	19
10.1.	Fluxograma	21
11	Anexos	22
11.1.	Anexo 1 –Checklist profilaxia antirrábica	22
11.2.	Anexo 2 –Checklist profilaxia antitetânica	23
11.3.	Anexo 3 – Fluxograma de atendimento antitetânico e antirrábico	24
11.4.	Anexo 4 - Controle de temperatura da câmara de conservação de imunobiológicos	25
11.5.	Anexo 5 - Cartaz de profilaxia da raiva humana –MINISTÉRIO DA SAÚDE	26
11.6.	Anexo 6 – Esquema de condutas profiláticas Tétano pós exposição	27
12	Observações Gerais.....	27
13	Referências	27

3 Siglas

UPA: Unidade de Pronto Atendimento;
PNI: Programa Nacional de Imunização;
CAF: Central de Abastecimento
farmacêutico; DT: dupla adulto;
RT: Responsável Técnico

4 Executante

Enfermeiro da classificação, equipe médica.

5 Conceito

A vacinação é considerada umas das estratégias mais eficientes para a redução de morbidade e mortalidade. O Programa Nacional de Imunização (PNI), foi criado em 1973 e regulamentado em 1975, com recomendação apenas de cinco vacinas, hoje o calendário nacional compõe de 48 imunobiológicos (vacinas, imunobiológicos especiais, soro, imunoglobulinas), sendo 20 vacinas oferecidas a crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

O processo imunológico pelo qual se desenvolve a proteção conferida pelas vacinas compreende o conjunto de mecanismos através dos quais o organismo humano reconhece uma substância como estranha, para, em seguida, metabolizá-la, neutralizá-la e/ou eliminá-la. No Brasil, o Ministério da Saúde mantém o PNI para a prevenção de importantes doenças transmissíveis, como a Raiva e o Tétano

6 Raiva

A Raiva causada pelo Vírus do gênero Lyssavirus, da família Rabdoviridae, é uma doença viral aguda grave que acomete mamíferos, inclusive o homem. O vírus está presente na saliva e nas secreções do animal infectado, principalmente pela mordedura e lambedura. Por ser uma doença passível de eliminação no seu ciclo urbano (transmitido por cão e gato), a Raiva é de extrema importância para

saúde pública, podendo chegar aproximadamente 100% de letalidade.

Apenas os mamíferos transmitem e são acometidos pelo vírus da Raiva. No Brasil, caninos e felinos constituem as principais fontes de infecção nas áreas urbanas. Os quirópteros (morcegos) são os responsáveis pela manutenção da cadeia silvestre, entretanto, outros mamíferos, como canídeos silvestres (raposas e cachorro-do-mato), felídeos silvestres (gatos-do-mato), outros carnívoros silvestres (jaritatacas, mão-pelada), marsupiais (gambás e saruês) e primatas (saguís), também apresentam importância epidemiológica nos ciclos enzoóticos da Raiva. Na zona rural, a doença afeta animais de produção, como bovinos, equinos, caprinos suínos e ovinos.

6.1 Modo de transmissão

A Raiva é transmitida através do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura, e mais raramente, pela arranhadura e lambedura de mucosas. O vírus penetra no organismo, atingindo o sistema nervoso periférico e posteriormente, o sistema nervoso central, disseminando para vários órgãos e glândulas salivares, onde também se replica, sendo eliminado pela saliva das pessoas ou animais enfermos.

6.2 Imunização contra a Raiva

A imunidade é realizada por meio de vacinação, acompanhada ou não pelo soro antirrábico ou imunoglobulina. Dessa maneira, pessoas que se expuseram a animais suspeitos de Raiva devem receber o esquema profilático. A profilaxia da Raiva humana é feita com o uso de vacina antirrábica e de soro heterólogo ou imunoglobulina antirrábica, quando os indivíduos são expostos ao vírus rábico pela mordedura, lambedura de mucosas ou arranhadura provocada por animais transmissores da Raiva.

A solicitação do soro é realizada através do link:
https://docs.google.com/forms/d/1SYf8dEYI7OPfF0NpPcPbLpm5lCWSBPz1hMmEBq8yBos/viewform?ts=60312f29&edit_requested=true. A

vacinação não tem contraindicação, devendo ser iniciada o mais breve possível, garantindo o completo esquema de vacinação preconizado. A vacina deve ser conservada em câmara de refrigeração, fora do congelador, na temperatura entre 2°C a 8°C até o momento de sua aplicação

6.3 Indicação da vacina contra Raiva

6.3.1 Contato indireto

Lambadura da pele integra e acidentes com agulhas durante a aplicação da vacina animal, não são considerados acidentes de risco e não exigem esquema profilático, tanto para animais domesticados sadios ou raivosos, quanto para morcegos e outros animais silvestres.

Indicação

- Lavar com água e sabão;
- Não vacinar.

6.3.2 Acidentes leves

Ferimentos superficiais, geralmente únicos, em troncos e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés), por mordedura ou arranhadura, e ou lambadura da pele com lesões superficiais, são considerados acidentes leves.

Condições do animal agressor:

Cão ou gato sem suspeita de Raiva no momento da agressão

- Lavar com água e sabão;
- Observar o animal por 10 dias, após a exposição;
- Se o animal permanecer sadio no período de observação encerrar o caso;
- Se o animal desaparecer ou se tornar raivoso, iniciar o esquema de vacinação, que será 4 doses, 0, 3, 7 e 14.

Cão ou gato clinicamente suspeito de Raiva no momento da agressão:

- Lavar com água e sabão;

- Iniciar o esquema profilático com 2 doses, sendo, um no dia 0 e outro no dia 03;
- Observar o animal durante 10 dias após a exposição;
- Se a suspeita da Raiva for descartada durante os 10 dias de observação, suspender o caso e encerrar a profilaxia;
- Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 4 doses, aplicando uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose no 14º dia em via intramuscular.

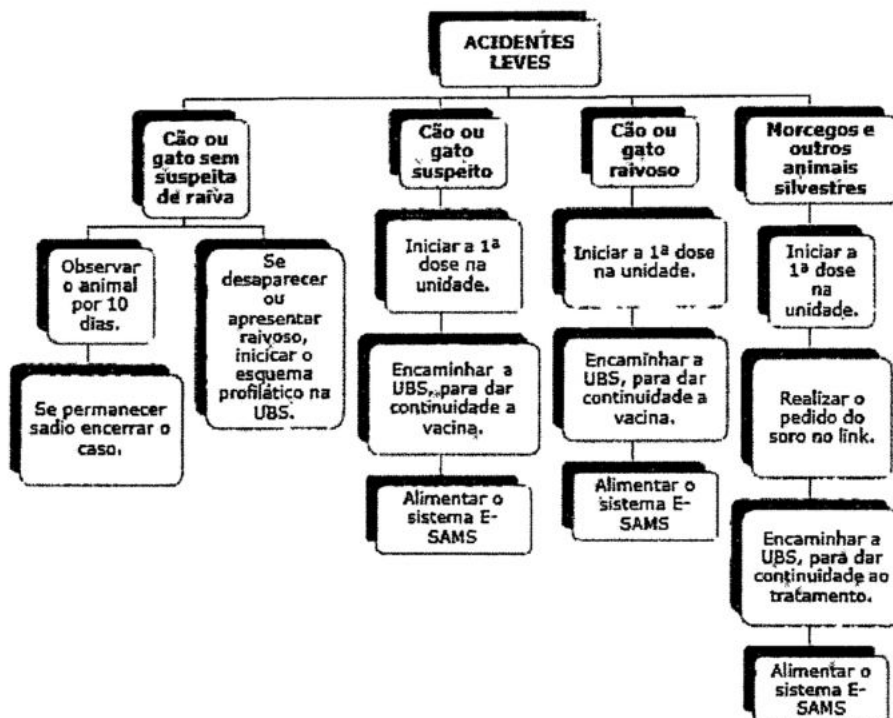
Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto. Animais domésticos de interesse econômico ou de produção:

- Lavar com água e sabão;
- Iniciar imediatamente o esquema profilático com 4 doses da vacina, administradas nos dias 0, 3, 7 e 14 em via intramuscular.

Morcegos e outros animais silvestres, mesmos os domiciliados

- Lavar com água e sabão;
- Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro, e 4 doses da vacina administradas nos dias 0, 3, 7 e 14 por via intramuscular

6.3.3. Fluxograma – ACIDENTES LEVES



6.3.4. Acidentes graves

Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mãos, polpas digitais e planta do pé, ferimentos profundos, múltiplos e ou extensos em qualquer região do corpo, lambedura de mucosa, ou de pele onde já existe lesão grave ou ferimento profundo causado por unha de animal, são considerados acidentes graves.

Cão ou gato sem suspeita de Raiva no momento da agressão

- Lavar com água e sabão;
- Observar o animal por 10 dias, após a exposição;
- Iniciar o esquema profilático, com duas doses uma no dia 0 e outra no dia 03;
- Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso;
- Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao esquema profilático, administrando o soro e completando o esquema até 4 doses, aplicando uma dose entre o 7º e 10º dia, e uma dose no

14º dia, por via intramuscular.

Cão ou gato clinicamente suspeito de Raiva no momento da agressão

- Lavar com água e sabão;
- Iniciar o esquema profilático com soro e 4 doses da vacina, nos dias 0, 3, 7 e 14 por via intramuscular;
- Observar o animal durante os 10 dias de exposição;
- Se a suspeita da Raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso.

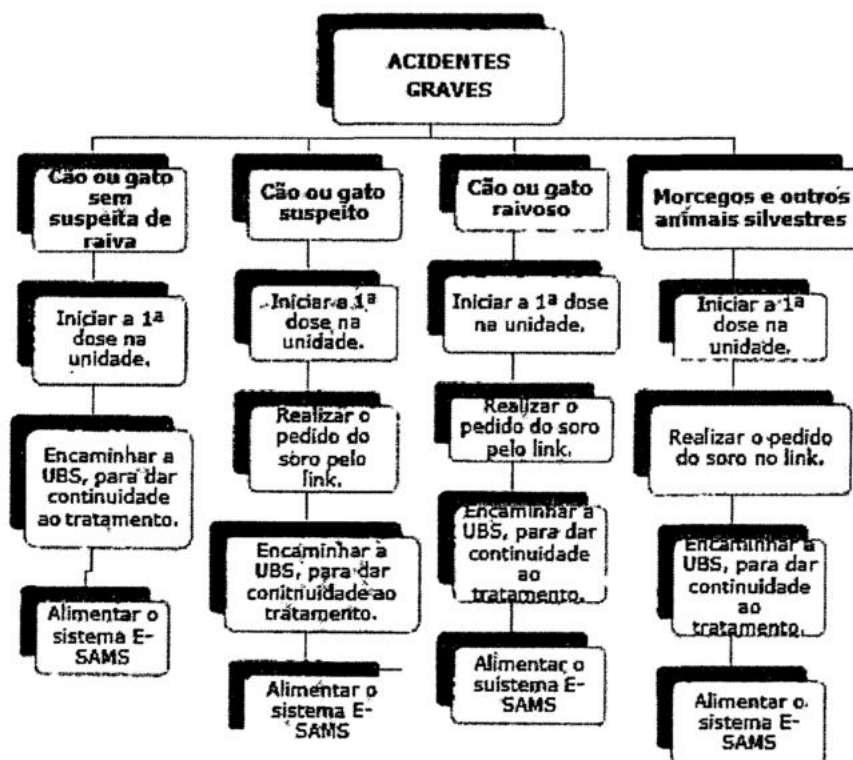
Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto. Animais domésticos de interesse econômico ou de produção

- Lavar com água e sabão;
- Iniciar o esquema profilático com soro, 3 ou 4 doses da vacina, administradas nos dias 0, 3, 7 e 14 por via intramuscular.

Morcegos e outros animais silvestres, mesmos os domiciliados

- Lavar com água e sabão;
- Iniciar o esquema profilático com soro e 4 doses da vacina, administradas nos dias 0, 3, 7 e 14.

6.3.5. Fluxograma – ACIDENTES GRAVES



6.4. Contraindicações

Não há contraindicação específica para a profilaxia da Raiva, considerando-se a gravidade e a evolução fatal da doença. Vários trabalhos publicados indicam que as vacinas da Raiva produzidas em cultura de células ou em ovos embrionados são seguras, bem toleradas e podem ser administradas para crianças de qualquer idade, gestantes, lactantes, pacientes com doenças intercorrentes e imunocomprometidos, incluindo aqueles com HIV/aids.

6.5. Eventos adversos

As vacinas contra a Raiva produzidas em meios de cultura são seguras, causam poucos eventos adversos, e quase na sua totalidade, são de pouca gravidade. No entanto, como qualquer imunobiológico, deve-se ficar atento a possíveis reações de maior gravidade, principalmente neurológicas ou de hipersensibilidade. Em situação de eventos adversos neurológicos ou de

hipersensibilidade grave, deverá reavaliar a necessidade da manutenção do esquema profilático, onde a vacina deve ser substituída por outra que não contenha albumina humana.

6.6. Dose e via aplicação

Via intramuscular

- A dose indicada pelo fabricante é a mesma independentemente da idade, do sexo ou do peso do paciente, podendo ser de 0,5ml ou 1ml;
- A aplicação deve ser intramuscular profunda, na região do músculo deltoide em adultos ou crianças acima de 2 anos de idade e no vasto lateral da coxa, em crianças abaixo de 2 anos de idade.

Via intradérmica

- A dose é de 0,1 mL;
- Deve ser aplicada em locais de drenagem linfática, geralmente nos braços, na inserção do músculo deltoide;
- Não está indicada para pessoas em tratamento com drogas que possam diminuir a resposta imunológica, tais como a cloroquina;
- Para certificar que a vacina por via intradérmica foi aplicada corretamente, observar a formação da pápula na pele;
- Se, eventualmente, a vacina for aplicada erroneamente por via subcutânea ou intramuscular, deve-se repetir o procedimento e garantir que a aplicação seja feita por via intradérmica.

6.7. Conduta em caso de possível reexposição ao vírus da Raiva

Pessoas com reexposição ao vírus da Raiva, que já tenham recebido profilaxia anteriormente, devem ser submetidas a novo esquema profilático, de acordo com as indicações.

Tipo de esquema de reexposição de acordo com o esquema anterior.

Completo

- Até 90 dias: não realizar esquema profilático;
- Após 90 dias: duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3.

Incompleto

- Até 90 dias: completar o número de doses;
- Após 90 dias: ver esquema de pós-exposição (conforme o caso).

6.8. Notificação

A notificação do atendimento antirrábico deverá ser realizada conforme o Pop Notificações Compulsória disponível em Pasta da Unidade > Enfermagem > POPs > POP Notificações Compulsórias.

7 Tétano

O tétano é uma doença infecciosa aguda não contagiosa causada pela fixação no sistema nervoso pelo *Clostridium tetani*, distribuindo-se difusamente na terra, água, poeira, bem como na superfície de animais, vegetais e objetos inanimados. Nos casos do tétano acidental resulta de feridas traumáticas (punctiformes, contusas, laceradas e penetrantes), muitas vezes causadas por agentes mecânicos diversos (prego, madeira, vidro, espinho) situando-se também nessa denominação os politraumatismos, feridas por armas brancas ou de fogo, fratura expostas, queimaduras e as feridas retiradas de Tunga penetrans (bicho de pé). As feridas mais profundas são as mais perigosas porque proporcionam melhores condições de proliferação desta bactéria, que se multiplica na ausência de oxigênio. Sua ocorrência está relacionada às atividades profissionais que apresentem risco de ferimento, sendo o sexo masculino o mais acometido pela doença. A letalidade ainda é considerada alta no Brasil.

7.1. Dupla adulto (dT)

Vacina dupla adulto (dT), é indicada para proteger contra difteria e tétano, atuando sobre determinada célula do organismo (linfócitos), que faz parte da rede protetora contra infecções. Uma vez que recebemos a vacina os linfócitos transformam-se em células produtoras de anticorpos, fazendo com que a pessoa vacinada contra dT, fica imune a doença difteria e tétano.

A difteria é uma doença infecciosa aguda contagiosa, potencialmente letal, causada por bacilo toxigênico, que frequentemente se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, fossas nasais e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele, sendo caracterizada por apresentar placas pseudomembranosas típicas. O seu reservatório é o próprio doente ou o portador, sendo esse último mais importante na disseminação do bacilo em virtude da maior frequência na comunidade e por ser assintomático. A via respiratória superior e a pele são locais habitualmente colonizados pela bactéria.

7.2. Modo de transmissão

A transmissão da Difteria ocorre pelo contato direto de pessoa doente ou portadora com pessoa suscetível, por meio de gotículas de secreção respiratória, eliminadas por tosse, espirro ou ao falar. O leite cru também pode servir de veículo de transmissão.

A transmissão do tétano ocorre pela introdução de esporos em solução de continuidade da pele e de mucosas (ferimentos superficiais ou profundos de qualquer natureza). O período compreendido entre o ferimento (provável porta de entrada do bacilo) e o primeiro sinal ou sintoma é curto em média, de 5 a 15 dias, podendo variar de 3 a 21 dias. Quanto menor for o tempo de incubação, maior a gravidade e pior o prognóstico.

7.3. Imunização

A vacina dupla adulto (dT) está disponível para toda a população a partir dos 7 anos de idade, recomendam-se três doses e um reforço a cada dez anos. Para as gestantes, deve-se aplicar uma dose de dTpa a cada gestação.

A vacinação com o toxoide diftérico é a medida de prevenção e controle mais importante da difteria, além de diminuir a incidência de casos clínicos, determina importante redução do número de portadores, induzindo a denominada imunidade coletiva. A principal medida de prevenção contra o tétano é a vacinação, indicam-se a vacina penta, para crianças de 2 meses a menores de 1 ano de idade, e dois reforços com vacina DTP, aos 15 meses e 4 anos de idade.

7.4. Contraindicações

A vacina adsorvida difteria e tétano adulto (dT) é contraindicada para crianças menores de 7 anos de idade, em casos de reações alérgicas, reações anafiláticas ou neurológicas e nos indivíduos com alergia a qualquer componente da vacina não é indicado o uso da vacina.

7.5. Eventos adversos

Reações locais como dor, rubor, calor no local da aplicação, febre baixa a moderada, sonolência, vômito, irritabilidades entre outras.

7.6. Dose e via de aplicação

A vacina adsorvida difteria, tétano (dT) é apresentada em frasco-ampola com 10 doses de 0,5 mL de suspensão injetável composta pelas anatoxinas diftérica e tetânica, adsorvidas por hidróxido de alumínio e adicionada de timerosal como conservante.

Aplicar na região do deltoide (região superior externa do braço) ou vasto lateral da coxa e adultos e crianças maiores de 7 anos de idade.

7.7. Fluxograma - Profilaxia antitetânica

Pacientes que apresentem ferimentos classificados como alto risco de tétano que não possuam esquema antitetânico completo para a idade ou não se recordem se foram vacinados ou possuam última dose de dT há mais de 5 anos; Ferimentos classificados como risco mínimo de tétano com última dose aplicada há mais de 10 anos

Aplicar a 1ª dose na unidade.

Orientar a procurar a UBS, para dar continuidade ao tratamento.

Alimentar o sistema e -SAMS

8 Rede de frio

A Rede de Frio ou Cadeia de Frio é o processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações, e deve ter as condições adequadas de refrigeração, desde o laboratório produtor até o momento em que a vacina é administrada. É necessário, portanto, mantê-los constantemente refrigerados, utilizando instalações e equipamentos adequados, portanto o manuseio inadequado, um equipamento com defeito, ou falta de energia elétrica podem interromper o processo de refrigeração, comprometendo a potência e eficácia dos imunobiológicos. A instância local, representada pela câmara de conservação disposta na unidade, está destinada à estocagem de imunobiológicos em temperaturas positivas de +2°C à +8°C, em hipótese alguma deve conter alimentos e ou águas de consumo próprio. Também fazem parte da Rede de Frio na unidade, a caixa térmica de transporte extramuros e o refrigerador para guarda exclusiva de bobinas reutilizáveis

A rede de frio da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) será supervisionada pela Enfermeira RT em horário administrativo, pela equipe de supervisão no

período noturno e pelo enfermeiro responsável pela hipodermia aos finais de semana no período diurno. Será de responsabilidade dos mesmos a realização da leitura e mensuração da temperatura durante o plantão que deverá ser realizada três vezes ao dia, nos períodos da manhã, tarde e noite.

- Na segunda prateleira devem ser armazenadas as vacinas que não podem ser submetidas à temperatura negativa, deste modo, nesta prateleira ficarão armazenadas as antirrábicas em temperatura a $+2^{\circ}\text{C}$ até $+8^{\circ}\text{C}$, empilhadas nas próprias embalagens (caixas), tendo-se o cuidado de deixar um espaço entre as pilhas permitindo a circulação de ar entre as caixas;

- Na terceira prateleira ficarão as vacinas de antitetânicas a $+2^{\circ}\text{C}$ até $+8^{\circ}\text{C}$, empilhadas nas próprias embalagens (caixas), tendo-se o cuidado de deixar um espaço entre as pilhas, permitindo a circulação de ar entre as caixas.

8.1. Cuidados básicos

8.1.1. Fazer a leitura da temperatura diariamente da câmara de refrigeração no início da jornada de trabalho, pela manhã, tarde e as 23h, registrando-se no formulário IN 277 (anexo 4);

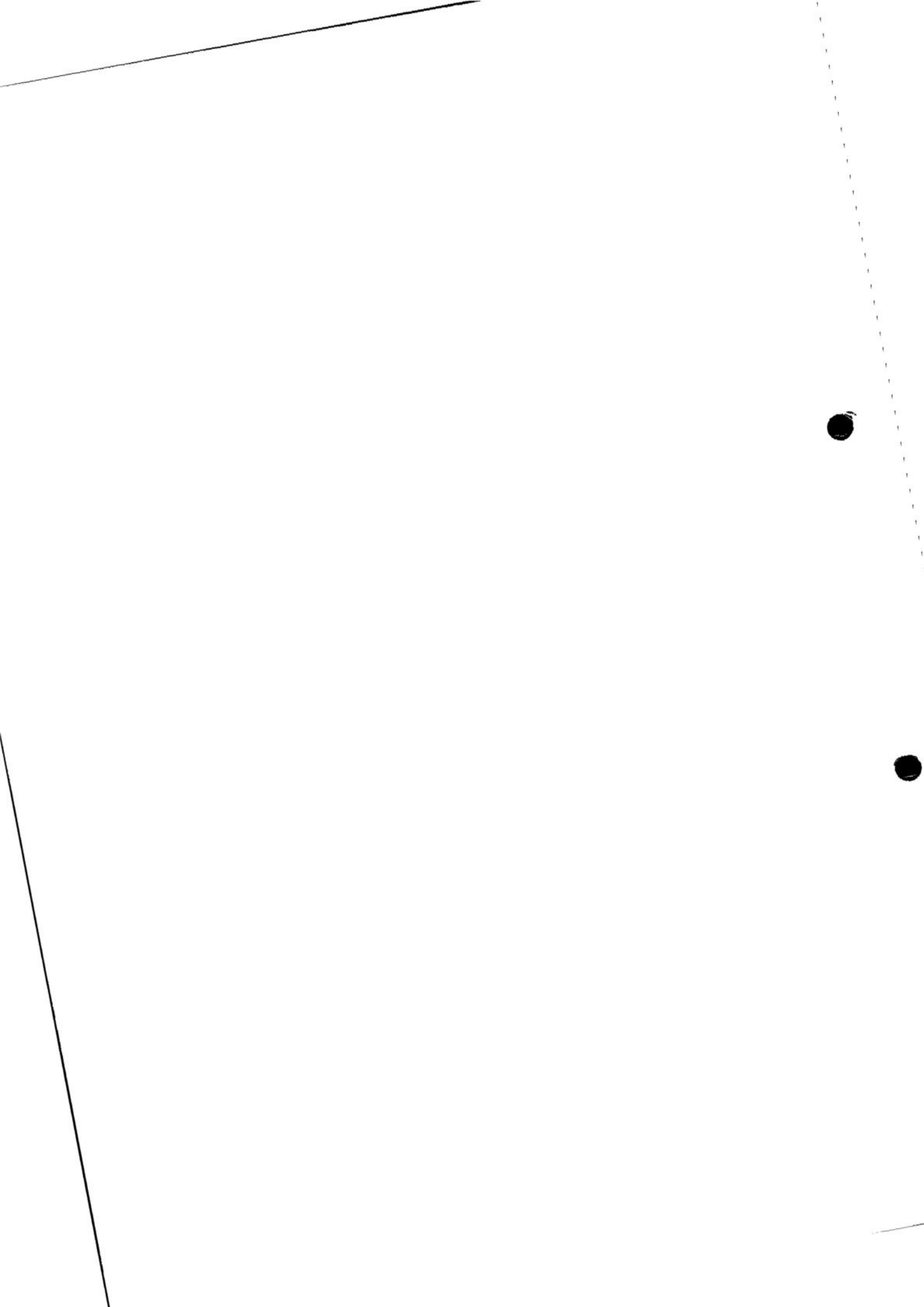
8.1.2. Manter fixado, em cada porta do equipamento, aviso para que a rede de frio não seja aberta fora do horário de retirada e/ou guarda dos imunobiológicos ou mensuração de temperatura;

8.1.3. Usar tomada exclusiva;

8.1.4. Instalá-la distante de fonte de calor, de incidência de luz solar direta, a 20cm da parede e a 40cm de outro equipamento;

8.1.5. Instalá-la bem nivelada, em ambiente climatizado à temperatura de até $+20$ a $+24^{\circ}\text{C}$;

8.1.6. Não permitir armazenar outros materiais;



8.1.7. Certificar-se de que a porta está vedando adequadamente.

8.2. Limpeza da câmara refrigerada

Para que sejam mantidas as condições ideais de conservação dos imunobiológicos, deve-se instituir uma rotina de higiene adequada da câmara de refrigeração. Na UPA Campo do Alemães, a limpeza interna da câmara refrigerada, bem como a parte externa será realizada quinzenalmente.

Para a realização da limpeza, devemos:

8.2.1 Transferir os imunobiológicos, para uma caixa térmica com gelo reciclável, mantendo a temperatura recomendada (+2°C a +8°C) e manter as caixas vedadas, não podendo abri-las até o término da limpeza;

8.2.2 Desligar a tomada e abrir a porta;

8.2.3 Realizar a desinfecção da mesma com Peroxy 4D. Não jogar água no interior do refrigerador;

8.2.4 Após a desinfecção, ligar a câmara refrigerada;

8.2.5 Manter as portas fechadas por uma hora, verificando a temperatura após esse período. Quando a mesma estiver entre +2°C e +8°C recolocar as vacinas e soros nos seus devidos lugares.

9 Fluxograma de atendimento antitetânico e antirrábico

- Equipe da recepção realiza a abertura de FA e confirmação dos dados do paciente;
- Enfermeiro da classificação de risco preenche nome, data e FA no Checklist (IN276);
- Enfermeiro da classificação entrega Checklist (IN276) ao enfermeiro



da hipodermia/emergência;

- Enfermeiro da classificação direciona o paciente à sala de espera para aguardar chamado médico ou à sala de sutura quando indicado;
- Enfermeiro da classificação entrega o Checklist (IN276) e comunica o caso ao enfermeiro da hipodermia/emergência
- Médico realiza atendimento em consultório ou em sala de sutura ou na emergência, de acordo com indicação do caso
- Médico orienta paciente a aguardar o atendimento do enfermeiro sobre a vacina e aguardar as demais condutas;
- Enfermeiro avalia a lesão e realiza anamnese;
- Enfermeiro preenche o Checklist (IN 276) e prescreve a conduta indicada, de acordo com o Protocolo nº 55. Neste momento, enfermeiro já realiza as orientações ao paciente, de acordo com cada situação;

Se estiver indicado a imunização, enfermeiro registra a dose de vacina, a ser aplicada, no sistema e-Sams, preenche caderneta e orienta o técnico de enfermagem sobre a conduta prescrita;

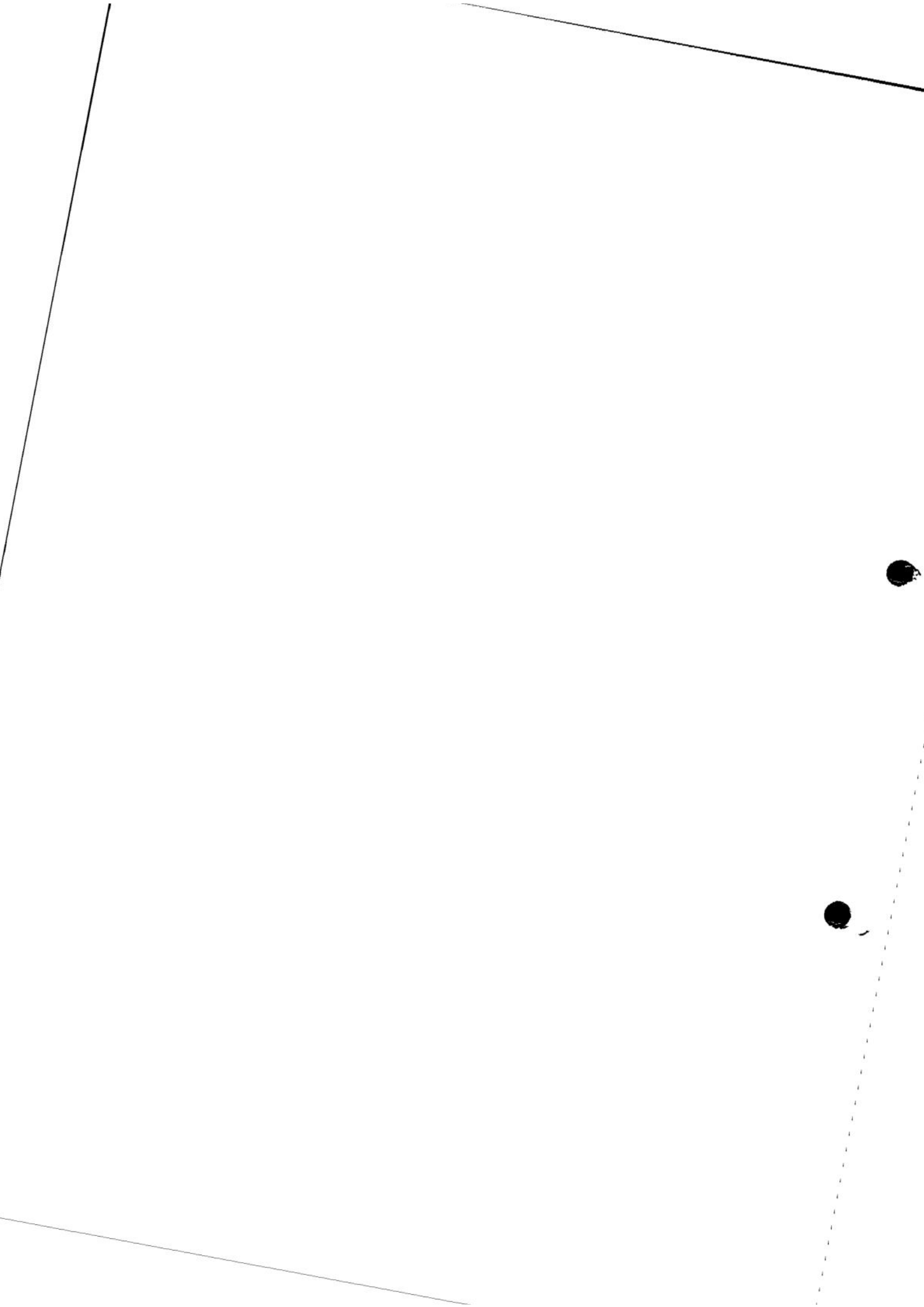
- Técnico de enfermagem administra dose prescrita e realiza as condutas médicas prescritas (curativo, medicação, RX.);
- Enfermeiro realiza orientação ao paciente e encerra o atendimento referente à vacinação;
- Enfermeiro realiza notificação, quando for o caso, e encaminha à SCIH junto à FA, anexada ao Checklist (IN276) conforme rotina.

10 Plano de Contingência

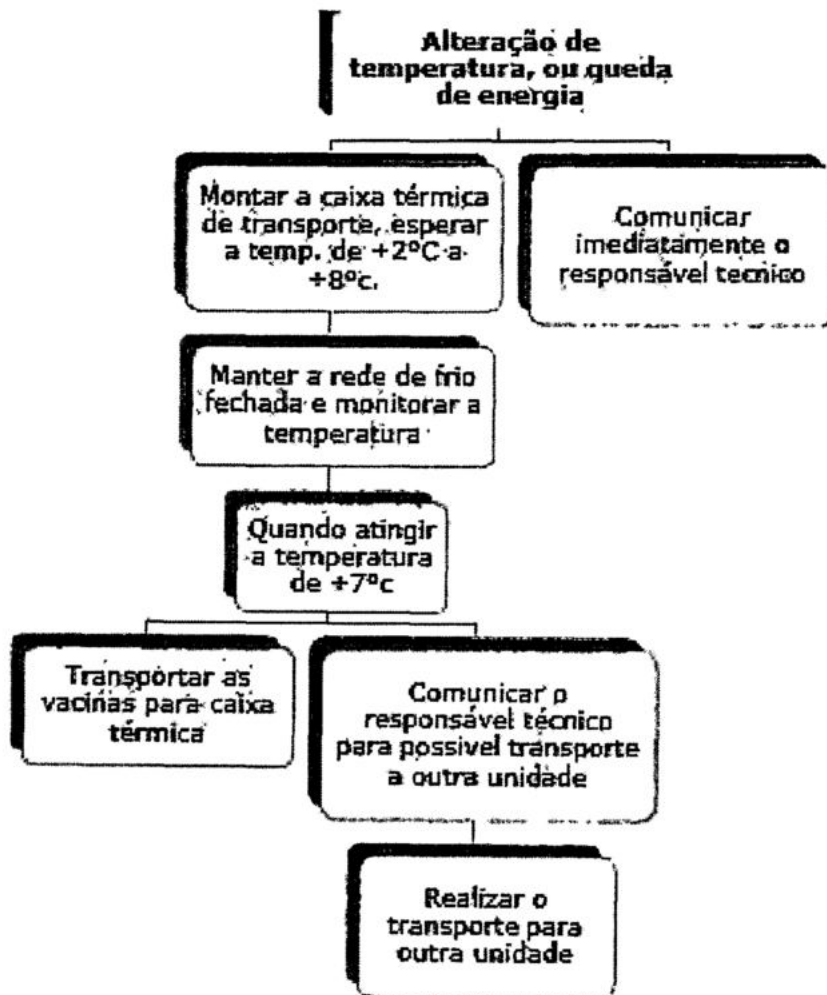
Refere-se ao procedimento a ser adotado quando o equipamento de refrigeração deixar de funcionar por quaisquer motivos, principalmente por queda de energia. Caso ocorra alguma intercorrência, que poderá prejudicar a eficácia do imunobiológico, comunicar imediatamente o responsável técnico para que o mesmo tome as devidas providências.

Procedimentos a serem realizados, após identificação de alteração de temperatura e /ou queda de energia elétrica:

- Montar a caixa térmica de transporte, com gelo reutilizável;
- Aguardar que a caixa atinja a temperatura de adequada de +2°C a +8°C, antes de colocar os imunobiológicos;
- Preencher o formulário de alterações de temperatura;
- Se houver falha no equipamento ou interrupção de energia elétrica, manter o equipamento fechado e monitorar rigorosamente a temperatura interna;
- Caso o reabastecimento de energia elétrica não retomar, e a temperatura interna da rede de frio estiver aproximadamente +7°C, transportar os imunobiológicos na caixa térmica com temperatura adequada;
- Verificar tomadas, desconexão dos fios e ou queda de chave;
- Realizar o transporte dos imunobiológicos para outra unidade, no caso de não restabelecimento adequado do equipamento;
- Jamais acondicionar as vacinas em caixas térmicas sem termômetro, seja para transporte ou quando em caso de contingência.



10.1. Fluxograma



11 Anexos

11.1. Anexo 1 – Checklist profilaxia antirrábica

NOME DO PACIENTE:		FA:	DATA: / / 2023	ASSINAR E CARIMBAR A CONDUTA INDICADA
PROFILAXIA ANTIRRÁBICA HUMANA – VIA INTRAMUSCULAR				
CÃO OU GATO	Animal passível de observação e sem sinais sugestivos de raiva	Não iniciar esquema profilático e observar o animal por 10 dias	Orientar o paciente a procurar a UBS de referência ou a unidade, se durante período de observação o animal desaparecer e/ou apresentar sinais de raiva e/ou morrer. Neste caso, deverá ser avisado o acidente, se trata-se de um caso leve ou grave e deverá ser definida a conduta de acordo com a gravidade do acidente (condutas descritas à baixo).	
	Animal não passível de observação ou observável com sinais sugestivos de raiva	AVALIAR O ACIDENTE	Se o animal permanecer disponível, o caso estará encerrado; CASOS LEVES Iniciar profilaxia com 1ª dose IM (dia 0); Assistir em cartela de acompanhamento de vacina antirrábica as próximas doses no 7º, 14º e 21º dia – entregar ao paciente; CASOS GRAVES Assistir em cartela de acompanhamento de vacina antirrábica as próximas doses no 3º, 7º e 14º dia – entregar ao paciente; Solicitar o soro antirrábico e orientar paciente quanto ao contato a ser realizado.	
MANÍFERO DOMÉSTICO DE INTERESSE ECONÔMICO (bovinos, equídeos, caprinos, suínos e aves)	AVALIAR O ACIDENTE	CASOS LEVES	Iniciar profilaxia com 1ª dose IM (dia 0); Assistir em cartela de acompanhamento de vacina antirrábica as próximas doses no 7º, 14º e 21º dia – entregar ao paciente;	
		CASOS GRAVES	Iniciar profilaxia com 1ª dose IM (dia 0); Assistir em cartela de acompanhamento de vacina antirrábica as próximas doses no 3º, 7º e 14º dia – entregar ao paciente; Solicitar o soro antirrábico e orientar paciente quanto ao contato a ser realizado.	
MANÍFERO SILVESTRE (ex.: morcego, raposa, macaco, sagui)	CONTATO INDISTINTO, ACIDENTE LEVE OU GRAVE	Iniciar profilaxia com 1ª dose IM (dia 0); Assistir em cartela de acompanhamento de vacina antirrábica as próximas doses no 7º, 14º e 21º dia – entregar ao paciente; Solicitar o soro antirrábico e orientar paciente quanto ao contato a ser realizado.		
Contato indireto: tocar ou dar de comer para animais, lambidura em pele íntegra, contato em pele íntegra com secreções ou excreções de animal, ainda que raioso ou de caso humano		Caso leve: mordedura ou arranhadura superficiais no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés; lambidura de lesões superficiais.		Caso grave: mordedura ou arranhadura nas mucosas, no segmento cefálico, nas mãos ou nos pés; mordedura ou arranhadura múltiplas ou extensas, em qualquer região do corpo; mordedura ou arranhadura profundas, mesmo que pontiforme; lambidura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que íntactas.

Local de Administração da Vacina: Músculo Deltóide () MSD () MSE () // Vasto Lateral da Coxa () MID () MJE ()

Assinatura e Carimbo do Enfº da Classificação

Assinatura e carimbo do Enfº da Hipodermia/Emergência

Assinatura e carimbo do Téc. De Enfermagem

11.2. Anexo 2 – Checklist profilaxia antitetânica

IN 276 - CHECKLIST DE CONDUTA DE PROFILAXIA ANTIRRÁBICA E ANTITETÂNICA HUMANA - UPA CAMPO DOS ALEMÃES

NOME DO PACIENTE:		PAI	DATA: / /2023	ASSINAR E CARIMBAR A CONDUTA INDICADA
PROFILAXIA ANTITETÂNICA HUMANA				
AVALIAR O TIPO DE FERIMENTOS E A SITUAÇÃO VACINAL DO PACIENTE	Ferimentos com risco elevado de tetano	Solicitar ao paciente a carteira de vacinação e avaliar a situação vacinal de rotina	Paciente não está vacinado e/ou não possui a carteira de vacinação atualizada, sendo o paciente menor de 15 anos, deve ser encaminhado para a vacinação de rotina.	ABANDONAR VACINA
			Paciente possui carteira de vacinação atualizada, sendo o paciente menor de 15 anos, deve ser encaminhado para a vacinação de rotina.	ABANDONAR VACINA
	Ferimentos com alto risco de tetano	Solicitar ao paciente a carteira de vacinação e avaliar a situação vacinal de rotina	Paciente não está vacinado e/ou não possui a carteira de vacinação atualizada, sendo o paciente maior de 15 anos, deve ser encaminhado para a vacinação de rotina.	ABANDONAR VACINA
			Paciente possui carteira de vacinação atualizada, sendo o paciente maior de 15 anos, deve ser encaminhado para a vacinação de rotina.	ABANDONAR VACINA
Ferimentos com risco elevado de tetano: Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos devitalizados.			Ferimentos com alto risco de tetano: Ferimentos profundos ou superficiais limpos, com corpos estranhos ou tecidos devitalizados, queimaduras, feridas por perfurantes ou por armas brancas e de fogo, mordidas e acidentes com animais peçonhentos, postumortuários e feridas abertas.	
Acidentes não é considerada como acidente, sendo a partir de 24 horas após ocorrer a lesão a condicionar a UPA para avaliar a situação vacinal e situação da vacina dTpa.			Acidentes não é considerada como acidente, sendo a partir de 24 horas após ocorrer a lesão a condicionar a UPA para avaliar a situação vacinal e situação da vacina dTpa.	

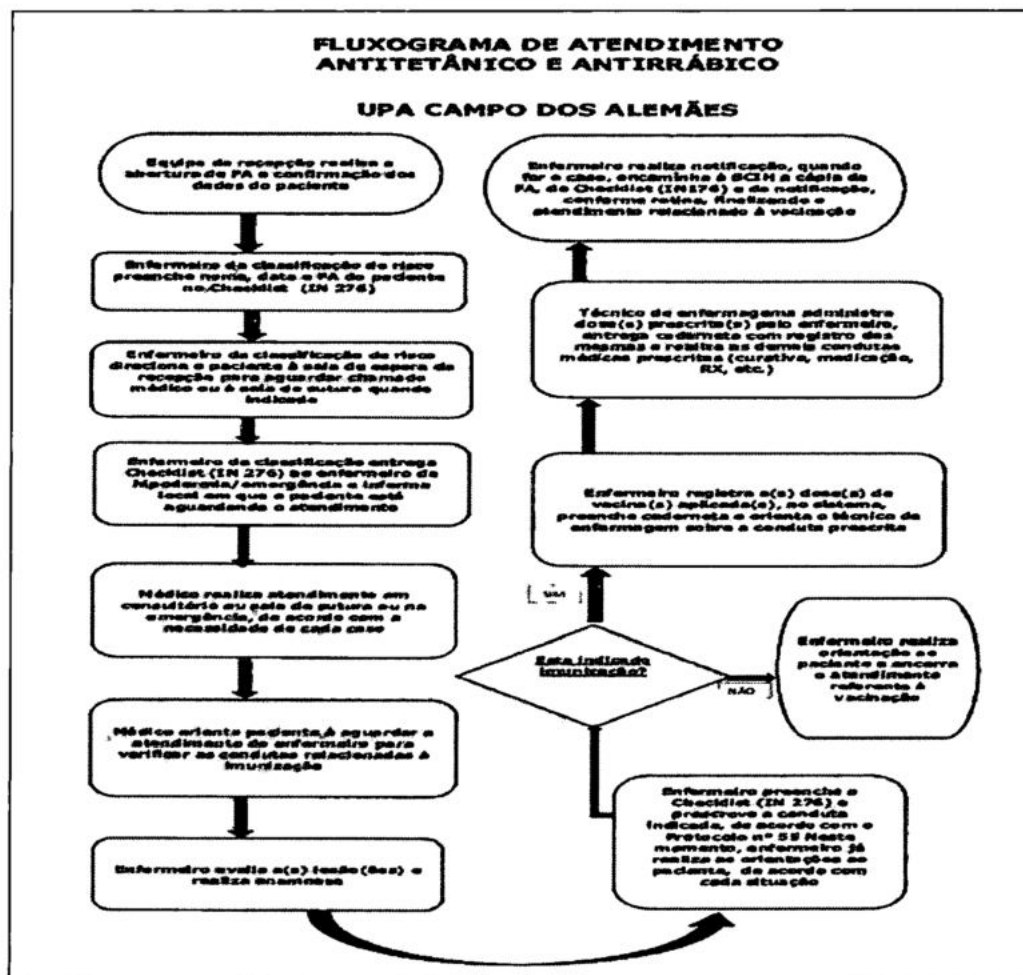
Local de Administração da Vacina: Músculo Deltoide () MSC () MSE () // Vento Lateral da Coxa () MID () MBE () Data: / /2023.

Assinatura e Carimbo do Enf de Classificação

Assinatura e Carimbo de Enf de Monitoria/Emprego

Assinatura e Carimbo de Enf. De Supervisão

11.3. Anexo 3 – Fluxograma de atendimento antitetânico e antirrábico

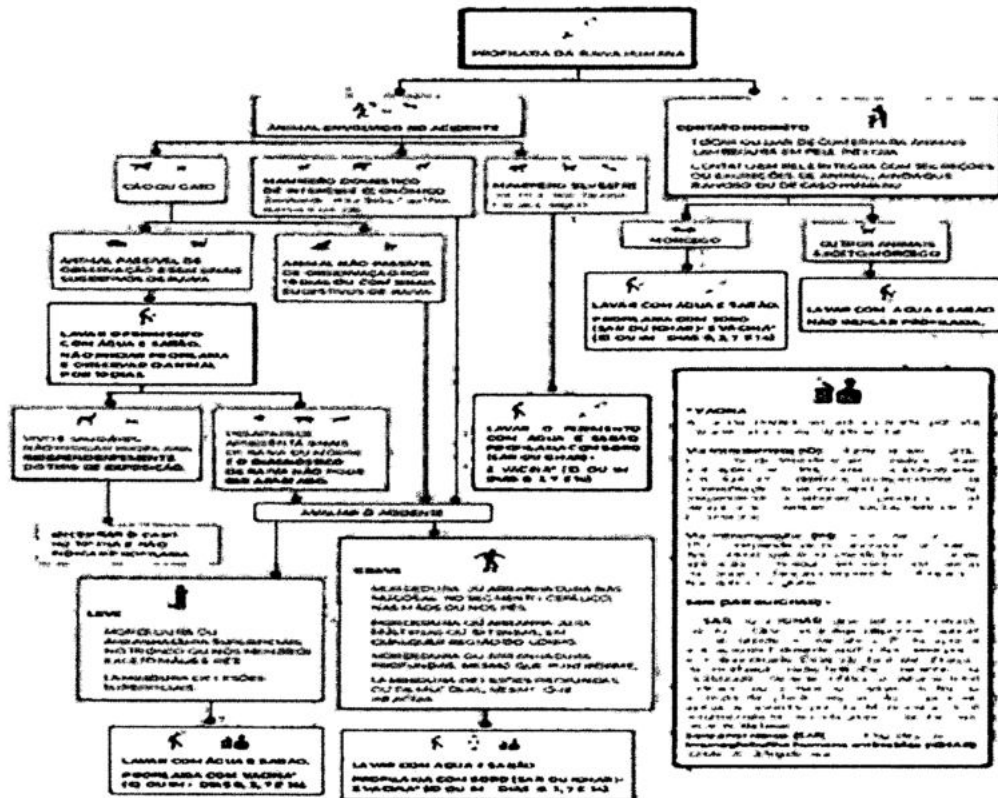


11.4. Anexo 4 - Controle de temperatura da câmara de conservação de imunobiológicos

UPA24h		IN 277 - CONTROLE DE TEMPERATURA DA CÂMARA DE CONSERVAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS	
Mapa de acompanhamento de temperatura			
Setor: Sala de Im/Vacina		Objeto de análise: Data de aplicação de imunobiológicos	
Temperatura Ideal: +2°C a +8°C		Instrumento de análise: Termômetro de momento, mínimo e máximo com sensor	
Data de emissão: 05/2023			
Mês/Ano: MAIO/2023		Enfª do SCIH Jéssica Santos Macêdo Coren 627225/SP	
Horário = 07h			
Temperatura	Profundidade		
Mín	Máx	Ass	Ass
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
Horário = 15h			
Temperatura	Profundidade		
Mín	Máx	Ass	Ass
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
Horário = 23h			
Temperatura	Profundidade		
Mín	Máx	Ass	Ass
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
QUALQUER ALTERAÇÃO COMUNICAR IMEDIATAMENTE O SCIH OU SUPERVISOR IMEDIATO			
OBSERVAÇÕES:			

11.5. Anexo 5 - Cartaz de profilaxia da raiva humana – MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA



11.6. Anexo 6 – Esquema de condutas profiláticas Tétano pós exposição

QUADRO 4 – Esquema de condutas profiláticas de acordo com o tipo de ferimento e a situação vacinal

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO PRÉVIA CONTRA TETANO	FERIMENTOS COM RISCO MÍNIMO DE TETANO*			FERIMENTOS COM ALTO RISCO DE TETANO*		
	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas
Incompleta ou menos de três doses	Sim ^a	Não		Sim ^a	Sim	
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Não	Não		Não	Não	
Três ou mais doses, sendo a última dose há mais de cinco e menos de dez anos	Não	Não	Limpar e desinfetar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas	Sim (um reforço)	Não ^b	• Desinfetar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados.
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos	Sim	Não	desbridar o foco de infecção.	Sim (um reforço)	Não ^b	• Desbridamento do ferimento e lavagem com água oxigenada.
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (um reforço)	Sim ^c	

Fonte: Dendr/SVS/MS.

* Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

^a Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados, queimaduras; feridas punthorves ou por armas brancas e de fogo; mordeduras, politraumatismos e fraturas expostas.

^b Vacinar e apraziar as próximas doses para complementar o esquema básico. Essa vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com soro antitetânico (SAT) ou imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT). Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

^c Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT.

^d Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

12 Observações Gerais

Em caso de dúvidas o médico deverá entrar em contato com a coordenação médica, para discussão do caso e definição de conduta.

13 Referências

Calendário de vacinação. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao#:~:text=Atualmente%2C%2048%20imunobiol%C3>

%B3gicos%20s%C3%A3o%20distribu%C3%ADdos,o%20Calen
d%C3%A1rio%20Nacional%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3
o. Acesso em 18 de Abril de 2023.

Manual de Rede de Frio Ministério da Saúde. Disponível em:
https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/publicacoes/manual_redefrio.pdf . Acesso em 12 de Abril de 2023.

Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (DTP) Instituto Butantan. Disponível em:
https://butantan.gov.br/assets/arquivos/soros-e-vacinas/DTP_bula_1660766790831.pdf . Acesso em 12 de Abril de 2023.

Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa. Disponível em:
<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/acervo-e-e-books/10411-nota-tecnica-vacinacao-para-gestantes-dtpa-prevencao-de-coqueluche-em-menores-de-1-ano/file> Acesso em 10 de Abril de 2023.

Norma técnica do Programa de Imunização, São Paulo 2021. Disponível em:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1283579/normadeimunizacao2021_2.pdf. Acesso em 18 de Abril de 2023.

Manual de Normas e Procedimentos para vacinação, Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf . Acesso 10 de Abril de 2023.

Guia de Vigilância e Saúde 5º edição, Ministério da Saúde. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso 15 de Abril de 2023.

Atualização em Rede de Frio 2022. Disponível em:
file:///C:/Users/SCIH/Downloads/4.%202022.%20DED%20EFR
IO_vers%C3%A3o%20final_06-06-2022%20(3).pdf. Acesso 20 de Abril de 2023.

Manual de Vigilância Epidemiológica de eventos adversos pós vacinação 4º edição. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_vacinacao_4ed.pdf. Acesso 15 de Abril de 2023.

Elaborado	Revisado	Aprovado



Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

PROTOCOLO BRONQUIOLITE

02

contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 – Cotia - SP CEP 06717-100

Sumário

1	Histórico de revisão:	3
2	Objetivo	3
3	Introdução	4
4	Executante.....	4
5	Características Clínicas	4
6	Abordagem Diagnóstica	5
7	Tratamento	5
8	Observações Gerais.....	7
9	Referências	8

Histórico de Revisão					
Implantação	1ª Revisão	2ª Revisão	3ª Revisão	4ª Revisão	5ª Revisão
XXXXX	-	-	-	-	-

[illegible]

Página 3

3 Introdução

A Bronquiolite Aguda (BA) é um distúrbio do aparelho respiratório bastante frequente e grave que acomete crianças jovens nos dois primeiros anos de vida (sendo encontrada em crianças até 2-3 anos de idade). Seu pico de incidência ocorre abaixo dos 12 meses de idade e tem um padrão epidêmico com prevalência no outono e no inverno, sendo, nesse período, a causa mais frequente de hospitalização de lactentes. Inicia-se com os sintomas das infecções virais das vias aéreas superiores (febre e coriza), que progridem em quatro a seis dias, evoluindo para o acometimento das vias aéreas inferiores (tosse e chiado). Em geral, é uma doença autolimitada, com uma taxa de mortalidade baixa ($< 1\%$), embora possa ser mais elevada (30%) em grupo de crianças cardiopatas de alto risco (prematturos com displasia broncopulmonar e imunocomprometidos, desnutridos, entre outros), em que está associada à doença prolongada e ao maior risco de óbito. Crianças com idade inferior a seis meses apresentam risco de doença grave decorrente da BA. A doença é sazonal e coincide com as epidemias de infecções secundárias a patógenos respiratórios virais. Leva à inflamação e à obstrução dos bronquíolos. O agente etiológico mais frequente é o Vírus Sincucial Respiratório (VSR), mas a BA também pode ser ocasionada por parainfluenza, adenovírus, influenza, Mycoplasma pneumoniae, rinovírus, Chlamydia pneumoniae, metapneumovírus humano e coronavírus.

4 Executante

Enfermeiro da classificação, equipe médica.

5 Características Clínicas

As características iniciais da doença são: rinorreia abundante e tosse "apertada" associada à aceitação inadequada de alimentos (quatro a seis dias após o início dos sintomas). A presença de febre varia de acordo com o patógeno, e lactentes infectados pelo VSR estão frequentemente febris no momento da consulta; naqueles com influenza ou parainfluenza, a febre normalmente é maior

do que 39 °C. Estão presentes taquipneia, hipóxia leve a moderada e sinais de desconforto ventilatório (batimento de asa do nariz e retrações da musculatura ventilatória acessória). No exame, podem ser encontrados chiado, crepitações ou roncos, expansão torácica diminuída (padrão ventilatório apical) e fase expiratória prolongada. Outros achados observados são conjuntivites, otite média e rinite. Muitos apresentam o abdome distendido devido à hiperinsuflação dos pulmões. Na ausência de sintomas prévios de vias aéreas superiores, sugere-se que crianças com chiado de início agudo possam ter BA. Este diagnóstico deve ser considerado para crianças recém-nascidas com anormalidades (exemplo: doença cardíaca congênita). O refluxo gastroesofágico (RGE), a pneumonia aspirativa ou a aspiração de corpo estranho podem mimetizar os sintomas de BA.

6 Abordagem Diagnóstica

Lactentes frequentemente apresentam uma leve leucocitose, embora o diferencial dos leucócitos seja normal. A hipóxia pode ser observada, e a retenção de CO₂ pode ocorrer nos casos graves. Os vírus podem ser detectados em amostras de aspirados nasofaríngeos pela visualização de anticorpos por fluorescência indireta, reação de cadeia da polimerase, radioimunoensaio ou cultura viral. Os resultados dos testes de diagnóstico viral devem ser utilizados para limitar o uso inadequado de antibióticos. Os achados radiológicos encontrados são: hiperinsuflação, infiltrados grosseiros tipicamente migratórios e atribuíveis a atelectasias pós-obstrutivas, e preenchimento peribronquico. A BA não é uma doença dos espaços alveolares e, caso haja um infiltrado verdadeiro, deve-se suspeitar de uma pneumonia de origem bacteriana secundária.

7 Tratamento

A análise clínica permanece sendo o critério padrão-ouro para a admissão hospitalar de crianças com BA e não pode ser substituído por critério objetivo. A saturação arterial de oxigênio (SaO₂) é o preditor clínico mais consistente para avaliar a piora clínica (variando o ponto de corte entre 90% e 95%); porém, a

maioria das crianças nessa variação de SaO₂ apresenta boa evolução clínica. Idade inferior a três meses, história clínica de doenças prévias, SaO₂, frequência respiratória (FR) e esforço cardioventilatório devem ser observados. A SaO₂ maior ou igual a 93% não é determinante para admissão hospitalar. A SaO₂ < 92%, a prematuridade, recém-nascidos com idade gestacional inferior a 34 semanas, FR > 70 incursões respiratórias por minuto (irpm), atelectasia pulmonar e idade inferior a três meses estão associados com a doença mais grave (definida como incapacidade da criança em manter-se ativa e alerta ou bem hidratada). A SaO₂ < 92% é o preditor mais objetivo de gravidade. Geralmente, FR > 80 cpm e hipóxia com SaO₂ < 85% são preditores de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

7.1. Hidratação e oxigenação

Tratamento fundamental: hidratação e oxigenação adequadas, oferecendo líquidos por via oral / enteral ou, na impossibilidade desta, por via intravenosa. A SaO₂ deve ser mantida maior do que 92%. Essas medidas, associadas à monitorização adequada, constituem o tratamento de suporte aceito nos mais variados centros.

7.2. Beta-2 agonistas

A utilização dos beta-2 agonistas (0,15 mg/kg) segue sem evidências científicas definidas, mas, no contexto clínico, continua sendo uma prática quase universal. Entretanto, deve ser suspensa caso 60 minutos após a inalação da droga não ocorra melhora ou ocorra piora clínica. Na infecção por VSR, a redução do diâmetro da via aérea e o chiado são decorrentes de pelo menos quatro causas: aumento da produção de secreção, projeção do epitélio lesado da via aérea para o lúmen, edema de mucosa e intersticial, e broncoconstrição mediada por possíveis mecanismos humorais ou neurogênicos, sendo que a contribuição de cada um desses fatores é variável entre os pacientes, particularmente no que se refere à broncoconstrição. Os beta-2 agonistas agem apenas na broncoconstrição,

sendo mais efetivos quanto maior for a contribuição desta. A terapêutica com broncodilatadores é mais eficaz no estágio inicial da infecção, momento em que as pequenas vias aéreas não estão obstruídas com secreções e debris celulares.

7.3. Corticoide inalatório e sistêmico

Esta é uma terapêutica controversa, não sendo indicada para o tratamento de BA leve ou moderada. Uma revisão sistemática não demonstrou nenhum benefício do uso dos corticosteroides no manejo da BA. Para as crianças graves, submetidas à ventilação pulmonar mecânica (VPM), pode haver benefícios com a utilização de corticoides; porém, eles provavelmente não previnem o broncoespasmo recorrente após a doença. A fisiopatologia da infecção ocasionada pelo VSR sugere que a ação anti-inflamatória dos corticosteroides pode ser uma terapêutica efetiva; entretanto, as pesquisas efetuadas até o momento não justificam a utilização desta terapêutica, pois não foi demonstrada alteração nos achados clínicos, na admissão hospitalar e no tempo de internação hospitalar.

7.4. Profilaxia

Medidas utilizadas na prevenção da infecção pelo VSR: utilização de vacinas (imunização ativa) e de imunoglobulinas por via intravenosa. Os esforços para se obter uma vacina efetiva persistem, sem a obtenção de resultados até o momento. A imunização passiva pode ser realizada com anticorpos monoclonais (palivizumabe) contra o VSR (dose intramuscular: 15 mg/kg/dose uma vez por mês durante os meses epidêmicos). A eficácia da imunização passiva é de 1/200; reduz as taxas de hospitalização em 55% pelo VSR.

8 Observações Gerais

Em caso de dúvidas o médico deverá entrar em contato com a coordenação médica, para discussão do caso e definição de conduta.

9 Referências

CARVALHO, W. B.; JOHNSTON, C.; FONSECA, M. C. Bronquiolite aguda, uma revisão atualizada. In: Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo, 2007, vol. 53, n. 2, p.182-188. Disponível em: . Acesso em: mar. 2017.

Deve ser realizado por toda categoria da Equipe de Enfermagem e tem como procedimentos ações, dentre outros:

Elaborado	Revisado	Aprovado



Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

PROTOCOLO DIARRÉIA

✉ contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

📍 Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 – Cotia - SP CEP 06717-100

Sumário

1	Histórico de revisão:	3
2	Objetivo	3
3	Definição	4
4	PROTOCOLO	4
5	EXAMES COMPLEMENTARES	4
6	TRATAMENTO	5
7	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	6
8	ORIENTAÇÕES DE ALTA	7
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8



1 Histórico de revisão:

Histórico de Revisão					
Implantação	1ª Revisão	2ª Revisão	3ª Revisão	4ª Revisão	5ª Revisão
XXXXX	-	-	-	-	-

[illegible]

2 Objetivo

O objetivo deste protocolo é padronizar um fluxo de atendimento ao paciente que apresente sinais e/ou sintomas de diarreia, a fim de organizar a assistência e otimizar o tempo de atendimento.

Página 3

3 Definição

Gastroenterocolite Aguda (GECA) se caracteriza pelo aumento na frequência, quantidade ou pela diminuição da consistência das fezes, com ou sem acometimento gástrico (náuseas e vômitos) com duração menor que 2 semanas

4 PROTOCOLO

4.1 Etiologia É causada na maioria das vezes por vírus (Norovírus, Adenovírus, Rotavírus), enquanto bactérias e protozoários respondem por menos de 10% dos casos (Campylobacter, Shigella, Salmonella, Escherichia Coli, Clostridium, Cryptosporidium, Giardia, Ameba).

4.2 Diagnóstico O diagnóstico é clínico, e faz parte do quadro clínico a presença de diarreia, náuseas e vômitos (maior probabilidade de quadro viral / toxinas), dor abdominal em cólica e não localizada e febre. A presença de muco ou sangue sugere maior probabilidade de quadro bacteriano. A diarreia aquosa a princípio tem como etiologia provável viral e não necessita de coleta de exames e de prescrição de antibióticos. A pesquisa de vírus Rotavírus / Adenovírus / Norovírus: confirma etiologia viral e evita solicitação desnecessária de exames e prescrição inadequada de antibiótico.

5 EXAMES COMPLEMENTARES

São indicados somente em situações específicas:

- Sepses grave / choque séptico: Hemograma, PCR, hemocultura, Coprocultura + Exames (Protocolo Institucional Sepses);
- Distúrbios hidroeletrólíticos / desidratação grave: eletrólitos, função renal;
- Idade >70 anos, paciente imunossuprimido, presença de comorbidades (Ex: diabetes mellitus), temperatura (>38,5°C) persistente, dor abdominal importante/refratária, uso recente de antibiótico, hospitalização recente: investigação etiológica com coprocultura, pesquisa de rotavírus e adenovírus nas fezes;

- Uso recente de ATB: pesquisa de toxinas A e B;
- Pesquisa de Rotavírus nas fezes (pesquisa rápida de antígeno): a pesquisa de leucócitos fecais para detecção de etiologia bacteriana. Exames de imagem (RX, US e TC) devem ser solicitados apenas se houver dúvida diagnóstica, como auxílio no diagnóstico diferencial.

6 TRATAMENTO

- Hidratação endovenosa se sinais clínicos de desidratação e incapacidade de ingesta oral domiciliar para re posição de perdas.
- Sintomáticos: antieméticos em geral e analgesia - evitar medicações antiespasmódicas (Tabela 1);
- Dieta conforme aceitação, evitar leite e derivados;
- Probióticos: útil na regularização de hábito intestinal após resolução do quadro, pequena redução na duração do quadro (Tabela 2);
- Antibioticoterapia: se houver sinais de alerta (Tabela 3). Evitar antidiarreicos que promovam diminuição da motilidade, como derivados de opióides (loperamida), sendo permitido uso de racecadotril, porém com pouca eficácia nos quadros com etiologia viral. A loperamida é contraindicada em pacientes com diarreia muco sanguinolenta e pacientes febris.

Tabela 1 - Medicamentos sintomáticos no PS		
Antiemético	Via de Administração	Dose
Ondasetrona Vonau® / Zofran®	Vonau® - Sublingual / Zofran® - Endovenoso	4 a 8 mg
Dimenidrato + B6 (Dramin® D5 DL)	Endovenoso	30/50 mg
Metoclopramida (Plasil®)	Endovenoso	10 mg
Analgesia	Via de Administração	Dose
Dipirona (Novalgina®)	Via Oral	40 gotas/ 1g
Paracetamol (Tylenol®)	Via Oral	750 mg

Tabela 2 - Medicamentos para alta

Antibiótico	Via de Administração	Dose	Frequência	Tempo de Tratamento
Ciprofloxacino (Cipro® - 1ª opção)	Via Oral	500 mg	12/12 horas	5 dias
Sulfametoxazol + trimetoprima (Bactrim® - alérgicos ou intolerantes às quinolonas)	Via Oral	800/160 mg	12/12 horas	5 dias
Probiótico	Via de Administração	Dose	Frequência	Tempo de Tratamento
Saccharomyces Boulardi (Floratil®)	Via Oral	400 mg (2 comp. de 200 mg)	8/8 horas	5 dias
Sintomáticos	Via de Administração	Dose	Frequência	Tempo de Tratamento
Dimenidrato + BG (Dramin® D6 DU)	Via Oral	30/50 mg	6/6 horas	Se necessário
Ondasetrona (Vonau®)	Sublingual	8 mg	8/8 horas	Se necessário

Tabela 3 - Sinais de alerta na Gastroenterocolite Aguda

- Idade >70 anos
- Presença de sangue e muco em várias evacuações
- Paciente imunossuprimido
- Presença de comorbidades (Ex: Diabetes Mellitus)
- Temperatura >38,5°C persistente
- Dor abdominal importante / refratária
- Uso recente de antibiótico
- Hospitalização recente
- Sinais de toxemia / sepse

6.1 Indicações de Internação

- Ausência de melhora clínica após sintomáticos como manutenção de vômitos e/ou dor abdominal refratária;
- Distúrbio hidroeletrólítico importante (que necessite de reposição injetável);
- Sepse – Seguir Protocolo Institucional.

7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Quadros abdominais graves como abdome agudo, variações do ritmo intestinal (suspeita de neoplasias) e uso prévio recente de antibióticos (Clostridium).

8 ORIENTAÇÕES DE ALTA

- Diminuir suas atividades até você se sentir melhor ou a diarreia e vômitos pararem;
- Beber aproximadamente dois litros de líquidos por dia, como água, isotônicos, chás sem cafeína e água de coco;
- Diminuir ou evitar a ingestão de leite e derivados, café e bebidas que tenham cafeína e refrigerantes até resolução do quadro;
- Evitar comer alimentos gordurosos, grãos (feijão, grão de bico, lentilha, milho), frutas, verduras e salada crua;
- Por 3 dias dê preferência para comer arroz, legumes cozidos (como batata, mandioca, cenoura, chuchu), carnes grelhadas bem passadas ou cozidas, macarrão, pão, bolacha água e sal, torradas sem fibra, banana e maçã. Após 3 dias reintroduza sua dieta habitual lentamente.

8.1 Piora dos sintomas Retorne com seu médico ou ao pronto atendimento se:

- A diarreia durar mais que 5 dias sem melhora;
- Tiver dor intensa, localizada e persistente na barriga;
- Tiver febre e calafrios após as primeiras 48 horas;
- Tiver fezes com sangue, muco ou vermes;
- Apresentar sinais de desidratação como boca seca, sede intensa, pele enrugada, diminuição do volume urinário, tontura ou muita fraqueza;
- Tiver náuseas e/ou vômitos persistentes.

9 . REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botoni A, Cardoso CF, Garnes SA, Botoni A. Diarreia Aguda. In: Guimarães HP, Borges LAA, Assunção MSC, Reis HJL. Manual de Medicina de Emergência. São Paulo: Editora Atheneu:2017: 99-111.

2. Marra AR, Segalla E, Flaquer F et al . Gastroenterite em adultos diretrizes para diagnóstico e tratamento. Protocolo Assistencial. Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/diretrizes-assistenciais.aspx>. Acessado em 27/02/17.

Elaborado	Revisado	Aprovado

PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO



Sumário

1 Histórico de revisão:	3
2 Objetivo	4
3 Introdução	4
4 Executante	5
5 Descrição das Atividades.....	5
5.1 Recepção.....	5
5.2 Triagem.....	5
5.3 Atendimento Médico.....	6
5.4 Fluxogramas	8
5.5 Critérios de Inclusão	9
5.6 Critérios de Exclusão.....	9
6. Observações Gerais	10
7. Referências	10
8. Anexos	11
8.1 Escala de Cincinatti (Anexo 1).....	11
8.2 Formulário IN73 – AVC (Anexo 2).....	12
8.3 Escala de Rankin (Anexo 3).....	13

2 Objetivo

O objetivo deste protocolo é padronizar um fluxo de atendimento ao paciente que apresente sinais e/ou sintomas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) nesta unidade, a fim de organizar a assistência e otimizar o tempo de atendimento. Com um atendimento padronizado, pretende-se encaminhar de forma ágil este paciente para a instituição de referência como forma de diminuir mortalidade e possíveis futuras sequelas de AVE.

Estudos nos mostram que quanto mais rápido um paciente de AVC é atendido, maiores são as chances deste paciente sair sem lesão incapacitante, além de diminuir os dias de internação hospitalar e o risco de morte. A cada 1 hora de 2 pacientes, 1 se recupera. A cada 3 horas, de 7 pessoas que procuram atendimento imediato, 6 provavelmente irão apresentar sequelas⁵.

3 Introdução

Segundo dados da World Stroke Organization (Organização Mundial de Acidente Vascular Cerebral - AVC), um em cada seis indivíduos no mundo terá um AVC ao longo de sua vida. Sendo assim, torna-se de extrema importância que os serviços de saúde estejam preparados para a prevenção, tratamento e reabilitação desses pacientes, a fim de promover qualidade de vida a sua população^{1,2}.

O Acidente Vascular Cerebral é definido como o surgimento de déficit neurológico súbito causado pelo rompimento ou obstrução de um vaso sanguíneo cerebral. Ele é dividido em 2 tipos: isquêmico (falta de circulação sanguínea) e hemorrágico (extravasamento de sangue)³.

De acordo com o SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade do DATASUS, em 2022 o AVC foi responsável por mais de 80 mil mortes no Brasil. Além disso, dados com estes chamam a atenção no quesito reabilitação, visto que 5 milhões de pessoas que tem ou terão AVC, irão ficar permanentemente incapacitados⁴.

Essas informações mostram a importância do cuidado de pessoas com AVC nos diferentes níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e faz-se imprescindível a existência deste protocolo para consulta pelos profissionais de saúde afim de agilizar o atendimento destes pacientes.

4 Executante

Equipe de Enfermagem, Equipe Médica

5 Descrição das Atividades

5.1 Recepção

O paciente deve realizar a abertura de ficha de atendimento na recepção portando documentos, como RG e cartão nacional do SUS. Caso o paciente NÃO tenha documentos para realizar a abertura de ficha, a recepção irá abrir o atendimento como DESCONHECIDO até que os documentos sejam providenciados. O paciente não ficará sem atendimento caso não possua identificação. Após a abertura da ficha de atendimento, a recepção deverá orientar o paciente a aguardar na recepção correspondente, adulto ou pediátrica.

5.2 Triagem

Ao chegar à triagem e o enfermeiro identificar sinais de sintomas de AVC, deve-se perguntar ao paciente o início dos sintomas – de forma precisa – a fim de calcular o delta tempo para tomadas de conduta. O enfermeiro da triagem deve seguir o Protocolo de acolhimento com classificação de risco PNH, 2004. Caso o paciente esteja apresentando sintomas com menos de 3 horas, o paciente deve ser encaminhado a sala de emergência para monitorização e estabilização de sinais clínicos, se necessário. Caso o enfermeiro tenha dúvida acerca dos sinais e sintomas de AVC pode-se utilizar a escala de CINCINATTI⁶ (Anexo 1). A Escala de Cincinatti vai de 1 a 3 e, na presença de qualquer uma das 3 avaliações, deve ser considerado que o paciente apresenta possível AVC. Os 3 aspectos básicos que verificamos nesta escala são: desvio de rima (boca torta), solicitar que o paciente levante os braços e pedir para falar “O Brasil é o país do futebol”. Na presença de qualquer alteração e se o paciente estiver com delta T menor de 3 horas, o paciente deve ser encaminhado para a sala de emergência e o médico responsável (chefe de plantão) deve ser acionado. Durante o atendimento, caso o enfermeiro da triagem identifique um possível AVC, deve-se abrir o Formulário IN73 – AVC da unidade de cor azul (Anexo 2), onde deve ser inserido os dados do paciente e acompanhá-lo durante sua internação.

5.3 Atendimento Médico

Ao ser acionado, o chefe de plantão da sala vermelha deve verificar o caso e, se confirmado, deve solicitar vaga para o hospital de referência. É de extrema importância que a ambulância seja providenciada para o encaminhamento do paciente o mais rápido possível.

Durante avaliação médica devem ser utilizada 2 escalas a fim de solicitar a vaga para o hospital de referência: Escala de Rankin e NHISS. É de extrema importância que esses escores estejam anexados na solicitação de vaga para o hospital de referência, prevendo um atendimento mais rápido.

A escala de rankin é um instrumento onde avalia-se o nível de dependência funcional do paciente⁷, vai de 0 a 6, e quanto maior o escore, maior o grau dependência de cuidados. Vide tabela abaixo (anexo 3):

Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin modificada:

Grau	Descrição
0	Sem sintomas
1	Nenhuma deficiência significativa, a despeito de sintomas Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais
2	Leve deficiência Incapaz conduzir todas as atividades de antes, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência
3	Deficiência moderada Requer alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Deficiência moderadamente grave Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	Deficiência grave Confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito

Além da escala de RANKIN, o National Institute of Health Stroke Scale, conhecido como NIHSS também deve ser calculado. Esse escore indica avaliar déficits neurológicos que foi desencadeado devido ao AVC⁷, ou seja, sua gravidade. Vide tabela abaixo:

1A: Nível de Consciência
Alerta (0 ponto)
Sonolento, desperta com pequenos estímulos (1 ponto)
Estuporoso, desperta com estímulos fortes (repetido ou doloroso) (2 pontos)
Comatoso, apenas respostas reflexas motoras ou estereotipadas ou sem qualquer tipo de resposta (3 pontos)
1B – Orientação (pergunte mês e idade)

Ambas corretas (0 ponto)
Uma resposta correta (1 ponto)
Nenhuma resposta correta (2 pontos)
1C – Comandos (piscar os olhos e apertar mão)
Obedece às duas ordens (0 ponto)
Obedece a uma ordem (1 ponto)
Ambas incorretas (2 pontos)
2: Olhar (apenas avalie o olhar horizontal)
Normal (0 ponto)
Paralisia parcial do olhar conjugado (1 ponto)
Desvio forçado ou paralisia total do olhar conjugado (2 pontos)
3: Campos visuais
Sem déficit (0 ponto)
Hemianopsia (1 ponto)
Hemianopsia completa (2 pontos)
Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical) (3 pontos)
4: Paralisia Facial
Movimentos simétricos ou normal (0 pontos)
Paresia mínima (assimetria no rosto) (1 ponto)
Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total (2 pontos)
Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais) (3 pontos)
Força Muscular MSE (contar em voz alta e usar os dedos para mostrar ao paciente sua contagem)
Sem queda: mantém o braço a 90° (ou 45°) num período de 10 segundos (0 ponto)
Membro cai em < 10 segundos (1 ponto)
Vence gravidade (2 pontos)
Não vence gravidade (3 pontos)
Sem movimento (4 pontos)
Impossível avaliar (0 ponto)
Força Muscular MIE (contar em voz alta e usar os dedos para mostrar ao paciente sua contagem)
Sem queda. Mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos (0 ponto)
Membro cai em < 5 segundos (1 ponto)
Vence gravidade (2 pontos)
Não vence gravidade (3 pontos)
Sem movimento (4 pontos)
Impossível avaliar (0 ponto)
Força Muscular MID (contar em voz alta e usar os dedos para mostrar ao paciente sua contagem)
Sem queda. Mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos (0 ponto)
Membro cai em < 5 segundos (1 ponto)
Vence gravidade (2 pontos)
Não vence gravidade (3 pontos)
Sem movimento (4 pontos)
Impossível avaliar (0 ponto)

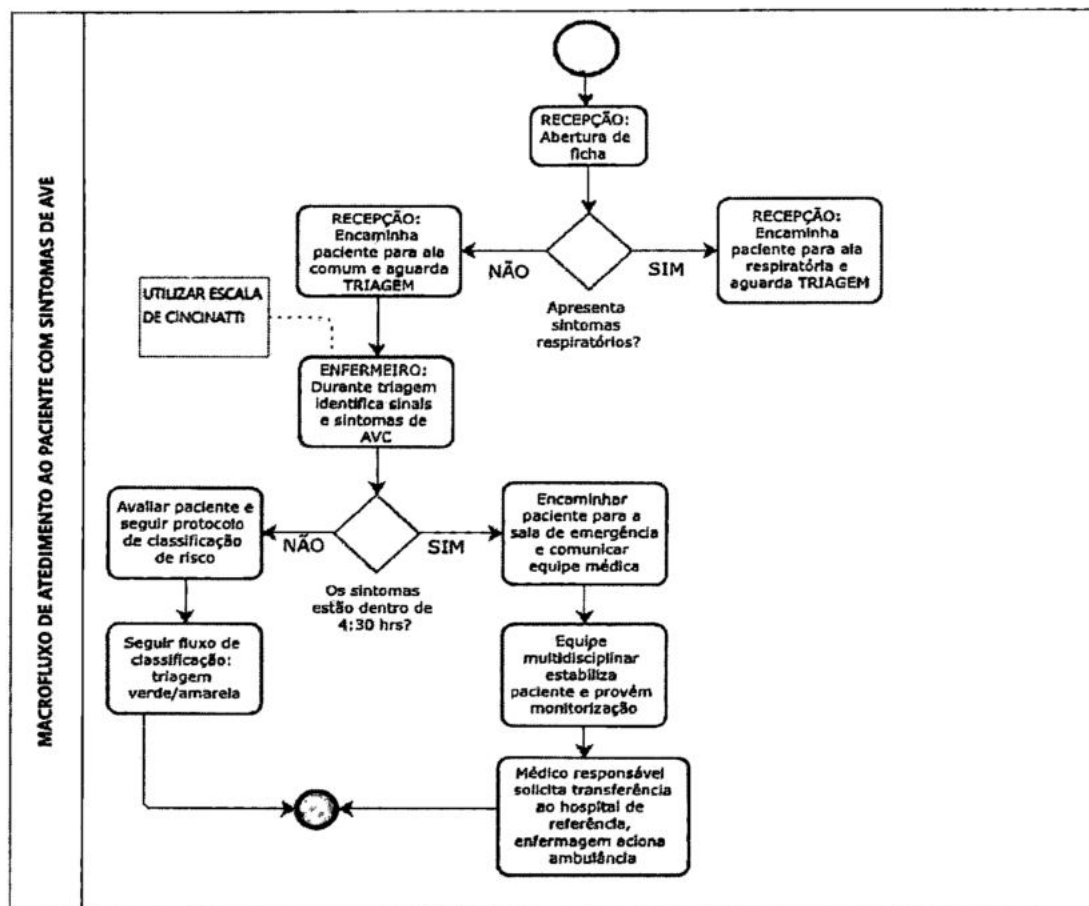


Ataxia de membros
Sem ataxia (0 ponto)
Em um membro (1 ponto)
Em dois membros (2 pontos)
8: Sensibilidade
Normal (0 ponto)
Déficit sutil (1 ponto)
Déficit evidente (2 pontos)
9: Linguagem (descreva a cena; fale palavras; leia frases)
Sem afasia (0 ponto)
Afasia leve e moderada (1 ponto)
Afasia grave (2 pontos)
Mutismo (3 pontos)
10: Disartria (leia palavras)
Articulação normal (0 ponto)
Disartria leve (1 ponto)
Palavras incompreensíveis (2 pontos)
Impossível avaliar (0 ponto)
11: Desatenção
Normal (0 ponto)
Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal (1 ponto)
Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade (2 pontos)

É obrigatório a realização do NIHSS e inserir seu resultado na solicitação de vaga. Ao pedir a vaga, o chefe de plantão deve também inserir a seguinte nota informativa: "Independente do resultado do NIHSS informo que este exame foi feito em uma unidade de atendimento primária a qual necessita de confirmação da equipe da neurologia e/ou neurocirurgia da referência terciária, ficando o critério de trombólise a depender dos exames de imagem e a tomada de conduta a depender da especialidade terciária."

Após realizar as 2 escalas citadas acima e identificar possível AVC isquêmico dentro do delta, o chefe de plantão deve pedir vaga para o hospital de referência através de contato telefônico e comunicar a equipe da sala de emergência sobre a transferência. O enfermeiro responsável pela sala no período deve solicitar a ambulância para transferência do paciente o mais rápido possível.

5.4 Fluxogramas



5.5 Critérios de Inclusão

Entrará para o fluxo assistencial de atendimento ao AVC os pacientes que apresentarem de início súbito:

- Dificuldade repentina para falar, apresentando falas entrecortadas;
- Fraqueza muscular súbita ou alteração sensitiva súbita unilaterais;
- Assimetria facial súbita unilateral ou bilateral;

Caso o profissional da saúde que estiver avaliando o paciente tenha dúvidas em relação aos sinais e/ou sintomas de AVC, poderá seguir a escala de CINCINATTI presente neste protocolo (anexo 1) e que estará disponível nas salas de triagem de enfermagem e consultórios médicos.

5.6 Critérios de Exclusão

Pacientes que não apresentem os sinais/sintomas citados nos critérios de

inclusão.

6. Observações Gerais

Em caso de dúvidas o médico deverá entrar em contato com a coordenação médica, para discussão do caso e definição de conduta.

7. Referências

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Stroke, cerebrovascular accident. Disponível em: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>. Acessado em 02/2023;

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Academia Brasileira de Neurologia. Disponível em: <https://avc.org.br/sobre-a-sbavc/numeros-do-avc-no-brasil-e-nomundo/Brasil>; Acessado em 02/2023;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. AVC, Acidente Vascular Encefálico, disponível em: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>. Acessado em 02/2023;

Sanar pós-graduação, Achados Clínicos de AVC, 2021. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/achados-clinicos-avc-posme>. Acessado em 02/2023;

Escala de Avaliação em AVC – Rankin, Ação AVC, 2021. Disponível em: <https://www.acaoavc.org.br/profissionais-de-saude/escalas-de-avaliacao-em-avc/escalas-de-avaliacao-em-avc-rankin>. Acessado em: 02/2023;

Johnston KC, Connors AF Jr, Wagner DP, et al. Predicting outcome in

ischemic stroke: external validation of predictive risk models.

8. Anexos

8.1 Escala de Cincinatti (Anexo 1)

Sanar pós-graduação, Achados Clínicos de AVC, 2021. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/achados-clinicos-avc-posme>.

Escala de AVC de Cincinatti

1) Dê um sorriso



☐ Normal

☐ Alterado

Alterado: existe uma paresia da face de um lado

2) Levante os Braços



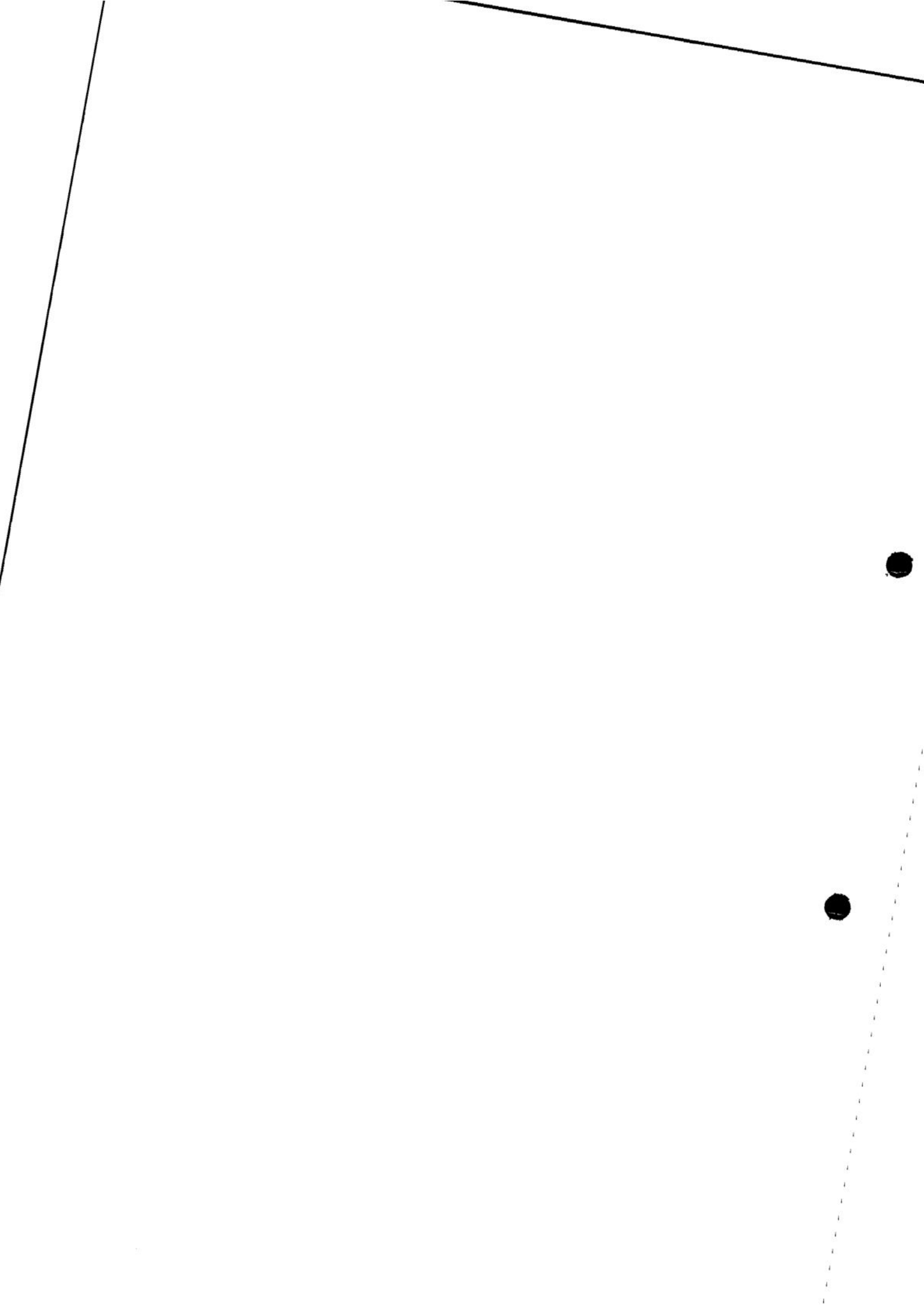
☐ Normal

☐ Alterado

Alterado: Existe queda de um braço

3) Fale a frase: "O Brasil é o país do futebol". ☐ Alterado: dificuldade para falar





8.3 Escala de Rankin (Anexo 3)

Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin modificada

Grau	Descrição
0	Sem sintomas
1	Nenhuma deficiência significativa, a despeito dos sintomas Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais
2	Leve deficiência Incapaz de conduzir todas as atividades de antes, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência
3	Deficiência moderada Requer alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Deficiência moderadamente grave Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	Deficiência grave Confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito

Elaborado	Revisado	Aprovado

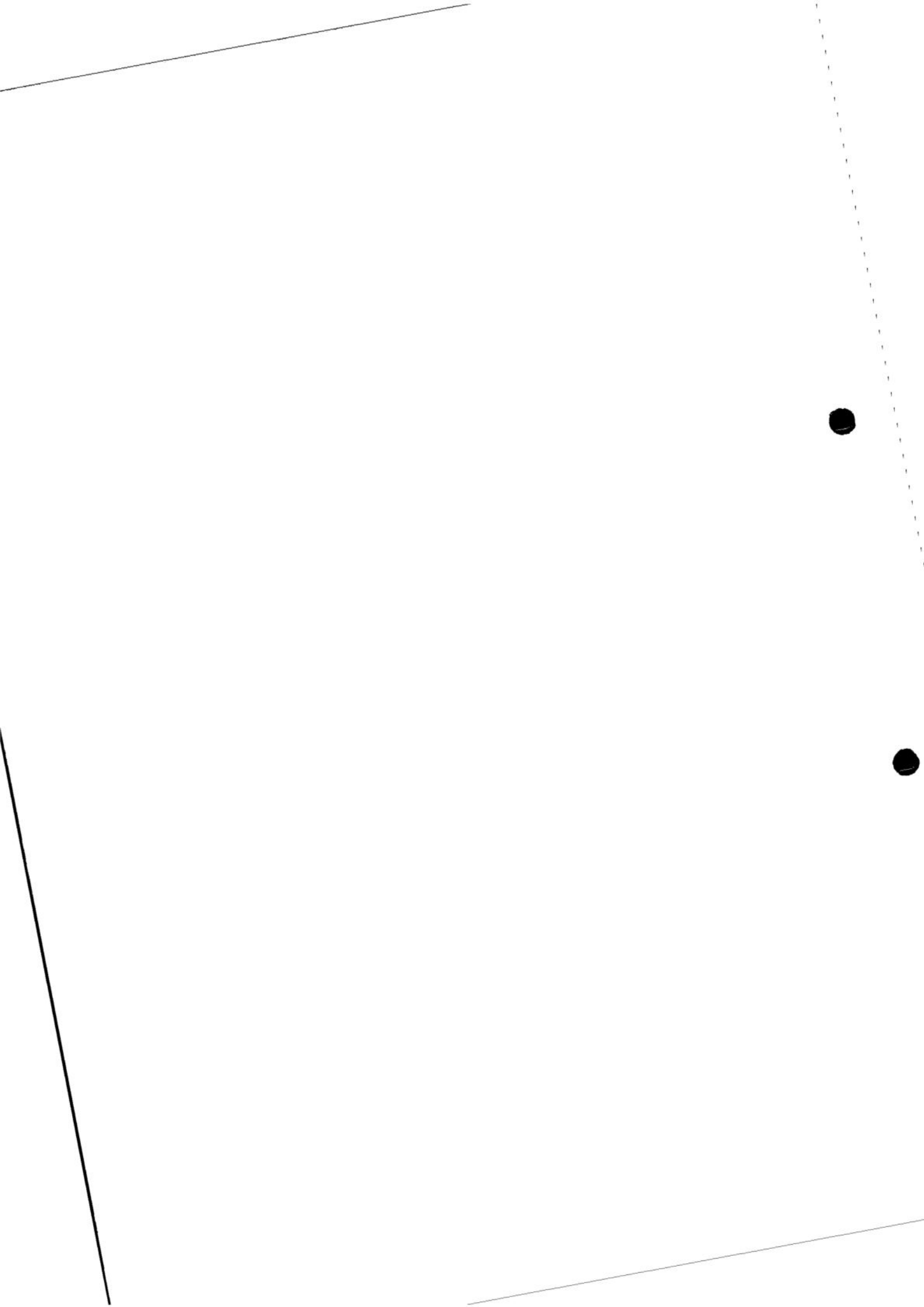
PROTOCOLO CRISES CONVULSIVAS NA EMERGÊNCIA



Sumário

1 Histórico de revisão:	3
2 Objetivo.....	4
3 Crises convulsivas atendidas na emergência.....	4
4 Executante	4
5 Classificação Clínica da Crise Convulsiva	4
6 Investigação Diagnóstica	5
7 Observações Gerais	6
8 Fluxograma manejo Crise convulsiva febril.....	7
9 Manejo das crises convulsivas com mais de 5 minutos de duração... 8	
10 Referências	10





2 Objetivo

O objetivo deste protocolo é padronizar um fluxo de atendimento ao paciente que apresente sinais e/ou sintomas de crises convulsivas, a fim de organizar a assistência e otimizar o tempo de atendimento.

3 Crises convulsivas atendidas na emergência

Crise convulsiva febril: é definida como uma crise associada à temperatura acima de 38°C em crianças entre 6 meses e 5 anos sem infecção do sistema nervoso central (SNC), sendo classificada em simples (generalizada, menos de 15 minutos, sem recorrência em 24 horas) ou complexa (focal, com duração de pelo menos 15 minutos e/ou recorrência em 24 horas, além de déficit neurológico focal).

Estado epiléptico febril: apresenta-se como crise febril generalizada ou parcial que evolui para generalizada por mais de 30 minutos. Está mais associada à história familiar de epilepsia e a anormalidades neurológicas.

Crise epiléptica após traumatismo cranioencefálico (TCE): aproximadamente 20 a 40% das crianças que sofrem TCE podem apresentar crise epiléptica

pós-traumática. É necessário solicitar tomografia computadorizada (TC) de crânio a fim de excluir lesões neurológicas.

Estado de mal epiléptico (EME): é o quadro convulsivo mais temido na emergência. Caracteriza-se por crises convulsivas contínuas por mais de 30 minutos ou duas ou mais convulsões de curta duração e sem recuperação da consciência entre elas, por mais de 30 minutos.

4 Executante

Enfermeiro da classificação, equipe médica.

5 Classificação Clínica da Crise Convulsiva

A crise epiléptica decorre de uma descarga neuronal aguda focal, acometendo determinada área cerebral, ou generalizada, quando envolve

os dois hemisférios cerebrais, podendo haver alterações sensitivas, motoras, autonômicas, com ou sem perda da consciência.

O estado de mal epilético pode ser considerado convulsivo, quando existem manifestações motoras, ou não convulsivo, quando a manifestação predominante é a alteração do nível de consciência ou de aspectos qualitativos da consciência. Pode ser classificado como generalizado ou focal.

A classificação clínica das crises convulsivas é importante para estabelecer a conduta terapêutica, bem como auxiliar na investigação etiológica

Quadro 1. Classificação clínica da crise convulsiva.*

Tônica	Contração muscular mantida com duração de segundos a minutos.
Clônica	Breves abalos musculares (contração e relaxamento) repetitivos.
Mioclônica	Contrações musculares de curta duração, semelhantes a choques.
Tônico-clônica	Fase inicial tônica com contração de todas as musculaturas do corpo, com apnéia e cianose, seguida pela fase clônica com abalos musculares generalizados. Há perda de consciência e pode haver relaxamento esfinteriano.

*Adaptada da referência 4.

6 Investigação Diagnóstica

A abordagem diagnóstica deve ser direcionada a partir de uma anamnese completa e dos exames clínico e neurológico realizados na chegada. A investigação deve ocorrer simultaneamente ao manejo terapêutico e, posteriormente, ser aprofundada após a estabilização clínica do paciente.³ Inicialmente poderão ser realizados exames laboratoriais como glicose, eletrólitos, gasometria, creatinina, nível sérico de medicação antiepilética, punção lombar, hemograma, plaquetas e exame qualitativo da urina. Após a estabilização do paciente, continua-se a abordagem diagnóstica com provas hepáticas, triagem toxicológica, eletroencefalograma (EEG) e exames de neuroimagem, como TC de crânio ou ressonância magnética de encéfalo. É importante ressaltar que cada caso deverá ser individualizado de acordo com o quadro clínico apresentado. A



forma mais comum de crise convulsiva é a apresentada em vigência de um quadro febril, e assim, não há necessidade de investigação extensa. Do mesmo modo, crianças com diagnóstico prévio de epilepsia e com uso de medicação anticonvulsivante normalmente dispensam investigação aprofundada. É de suma importância lembrar que a punção lombar só poderá ser realizada com o paciente já estabilizado e com os sinais vitais estáveis, sendo contraindicada quando houver suspeita de hipertensão intracraniana ou herniação cerebral, situações nas quais se faz necessária a realização prévia de TC de crânio.

7 Observações Gerais

As crises convulsivas febris são as mais comuns, afetando 2 a 5% das crianças na faixa etária de 6 meses a 5 anos. Na maior parte dos casos ocorre um único episódio de apresentação benigna. Na crise convulsiva febril simples não é necessário solicitar EEG, exame de neuroimagem, eletrólitos, cálcio, fósforo, magnésio, hemograma ou glicemia. Se a crise convulsiva febril se tornar recorrente ou prolongada, com duração maior que 5 minutos, é obrigatória a realização de investigação adicional para buscar a sua etiologia, iniciando o tratamento de forma semelhante às crises afebris

Punção lombar obrigatória:

Se houver sinais ou sintomas de meningite ou infecção do SNC.

Punção lombar opcional:

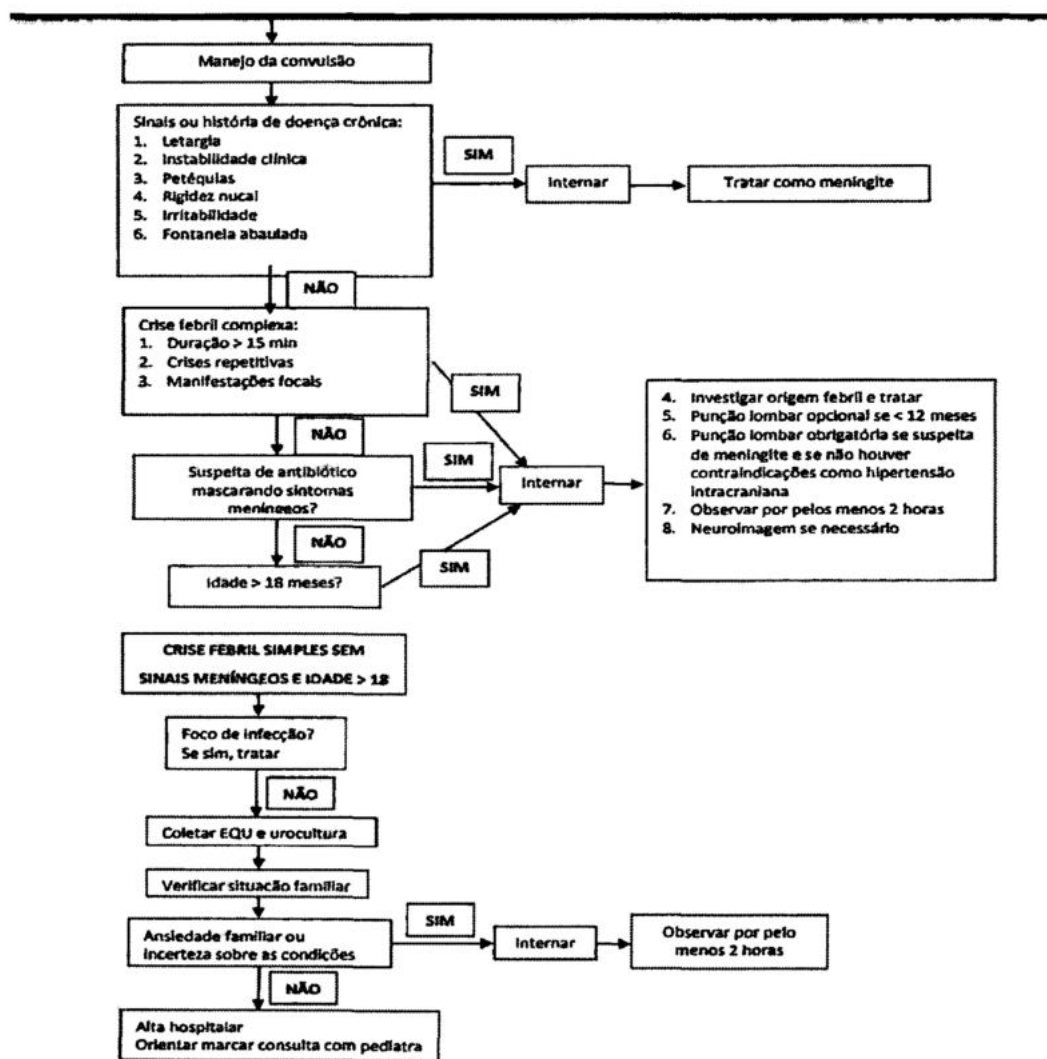
Em crianças entre 6 e 12 meses com imunização deficiente para *Haemophilus influenzae B* ou *Streptococcus pneumoniae* ou calendário vacinal desconhecido.

Se a criança foi previamente tratada com antibiótico, pois este pode mascarar os sinais e sintomas meníngeos (a decisão depende do antibiótico, da duração do tratamento e da clínica do paciente). Sempre que for realizada punção lombar, solicitar também hemocultura e glicemia. A

estabilização do paciente com crise convulsiva na emergência é uma prioridade. Faz parte da abordagem inicial atentar para a função cardiorrespiratória e para as possíveis complicações das crises ou da sua terapêutica, como hipotensão arterial, arritmias cardíacas e depressão respiratória. Dessa forma, é necessário verificar a permeabilidade das vias aéreas, aspirar e fornecer oxigênio por cateter nasal ou máscara, avaliando a necessidade de intubação. Posiciona-se o paciente de forma a evitar a aspiração e instala-se monitor cardíaco para avaliar arritmias. Verifica-se constantemente os sinais vitais e a saturação de oxigênio, além de conferir a glicemia capilar. O tratamento medicamentoso geralmente só é instituído após 5 a 10 minutos de atividade convulsiva.

Os benzodiazepínicos são os fármacos de primeira escolha para o controle das crises convulsivas com duração maior que 5 minutos, sendo midazolam, diazepam e lorazepam os mais utilizados. Tais medicamentos atuam na inibição neural mediada pelo ácido gama-aminobutírico (GABA) e têm ação rápida e meia vida curta. Após a estabilização inicial da crise, é necessário associar um segundo medicamento com meia vida mais longa. Caso a criança permaneça com crise, devem ser introduzidos medicamentos de terceira linha

8 Fluxograma manejo Crise convulsiva febril



9 Manejo das crises convulsivas com mais de 5 minutos de duração



Medidas iniciais:

Proteção da via aérea: oxigênio a 100% (cateter nasal ou máscara facial) e oximetria de pulso

Acesso periférico

Coleta de exames: hemograma, dosagem de glicose, eletrólitos, magnésio, fosfato, teste de função hepática e renal. Hemocultura ou urocultura se necessário.

Glicemia por teste capilar à beira do leito. Se hipoglicemia: soro glicosado 10% 2,5 ml/kg.

Se não for possível acesso periférico → glucagon 0,03 mg/kg IM ou via subcutânea (máximo de 1mg)

Persiste após 5 minutos?

Benzodiazepínicos (1ª linha)

Lorazepam* 0,1 mg/kg (máx. 5 mg) IV OU Diazepam 0,2 mg/kg IV (máx. 5 mg) por 1 minuto

Sem acesso venoso: Midazolam 0,2 mg/kg IM, nasal ou oral OU Diazepam via retal 0,2 a 0,5 mg/kg

* Lorazepam IV não disponível no Brasil

Persiste após 5 minutos?

Repetir a dose

Persiste após 5 minutos?

Fenitoína 25-30 mg/kg IV (até 50 mg/min ou menos) OU Fosfenitoína 25-30 mg EF*/kg IV (até 150 EF/min)

Cuidar: Infusão muito rápida de fenitoína pode causar arritmias cardíacas e hipotensão!

Pacientes em uso crônico de fenitoína: usar fenobarbital

* EF = Equivalente da fenitoína

Persiste após 60 minutos do início da crise?

Fenobarbital 20-30 mg/kg IV OU Levetiracetam 40 mg/kg IV (5mg/min)

OU

Ácido Valproico 40 mg/kg IV (5 mg/min)

Em UTIP:

1. Drogas de monitorização contínua:

Midazolam - dose de ataque 0,2 mg/kg IV (máx. 10 mg) em 2 min seguido por infusão de 0,1 mg/kg/h OU

Tiopental 1-3 mg/kg IV seguido por 3-5 mg/kg/h OU

Propofol 1mg/kg IV em 5 min, repetir; após, 2-10 mg/kg/h OU

Lidocaína 2-3 mg/kg IV; após, 4-10 mg/kg/h

2. Cuidados de suporte avançado de vida

3. Exames complementares se necessário (EEG, ressonância magnética de crânio, TC de crânio, punção lombar)

10 Referências

REFERÊNCIAS 1. Portela JL, Piva JP. Midazolam versus diazepam para tratamento de estado de mal epilético em emergência pediátrica. Sci Med. 2011;21(4):184-90 2. Subcommittee on Febrile Seizures; American Academy of Pediatrics. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. Pediatrics. 2011 Feb;127(2):389-94. 3. Piva JP, Garcia PC. Medicina Intensiva em pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2015. 4. Picon PX, Marostica PJ, Barros E. Pediatria consulta rápida. Porto Alegre: Artmed; 2010.

1. Fetveit A. Assessment of febrile seizure in children. Eur J Pediatr. 2008;167(1):17-27. 6. Stone CK, Humphries RL, Drigalla D, et al. CURRENT emergências pediátricas: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: AMGH; 2016.

Elaborado	Revisado	Aprovado

PROTOCOLO DE CRISE ASMÁTICA



Sumário

1	Histórico de revisão:	3
2	Objetivo	4
3	Introdução	4
4	Executante.....	4
5	Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (cid-10)	4
6	Diagnóstico	5
7	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	9
8	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	9
9	CASOS ESPECIAIS	9
10	TRATAMENTO	10
11	TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO	11
12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	11
13	MEDICAMENTOS CONTROLADORES	17
14	MEDICAMENTOS DE ALÍVIO	19
15	FÁRMACOS 20	
16	ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO.....	20
17	TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO.....	24
18	BENEFÍCIOS ESPERADOS.....	24
19	MONITORIZAÇÃO.....	25
20	EFEITOS ADVERSOS.....	25
21	REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR	28
22	TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER	28
23	Observações Gerais.....	28

Histórico de Revisão					
Implantação	1ª Revisão	2ª Revisão	3ª Revisão	4ª Revisão	5ª Revisão
XXXXX	-	-	-	-	-

[illegible]

2 Objetivo

O objetivo deste protocolo é padronizar um fluxo de atendimento ao paciente que apresente sinais e/ou crise asmática, a fim de organizar a assistência e otimizar o tempo de atendimento.

3 Introdução

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores. Clinicamente, caracteriza-se por aumento da responsividade das vias aéreas a variados estímulos, com consequente obstrução ao fluxo aéreo, de caráter recorrente e tipicamente reversível. No Brasil, estima-se a prevalência da asma em torno de 10%. Estudo realizado nas cidades de Recife, Salvador, Itabira, Uberlândia, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, concluiu que 13,3% das crianças na faixa etária de 6 a 7 anos e 13 a 14 anos eram asmáticas. Conforme dados do DATASUS, em 2008 a asma foi a 3ª causa de internação hospitalar pelo SUS, com cerca de 300 mil hospitalizações ao ano.

Apesar de serem apenas 5%-10% dos casos de asma, pacientes com asma grave apresentam maior morbimortalidade relativa, e são responsáveis por um consumo desproporcionalmente alto dos recursos de saúde em relação aos grupos de menor gravidade. Portadores de asma grave não controlada procuram 15 vezes mais as unidades de emergência médica e são hospitalizados 20 vezes mais que os asmáticos moderados.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

4 Executante

Enfermeiro da classificação, equipe médica.

5 Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (cid-10)

- J45.0 Asma predominantemente alérgica
- J45.1 Asma não alérgica
- J45.8 Asma mista

6 Diagnóstico

O diagnóstico de asma se dá mediante a identificação de critérios clínicos e funcionais, obtidos pela anamnese, exame físico e exames de função pulmonar (espirometria). Em crianças até os cinco anos o diagnóstico é eminentemente clínico, pela dificuldade de realização de provas funcionais. Outros diagnósticos devem ser adequadamente excluídos. A doença se caracteriza pelos seguintes achados clínicos:

À anamnese:

Sintomas recorrentes de obstrução das vias aéreas, como chiado no peito (sibilos), tosse, dificuldade para respirar, aperto no peito;

Estes sintomas podem:

- ocorrer/piorar à noite ou pela manhã ao despertar; ou
- ocorrerem ou piorarem com exercício, infecção respiratória, exposição a alérgenos/irritantes inalatórios (verificar o perfil ocupacional), mudanças climáticas, riso ou choro intensos, estresse, ciclo menstrual.

Ao exame físico:

Sinais de obstrução das vias aéreas, como sibilos expiratórios, hiperexpansão pulmonar e tiragem intercostal; Estes sinais podem ser:

- de rinite alérgica; ou
- de dermatite atópica/eczema.

O exame físico pode ser normal no período intercrises, o que não exclui o diagnóstico de asma.

À avaliação funcional/laboratorial:

Os exames de função pulmonar informam sobre a intensidade da limitação ao fluxo aéreo, sua reversibilidade e variabilidade. A espirometria é útil para diagnóstico, avaliação da gravidade, monitorização e avaliação da resposta ao tratamento. A espirometria deve ser utilizada a partir dos 5 anos. O volume expiratório forçado no

primeiro segundo (VEF1) pós-broncodilatador é o melhor parâmetro espirométrico para avaliar mudanças em longo prazo na função pulmonar, sendo um indicador de progressão da doença. A medida do pico de fluxo expiratório (PFE) serve para avaliar a variabilidade da obstrução; auxilia a monitorização clínica e a detecção precoce de crises, especialmente em pacientes com baixa percepção dos sintomas de obstrução. É também útil no diagnóstico de asma ocupacional.

- Espirometria (a partir dos 5 anos) demonstrando limitação ao fluxo aéreo de tipo obstrutivo, variável: VEF1/capacidade vital forçada (CVF) menor que 80%, com reversibilidade (resposta significativa ao broncodilatador), definida por aumento do VEF1 após inalação de beta-2 agonista de curta duração (400 mcg de salbutamol/fenoterol, após 15 a 30 minutos) de pelo menos:
 - 7% em relação ao valor previsto e pelo menos 200 mL em valor absoluto ou
 - 12% em relação ao seu valor pré-broncodilatador e pelo menos 200 mL em valor absoluto
- Teste de broncoprovocação positivo (acima de 5 anos): O teste para demonstração de hiperresponsividade brônquica pode ser usado no processo diagnóstico, havendo suspeita clínica (sintomas compatíveis) e espirometria normal; deve ser realizado em serviços especializados.

Em exacerbações ou na asma grave pode não haver reversibilidade. A espirometria pode ser normal no período intercrises na asma leve.

A avaliação funcional pulmonar completa, incluindo volumes e capacidades pulmonares, difusão pulmonar e curva fluxo-volume, deve ser realizada na presença de distúrbio ventilatório grave na espirometria, hipoxemia crônica ou ainda com manifestações clínicas desproporcionais ao grau de obstrução pela espirometria. Exames de função pulmonar devem ser realizados por profissionais devidamente capacitados.

O diagnóstico diferencial no adulto inclui doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), bronquite aguda, fibrose cística, bronquiectasias, pneumonia eosinofílica, insuficiência cardíaca, obstrução de vias aéreas por corpo estranho ou tumor, doença do pânico, disfunção de prega vocal e síndrome de Churg-Strauss, entre outras. Quanto à DPOC, é recomendada a diferenciação diagnóstica sempre que possível,



 Irmandade BOITUVA Desenvolvimento Social, Educação e Saúde	Implantação:	Última Revisão:
	Versão: 01	Próxima Versão:

CRISE ASMÁTICA

uma vez que diferenças fisiopatológicas, clínicas e prognósticas entre as doenças influenciam a escolha de medicamentos e o seu tratamento em longo prazo.

Para exclusão de outros diagnósticos conforme suspeita clínica pode ser indicado exame radiológico simples de tórax.

Fatores desencadeantes ou agravantes: Além dos critérios clínicos e funcionais, avaliação complementar deve ser conduzida para identificar fatores que influenciam a evolução, a tolerabilidade e resposta ao tratamento. Estes incluem comorbidades, exposições a alérgenos/irritantes respiratórios, uso de medicamentos ou drogas ilícitas, hábitos e estilo de vida, condições socioeconômicas, e situações especiais como gestação e extremos de idade. Especial atenção deve ser dada à ocorrência de rinossinusite, doença do refluxo gastroesofágico e polipose nasal. Rinite alérgica deve ser controlada, sendo o tratamento farmacológico mais eficaz para esta indicação os corticóides tópicos nasais. Intolerância ao ácido acetilsalicílico deve ser identificada. Aspergilose broncopulmonar alérgica deve ser considerada em pacientes com asma de difícil controle. A asma ocupacional deve ser pesquisada em adultos, devendo a anamnese incluir a história ocupacional do doente.

O status tabágico deve ser avaliado, pois o tabagismo ativo em asmáticos está associado a obstrução persistente de vias aéreas, perda acelerada de função pulmonar e redução na resposta aos corticosteroides. Aconselhamento anti-tabágico deve ser dirigido a todos os asmáticos. Deverão ser avaliados fatores de risco cardiovascular, bem como identificar e tratar obesidade. Sedentarismo deve ser combatido.

Em crianças abaixo de cinco anos, várias condições podem se apresentar com sintomas obstrutivos de vias aéreas, frequentemente de caráter intermitente e transitórios, sendo recomendado um cuidadoso processo de diagnóstico diferencial, a fim de se excluir outros diagnósticos como fibrose cística, malformações de vias aéreas, bronquiolite obliterante pós-infecciosa, aspiração de corpo estranho, entre outras. Nessa faixa etária o diagnóstico se faz basicamente por anamnese e exame físicos detalhados, considerando a presença de fatores de risco para a doença. A partir dos 5 anos provas de função pulmonar esforço-dependentes, essencialmente espirometria e pico de fluxo expiratório, passam a ter maior utilidade para diagnóstico

e monitorização clínica.

A avaliação da gravidade da asma é definida a partir de sintomas e dos achados de função pulmonar

(Quadro 1).

Quadro 1: Classificação da gravidade da asma

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	GRAVIDADE (*)			
	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas	2x/semana ou menos	Mais de 2x/semana, mas não diariamente.	Diários	Diários ou contínuos
Despertares noturnos	2x/semana ou menos	3-4x/mês	Mais de 1x/semana	Quase diários
Necessidade de agonista beta-2 adrenérgico para alívio	2x/semana ou menos	Menos de 2x/semana.	Diários	Diária
Limitação de atividades	Nenhuma	Presente nas exacerbações	Presente nas exacerbações	Contínua
Exacerbações	Igual 1/ano ou nenhuma/ano	Igual ou mais de 2/ano	Igual ou mais de 2/ano	Igual ou mais de 2/ano
VEF1 ou PFE	Igual ou maior que 80% previsto	Igual ou maior que 80% previsto	60%-80% previsto	Igual ou menor que 60% previsto
Variação VEF1 ou PFE	Menor que 20%	Menor que 20%-30%	Maior que 30%	Maior que 30%

(*) Classificar pelo critério de maior gravidade. Adaptado de: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, 2006.



7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com cinco ou mais anos de idade que apresentarem sinais, sintomas e achados de função pulmonar (espirometria ou teste de hiperresponsividade brônquica) compatíveis com o diagnóstico de asma, tendo sido excluídas outras causas de dispnéia, sibilância ou tosse recorrente. Exames de função pulmonar deverão ser exigidos a partir dos 5 anos.

A adaptação para crianças entre dois e cinco anos pode ser realizada conforme item específico. (Casos especiais: asma em pré-escolares.).

8 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo pacientes com pelo menos um dos seguintes critérios:

- Tabagismo atual, exceto para os impossibilitados de abandonar o vício por retardo mental ou doença psiquiátrica grave;
- Predomínio de doença pulmonar obstrutiva crônica;
- Hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos indicados nesse Protocolo.

9 CASOS ESPECIAIS

- Asma em pré-escolares (dois a cinco anos)

O fenótipo de sibilância associada a viroses tem caráter geralmente transitório, mas, em alguns casos, pode se comportar com a mesma gravidade da asma persistente. Crianças com sibilância frequente (ao menos quatro episódios no ano anterior), e pelo menos um fator de risco maior (pais com asma ou criança com dermatite atópica) ou dois menores (rinite alérgica, eosinofilia ou sibilância na ausência de infecções virais) são consideradas de maior risco para o desenvolvimento de asma. Em pré-escolares de alto risco conforme esses critérios, corticoesteroides inalatórios melhoram sintomas e reduzem exacerbações durante o tratamento, mas não há comprovação de que o uso regular nesta faixa etária previna o

desenvolvimento de asma no futuro. Sintomas agudos são tratados com broncodilatadores de curta ação. Os agonistas beta-2 adrenérgicos de longa ação (B2LA) não são recomendados no tratamento de asma em menores de 5 anos, por faltarem evidências conclusivas de eficácia e segurança. Especial atenção deve ser dada à técnica inalatória, verificando-se a indicação de uso de máscaras acopladas a espaçadores.

Asma ocupacional

A anamnese deve incluir questões sobre exposição a agentes químicos, físicos e poeira orgânica, a fim de identificar possíveis causas de asma ocupacional. O ambiente de trabalho pode desencadear ou agravar asma preexistente. Parecer de especialista em medicina do trabalho pode ser útil para melhor caracterização das exposições e definição de medidas visando a reduzir os riscos ocupacionais. Do ponto de vista do tratamento medicamentoso, corticosteróides inalatórios são também a primeira escolha no tratamento da asma persistente relacionada à ocupação.

Asma em gestantes

Em cerca de um terço das mulheres asmáticas ocorre piora dos sintomas de asma na gestação. O tratamento da asma na gravidez segue os mesmos princípios gerais, sendo os medicamentos convencionais (broncodilatadores beta-2 adrenérgicos e corticosteroides) considerados seguros. Os corticoesteróides inalatórios são a primeira escolha para o tratamento da asma persistente também em grávidas. Corticoesteroides sistêmicos devem ser evitados, principalmente no primeiro trimestre, por estarem associados a aumento do risco para malformações congênitas.

10 TRATAMENTO

O objetivo do tratamento da asma é a melhora da qualidade de vida, obtida pelo controle dos sintomas e melhora ou estabilização da função pulmonar. Isso pode ser atingido na maior parte dos casos, devendo o tratamento incluir, obrigatoriamente, medidas não farmacológicas (medidas educativas, controle de fatores desencadeantes/agravantes), indicadas em todos os casos, e farmacoterapia, conforme indicado.

 Irmandade BOITUVA Resposta à Saúde, Educação e Trabalho	Implantação:	Última Revisão:
	Versão: 01	Próxima Versão:

CRISE ASMÁTICA

11 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

A educação do paciente é parte fundamental da terapêutica da asma e deve integrar todas as fases do atendimento ambulatorial e hospitalar. Deve-se levar em conta aspectos culturais e abranger aspectos de conhecimento da doença, incluindo medidas para redução da exposição aos fatores desencadeantes, e adoção de plano de auto-cuidado baseado na identificação precoce dos sintomas.

Em todos os casos, recomenda-se a redução da exposição a fatores desencadeantes, incluindo alérgenos/irritantes respiratórios (tabagismo) e medicamentos. A cada consulta, o paciente deve receber orientações de auto-cuidado, plano escrito para exacerbações e ser agendado para reconsulta conforme a gravidade apresentada (quadros 2 e 3).

12 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Tratamento medicamentoso inicial

A base do tratamento medicamentoso da asma persistente, em consonância com o conhecimento atual da fisiopatologia, é o uso continuado de medicamentos com ação anti-inflamatória, também chamados controladores, sendo corticosteroides inalatórios os principais deles. Aos controladores se associam medicamentos de alívio, com efeito broncodilatador. A via inalatória é sempre preferida, para o que se faz necessário o treinamento dos pacientes quanto à utilização correta de dispositivos inalatórios. O ajuste da terapêutica deve visar o uso das menores doses necessárias para a obtenção do controle da doença, com isso reduzindo o potencial de efeitos adversos e os custos.

A conduta inicial do paciente sem tratamento adequado prévio considera a gravidade da doença (Quadro 1), definida a partir do perfil de sintomas atual, histórico clínico e avaliação funcional.

Na asma intermitente, o tratamento medicamentoso é direcionado para o alívio imediato dos eventuais sintomas decorrentes de obstrução, indicando-se broncodilatadores de curta ação (B2CA) para uso conforme necessidade.

m

Página 11

CLASSIFICAÇÃO INICIAL GRAVIDADE	CONDUTA DA FARMACOLÓGICA	CONDUTA NÃO FARMACOLÓGICA
INTERMITENTE	Agonista beta-2 adrenérgico de curta ação (B2CA) para alívio conforme necessidade.	Treinar técnica inalatória. Prescrever aerocâmaras conforme adequado; considerar espaçadores artesanais. Explicar sinais de alerta (sintomas de piora, aumento do uso de medicamento de alívio). Atenção para efeitos adversos; informar doses máximas diárias. Fornecer programa escrito de autocuidado/planopara crises. Monitorizar função pulmonar (*) Avaliar controle regularmente (mínimo a cada 6 meses).
PERSISTENTE		
Leve	Corticosteróide inalatório (CI) em dose média. Para alívio, B2CA conforme necessidade.	Todos acima. Reforçar necessidade de uso regular diário de medicamento controlador.
Moderada	CI em dose média a alta. Para alívio, B2CA conforme necessidade.	Todos acima Indicar acompanhamento com especialista (pneumologista)
Grave	CI em dose alta. Para alívio, B2CA conforme necessidade. Associar B2LA 1-2 x/dia.	Todos acima. Reavaliação médica em 3-4 semanas.

Exacerbação	Considerar curso de corticosteroide oral por cerca de 7 dias mais broncodilatadores de curta ação e fazer seguimento da terapêutica antiinflamatória com CI; B2LA não devem ser usados para tratar crises graves.	Avaliar a indicação de atendimento hospitalar. Iniciar medicamento controlador (CI) em dose alta logo que possível, reajustando conforme controle.
-------------	---	--

Na asma persistente, o tratamento medicamentoso volta-se para a supressão da inflamação. Para isso são usados medicamentos ditos "controladores", sendo os corticosteroides inalatórios melhor avaliados e com maior evidência de benefício para esse fim, tanto em adultos como em crianças. O uso regular de corticosteroide inalatório é eficaz para a redução de sintomas e exacerbações, bem como para melhora da função pulmonar. Os B2CA são indicados para sintomas agudos, conforme necessidade. Casos não adequadamente controlados com a terapêutica inicial podem necessitar de associações de medicamentos.

Nas exacerbações moderadas ou graves, além de B2CA e corticosteroides inalatórios recomenda-se curso de corticoterapia oral para a obtenção do estado de controle, e seguimento da terapêutica antiinflamatória com corticosteroide inalatório. Indicação de atendimento hospitalar é feita com base na avaliação de gravidade e perfil de risco.

Quadro 2: Tratamento da asma - Conduta inicial em adultos e adolescentes sem tratamento regular prévio adequado para a gravidade

(*) Espirometria no mínimo anualmente, a partir dos 5 anos.

Tratamento de manutenção

A classificação de gravidade avaliada em uma consulta inicial pode ser modificada durante o acompanhamento, após a introdução de medidas terapêuticas. O conceito de controle leva em conta a evolução clínica e tratamento necessário para remissão e estabilização dos sinais e sintomas.

- Não há sintomas diários (ou dois ou menos/semana).
- Não há limitações para atividades diárias (inclusive exercícios)
- Não há sintomas noturnos ou despertares decorrentes de asma.
- Não há necessidade de uso de medicamentos de alívio.
- A função pulmonar (VEF1) é normal ou quase normal.
- Não ocorrem exacerbações.

O controle é avaliado a cada retorno do paciente. Na ausência de controle, deve-se considerar má adesão, inadequação da técnica inalatória, presença de fatores agravantes, falta de percepção/ atenção a sintomas, ou mesmo diagnóstico equivocado. A má adesão foi apontada em estudo brasileiro como o principal fator contribuinte para a falta de controle em asmáticos graves, estando presente em 68% dos casos não controlados. A percepção de sintomas pelo paciente deve ser avaliada e discutida, pois tem efeito na adesão e na implementação de planos de auto-cuidado. Também a técnica de uso de dispositivos inalatórios e a devida utilização de aerocâmaras ou espaçadores devem ser revistas a cada retorno, pois são essenciais para o sucesso terapêutico.

Após a análise de causas da falta do controle, julgando-se adequado proceder ao incremento da terapêutica, deve-se fazê-lo considerando as recomendações no Quadro 3.

Quadro 3: Tratamento de Manutenção baseado no grau de controle (*)

VALIAÇÃO DO CONTROLE	CONDUTA FARMACOLÓGICA	MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS
Asma controlada	Manter tratamento; Considerar redução gradual após a estabilização clínica e funcional por pelo menos 3-6 meses (mínimo 6 meses de controle se asma moderada ou grave), iniciando-se pelos últimos medicamentos introduzidos: - se corticosteróide inalatório (CI) associado com agonista beta-2 adrenérgico de longa ação (B2LA), reduzir a dose deste, se possível até passar para CI isolado (a); - se CI em dose elevada reduzir para dose média.	Reforçar aspectos de educação em asma. Reavaliar controle em 6 meses, ou em 3 meses se realizada redução de dose ou retirada (b). Monitorizar função pulmonar anualmente (b).
Parcialmente controlada ou não controlada	Excluídos fatores de descompensação potencialmente tratáveis com medidas específicas isoladas (má adesão/ má técnica inalatória, iatrogenia, exposição a fatores desencadeantes, etc.), aumentar medicamentos controladores da seguinte forma: Se CI isolado prévio: considerar aumento isolado de dose até faixa média-alta, especialmente em crianças até 5 anos (d), ou adicionar B2LA 1-2 vezes/dia; Se CI com B2LA em uso regular, as seguintes opções são recomendadas, podendo ser empregadas de forma isolada ou em associação: - aumento da dose de CI, levando em conta dose máxima diária; - utilizar B2LA também para alívio (f);	Revisar adesão, técnica inalatória, e tolerância ao tratamento (c). Identificar e tratar fatores desencadeantes ou agravantes. Antes de cada modificação terapêutica, avaliar qualidade de vida e relação risco- benefício. Excluir outros diagnósticos. Monitorizar função pulmonar (e). Monitorizar efeitos adversos (g). Considerar acompanhamento psicológico e fisioterapia

	corticoterapia oral em dose mínima efetiva.	respiratória. Reavaliar controle em 4-6 semanas. Na falta de controle durante 6 meses com terapêutica otimizada: encaminhar para especialista (pneumologista; se sinais e sintomas alérgicos não controlados, considerar também o alergologista).
Exacerbação	Conduas apropriadas para a ocorrência: corticoterapia oral e broncodilatador de curta ação. Considerar como asma não controlada.	Avaliar necessidade de atendimento hospitalar. Manter corticoterapia inalatória sempre que possível. Agendar reavaliação conforme gravidade da exacerbação.

(*) Adaptado de: Global Initiative for Asthma 2008. (1)

- (a) Cautela: suspensão do B2LA pode se associar a deterioração e perda do controle. (27)
- (b) Espirometria no mínimo anualmente a partir dos 5 anos.
- (c) A adaptação do paciente ao dispositivo inalatório também é determinante para a adesão e efetividade terapêutica.
- (d) Ver item Casos especiais – Asma em pré-escolares.

(e) Além de espirometria, considerar também medir pico de fluxo expiratório matinal na asma grave.

(f) B2LA para alívio (adultos): não ultrapassar 48 mcg/dia.

(g) Avaliação oftalmológica, da glicemia e para osteoporose em caso de uso de corticoterapia sistêmica prolongada; em crianças: monitorizar o crescimento.

Após cada modificação do esquema na asma parcialmente controlada ou não controlada, o controle obtido deve ser reavaliado em 4-6 semanas, ou a cada 6 meses, na asma controlada. A cada etapa, reavaliar o tipo, as doses, a eficácia, a tolerabilidade e a adesão aos medicamentos prescritos anteriormente.

Uma vez obtido o controle da asma por mais de três meses (ou seis meses, em casos graves), procede-se à redução lenta e gradual de doses e medicamentos (reduzir broncodilatadores, por último a dose de corticoesteróide inalatório - CI), mantendo-se o tratamento mínimo necessário para o controle. Caso se opte por redução de doses/medicamentos o controle da asma deve ser reavaliado no mínimo a cada três meses.

Pacientes com falta de controle após seis meses de terapêutica otimizada, ou com comorbidades que repercutem na evolução clínica ou resposta ao tratamento, ou ainda com efeitos adversos que dificultam o seguimento do tratamento conforme preconizado neste Protocolo, devem ser direcionados para serviço especializado no tratamento de asma.

A seguir serão descritas as características dos medicamentos controladores e de alívio.

13 MEDICAMENTOS CONTROLADORES

Corticosteroides inalatórios (CI)

Os corticosteroides inalatórios (CI) são os mais eficazes anti-inflamatórios para tratar asma crônica sintomática, em adultos e crianças. Várias revisões sistemáticas com meta-análises têm avaliado sua eficácia comparativamente com antileucotrienos na asma crônica em adultos e crianças, e os resultados têm apontado para superioridade dos CI tanto em melhora da função pulmonar e da qualidade de vida,

como na redução de sintomas e de exacerbações.

O benefício dos CI na asma é considerado um efeito de classe, e diferenças na potência individual de cada fármaco não necessariamente se traduz em maior eficácia clínica. A curva de dose resposta dos CI na asma apresenta um platô, acima do que incrementos na dose não se refletem em melhora clínica ou funcional. Tal platô não ocorre para efeitos adversos sistêmicos. O índice terapêutico começa a declinar a partir de um limiar de doses equivalente a 400 mcg/dia de budesonida em crianças e 800-1.000 mcg/dia de budesonida ou beclometasona em adultos. A deposição pulmonar dos corticosteroides é influenciada pelo dispositivo inalatório utilizado, pela técnica inalatória, pelo tipo de propelente (no caso dos aerossóis) e pelo tipo de corticosteróide. Pacientes com asma grave podem ter menor deposição pulmonar decorrente de obstrução de vias aéreas inferiores. Essa deposição é o principal determinante da biodisponibilidade sistêmica do fármaco, pois a absorção diretamente a partir do tecido pulmonar não sofre metabolismo hepático de primeira passagem.

A ciclesonida apresenta maior custo e não demonstrou benefício clinicamente significativo em termos de eficácia e segurança em relação às alternativas anteriormente disponíveis, sendo o principal benefício a redução de efeitos adversos locais. No entanto, não dispensa uso de espaçadores.

Corticosteroides sistêmicos (CS)

Ao contrário dos casos de asma leve, pacientes com asma grave frequentemente necessitam de cursos de corticoterapia sistêmica e, em muitos casos, a adição de corticoesteroide oral se faz necessária para obtenção do melhor estado de controle. Corticosteroides por via oral, usados por curto período, podem também ser efetivos no tratamento de crises de rinite alérgica com intenso bloqueio nasal. Os corticosteroides sistêmicos mais usados são prednisona e prednisolona, os quais apresentam meia-vida intermediária e menor potencial para efeitos adversos.

Agonistas beta-2 adrenérgicos de longa ação (B2LA)

Salmeterol e formoterol são agonistas dos receptores beta-2 adrenérgicos, cujo efeito broncodilatador persiste por até 12 horas. O início de ação do formoterol se dá

em menos de 5 minutos, enquanto o salmeterol demora cerca de 20 minutos para agir, de forma que este não é indicado para alívio rápido de sintomas. O salmeterol é o mais seletivo de todos os agonistas beta-2, dado ser o menos potente na estimulação dos receptores beta-1 cardíacos, no entanto ambos são considerados semelhantes do ponto de vista de segurança no tratamento da asma.

O maior volume de evidências em relação ao benefício dos B2LA na asma se origina de estudos avaliando seu desempenho como terapêutica de adição em pacientes ambulatoriais, clinicamente estáveis, sem controle sintomático adequado com a terapêutica anterior (principalmente corticosteróide inalatório em dose baixa a média). Em adultos, a adição de B2LA como segundo medicamento controlador (segunda linha) produz melhora mais rápida na função pulmonar em pacientes com asma moderada não adequadamente controlada com doses baixas ou médias de CI do que duplicar a dose deste. Já em crianças com asma não controlada com corticoide inalatório em doses baixas, a duplicação da dose do CI deve ser considerada inicialmente, especialmente em menores de 5 anos, faixa etária em que os B2LA são pouco estudados.

Em adultos, o formoterol mostrou-se efetivo no tratamento de manutenção de asma persistente em esquema de doses fixas mais uso se necessário (alívio de dispneia) em associação com corticoide inalatório.

Em asmáticos não controlados com corticoesteroide inalatório, a adição de um B2LA mostrou-se mais eficaz do que a adição de inibidor de leucotrieno.

Estudos recentes apontam para maior risco de óbito em utilizadores de B2LA na asma, sendo que agências internacionais de farmacovigilância têm lançado repetidos alertas sobre o risco de aumento de gravidade das crises em pacientes tratados com B2LA, especialmente naqueles sem corticoterapia inalatória associada. Isso reforça a importância da indicação judiciosa do medicamento.

Broncodilatadores anticolinérgicos não são recomendados no tratamento da asma, pois estudos não têm demonstrado superioridade em termos de eficácia e segurança em relação aos agentes já disponíveis.

14 MEDICAMENTOS DE ALÍVIO

Agonistas beta-2 adrenérgicos de curta ação (B2CA)

Os beta-2 adrenérgicos de ação curta são os fármacos de escolha para a reversão de broncoespasmo em crises de asma em adultos e crianças. Quando administrados por aerossol ou nebulização, levam a broncodilatação de início rápido, em 1-5 minutos, e o efeito terapêutico dura de 2-6 horas. O uso de inaladores dosimétricos exige técnica inalatória adequada, que depende de coordenação da respiração com o disparo e prevê período de apnéia de 10 segundos após a inalação. Dificuldades na execução da técnica são muito comuns; no entanto podem ser sobrepujadas em praticamente todos os casos, acoplando-se ao dispositivo uma aerocâmara de grande volume (crianças entre 2-12 anos de 150-250 mL; adolescentes 250-500 mL; adultos 500 – 750 mL;), permitindo inalação em volume corrente, isto é, sem necessitar esforço ventilatório.

15 FÁRMACOS

Beclometasona: cápsula inalante ou pó inalante de 200 mcg e 400 mcg e aerossol ou spray de 50 mcg e 250 mcg

Budesonida: cápsula inalante de 200 mcg e 400 mcg e pó inalante ou aerossol bucal de 200 mcg

Fenoterol: aerossol de 100 mcg

Formoterol: cápsula ou pó inalante de 12 mcg

Formoterol+budesonida: cápsula ou pó inalante de 12 mcg/400 mcg e de 6 mcg/200 mcg

Salbutamol: aerossol de 100 mcg e solução inalante de 5 mg/mL

Salmeterol: aerossol bucal ou pó inalante de 50 mcg

Prednisona: comprimidos de 5 mg e de 20 mg

Prednisolona: solução oral de 1 mg/mL e 3 mg/mL

16 ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO



A) MEDICAMENTOS CONTROLADORES

Corticosteroides inalatórios (CI)

Faixas de doses por fármaco estão no Quadro 4. Na maioria dos casos, doses baixas a médias em esquema de administração única diária são suficientes para obtenção e manutenção do controle. No tratamento inicial da asma persistente leve a moderada, doses médias a altas devem ser empregadas, podendo a budesonida ser administrada em dose única diária na asma leve. No tratamento inicial da asma persistente grave, especialmente se há evidência de intensa responsividade brônquica, recomenda-se o uso de doses médias a altas de corticoesteróide inalatório, sendo em adultos o equivalente ou superior a 800 -1.200 mcg/dia de budesonida e, em menores de 12 anos, a metade disso. Todos devem ser usados ao menos duas vezes ao dia na asma moderada e grave. Estudos avaliando a administração intermitente de CI, isto é, durante exacerbações, mostram menor efeito deletério do CI intermitente no crescimento, entretanto o uso diário regular se associa a maior benefício em desfechos clínicos e funcionais; dessa forma, o uso intermitente de CI na asma persistente não pode ser recomendado de rotina, devendo ser considerada a relação risco-benefício deste esquema.

Recomenda-se a administração de CI em aerossol dosimétrico com espaçador, a fim de reduzir deposição oral e otimizar a inalação de partículas de tamanho adequado. Em pacientes com obstrução moderada a grave, pode ser útil administrar um broncodilatador de rápido início de ação 5-10 minutos antes de usar o corticoesteróide inalatório. Titulação para a menor dose efetiva deve ser realizada após atingido o estado de controle e obtida estabilização por 3-6 meses. Geralmente, são necessárias quatro semanas de uso contínuo para que se alcance o melhor efeito com determinada dose de corticoesteróide inalatório.

Quadro 4 - Doses Diárias Equipotentes de Glicocorticosteroides Inalatórios(a)

CRISE ASMÁTICA

FÁRMACO	DOSE DIÁRIA (em mcg)	MÍNIMA DOSE DIÁRIA (em mcg)	MÉDIA DOSE DIÁRIA (em mcg)	DOSE MÁXIMA DIÁRIA (em mcg) (b)
Beclometason a	200 – 500	Maior de 500 – 1.000	Maior de 1.000 – 2.000	
Budesonida (*)	200 – 400	Maior de 400 – 800	Maior de 800 – 1.600	

(a) Comparações baseadas em dados de eficácia.

(b) Pacientes considerados para receber altas doses diárias, exceto para períodos curtos, devem ser encaminhados a pneumologista para avaliação de combinações alternativas de controle. Doses máximas estão associadas com o aumento do risco de efeitos adversos sistêmicos quando em uso prolongado.

(*) Em casos de asma leve, pode ser usada em dose única diária.

Adaptado de: Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2009. (61)

Corticosteroides sistêmicos (CS)

Para tratamento de crises, a dose de prednisona a ser usada em adultos é de 40-60 mg/dia; para crianças recomenda-se 1-2 mg/Kg/dia de prednisolona. Quando indicado para crises, o corticóide deve ser iniciado prontamente, podendo a dose diária ser dividida em duas a três tomadas. Corticosteroides orais, quando em uso prolongado, devem ser tomados preferencialmente pela manhã. Crianças com 40 Kg ou mais seguem a mesma posologia do adulto. Não há necessidade de redução escalonada no uso por até 7 dias.

Agonistas beta-2 adrenérgicos de longa ação (B2LA)

O salmeterol está disponível em apresentação isolada em spray e pó inalante. O formoterol está disponível como pó inalante isolado ou em associação à budesonida. A dose padrão de salmeterol para tratamento de manutenção em crianças e adultos é 50 mcg por via inalatória duas vezes ao dia (máximo 100 mcg/dia em crianças e adolescentes, e máximo 200 mcg/dia em adultos). A dose do formoterol é 12 mcg duas vezes ao dia em adultos (máximo 48 mcg/dia) e 6-12 mcg duas vezes ao dia para crianças e adolescentes (máximo 24 mcg). Formoterol tem início de ação

 Irmandade BOITUVA Desenvolvimento Social, Educação e Saúde	Implantação:	Última Revisão:
	Versão: 01	Próxima Versão:

CRISE ASMÁTICA

semelhante ao de B2CA, e pode ser usado em adultos para alívio de sintomas, na dose de 6-12 mcg por vez, isolado ou em combinação com corticóide inalatório, observando-se a dose máxima diária. Estudos que avaliaram o benefício de esquemas com inalador único (corticosteroide + formoterol) para esquema de manutenção e alívio de sintomas foram realizados em adultos e empregaram esquemas com baixas doses de formoterol (formoterol 4, 5 ou 6 mcg + budesonida 200 mcg por inalação). Nesses estudos geralmente foi usada uma inalação duas vezes ao dia, e uma inalação quando necessário, limitando-se a 8 inalações/dia). O uso frequente (mais de duas vezes/semana) do B2LA para alívio deve chamar a atenção para falta de controle, e nessa situação a possibilidade de doses insuficientes de medicamento controlador fixo (CI) deve ser considerado.

Não se recomenda o tratamento contínuo da asma persistente somente com B2LA, isto é, sem corticoterapia inalatória regular associada.

B) MEDICAMENTOS DE ALÍVIO

Agonistas beta-2 adrenérgicos de curta ação (B2CA): salbutamol e fenoterol

Alívio de broncoespasmo agudo: salbutamol ou fenoterol 100-200 mcg (1-2 jatos), a cada 20min, uma ou duas doses. Prevenção de broncoespasmo no exercício (adultos) ou exposição inevitável a alérgeno: salbutamol ou fenoterol 200 mcg antes da exposição. Em exacerbações de moderadas a graves, recomendam-se 4 jatos (400 mcg; aerossol dosimétrico com aerocâmara) de salbutamol (ou equivalente) a cada 10 minutos, ou 8 jatos a cada 20 minutos, por até 4 horas; após, a cada uma a 4 horas conforme necessário. Alternativamente, nebulização (usar soro fisiológico): com 2,5 mg a 5 mg a cada 20 minutos por 3 doses, então 2,5 a 10 mg a cada uma a 4 horas, conforme evolução. Em crianças, 22,5-30 mcg/kg (até 9 jatos por dose, aerossol com aerocâmara) ou 0,15 mg/Kg (máximo 5 mg) por nebulização, a cada 20 minutos, depois conforme reavaliação clínica. Esquemas de tratamento de crises moderadas a graves devem ser usados sob supervisão médica.

Dispositivos inalatórios

Medicamentos inalatórios para o tratamento da asma estão disponíveis no mercado em várias apresentações, incluindo soluções para nebulização

2

(corticosteróides e broncodilatadores de curta ação) e dispositivos dosimétricos. Estes incluem os aerossóis pressurizados e os inaladores de pó seco, e são considerados de escolha no tratamento da asma, dadas as vantagens sobre a nebulização no que se refere ao potencial para efeitos adversos, facilidade de higienização e portabilidade, entre outros. A escolha do inalador deve levar em conta a idade e a adaptação do paciente e também os custos

Os aerossóis pressurizados (sprays) são os inaladores dosimétricos mais usados. Contêm na sua formulação um propelente, o HFA, conforme resoluções do Protocolo de Montreal para redução de danos à camada de ozônio. Algumas formulações com HFA (solução) ocasionam aumento da deposição pulmonar do fármaco, sendo necessária a redução de dose na mudança de dispositivo. A utilização de inaladores HFA não descarta a necessidade de espaçadores, especialmente quando são usadas doses médias e altas de corticosteróides. Inaladores de pó são acionados pela inspiração. Não são recomendados para crianças menores de 6 anos, nem para casos com sinais de insuficiência ventilatória aguda grave, pois exigem fluxo inspiratório mínimo (geralmente acima de 60 L/min) para disparo do mecanismo e desagregação das partículas do fármaco. Proporcionam semelhante deposição pulmonar em relação aos aerossóis dosimétricos, quando estes são usados com aerocâmara, de forma que uma equivalência de dose 1:1 pode ser utilizada na mudança de dispositivo, preservado o mesmo fármaco.

Se por um lado pode favorecer a adesão, por outro lado a adoção de dispositivo único associando corticosteroide e broncodilatador de longa ação tem a desvantagem de dificultar a titulação de dose de cada componente isoladamente.

17 TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

A duração do tratamento da asma é imprevisível. Recomenda-se o ajuste do medicamento preventivo para dose mínima efetiva conforme o estado de controle e os resultados de provas da função pulmonar (para maiores de 5 anos).

18 BENEFÍCIOS ESPERADOS

Controle dos sintomas, melhora da qualidade de vida, normalização ou estabilização da função pulmonar, redução do absenteísmo escolar e ao trabalho e redução da utilização de serviços de saúde.

19 MONITORIZAÇÃO

O máximo efeito terapêutico da corticoterapia inalatória ocorre após 4-6 semanas de uso regular. Pacientes com asma devem ser reavaliados a cada 1-6 meses, conforme o estado de controle. A cada retorno do paciente, deve-se avaliar a adesão e a tolerância ao tratamento, a ocorrência de sintomas e a função pulmonar.

Recomenda-se a realização de espirometria a cada ano, para se avaliar a manutenção da função pulmonar; porém, asmáticos graves necessitam de avaliações de função pulmonar mais frequentes, pelo menos semestralmente. O aumento do uso de medicamentos de alívio e a necessidade de cursos repetidos ou contínuos de corticoterapia oral indicam a deterioração do controle da asma, de modo que tais situações devem ser identificadas nas consultas de acompanhamento.

Aspectos de educação sobre a asma e habilidades de auto-cuidado devem ser reforçadas a cada oportunidade. Asmáticos graves e aqueles com dificuldade de controle da doença devem ter acompanhamento por especialista (pneumologista de adultos ou pediátrico).

20 EFEITOS ADVERSOS

Corticoesteroides inalatórios

Os efeitos adversos locais da corticoterapia inalatória são relacionados às doses, duração do uso e tipo de dispositivo inalatório. O Quadro 5 apresenta os principais efeitos adversos e as respectivas medidas preventivas.

Quadro 5 - Efeitos Adversos Locais de Corticosteroides Inalatórios

EFEITO	PREVENÇÃO E CUIDADO	OBSERVAÇÕES
--------	---------------------	-------------

ADVERSO		
Candidíase oral	Usar aerocâmara; lavar a boca.	Placas esbranquiçadas dolorosas.
Rouquidão	Revisar a dose, usar inaladores de pó.	Decorrente de miopatia dos músculos da laringe; dependente de dose; não prevenível por espaçador.
Tosse	Usar aerocâmara; considerar inalador de pó.	Mais freqüente com aerossol dosimétrico (propelente) ou inaladores com excipiente lactose. Avaliar broncoespasmo.
Efeito <i>freon</i>	Usar aerocâmara, inalador de pó.	Relacionado ao propelente.
Irritação na garganta	Usar aerocâmara, considerar dispositivo de pó.	Avaliar possibilidade de candidíase.

O risco de efeitos adversos sistêmicos (supressão do eixo hipófise-supra-renal, hiperglicemia, estrias, púrpura, acne, catarata, hipertensão arterial sistêmica, retardo de crescimento em crianças) aumenta com a dose e o tempo de uso. Os dados disponíveis sugerem que doses menores de 400 mcg/dia, em crianças, e de 800 mcg/dia de budesonida, em adultos, são consideradas seguras ou de pouco risco para supressão do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal. Em mulheres pós-menopáusicas, especialmente se usadas doses maiores que o equivalente a 800 mcg/dia de budesonida, considerar medidas farmacológicas para prevenção de osteoporose (ver protocolo do Ministério da Saúde). Há evidências que, apesar de redução transitória na velocidade de crescimento, a altura final de crianças asmáticas tratadas por longos períodos com corticoesteróide inalatório não é comprometida.

Corticosteróides sistêmicos

Efeitos adversos são proporcionais à dose e ao tempo de uso, e incluem hipertensão, hiperglicemia, ganho de peso, púrpura, alterações do estado mental, depressão, miopatia, supressão adrenal, osteoporose, estrias, fragilidade capilar, telangiectasias, acne, leucocitose, glaucoma, catarata subcapsular, tuberculose e

estrongiloidíase sistêmica. Suspensão abrupta após uso prolongado (mais que três semanas) de doses superiores às fisiológicas (cerca de 7,5 mg de prednisolona ou equivalente) pode levar a insuficiência adrenal, caracterizada por fraqueza, hipocalemia, hipotensão, dor abdominal, e risco de morte. Se indicada corticoterapia oral crônica, avaliar sequelas radiológicas de tuberculose e risco de reativação.

Em tratamentos de até três semanas, com doses de até 40 mg/dia (adultos), a suspensão abrupta acarreta baixo risco de insuficiência adrenal, mas pacientes que recebem cursos repetidos de corticosteroides devem ser adequadamente avaliados quanto ao esquema de suspensão. Se a duração for superior a três semanas, a redução deve ser gradual até dose equivalente a 7,5 mg/dia de prednisolona. A partir daí, a redução de dose deve ser mais lenta a fim de permitir a recuperação da função adrenal. Em situações de doença aguda ou trauma graves, consideradas de risco para o desenvolvimento do quadro, recomenda-se a administração de dose de estresse de corticosteroides.

Pacientes com uso crônico devem ser avaliados periodicamente para o risco de osteoporose, conforme protocolo específico, do Ministério da Saúde

Broncodilatadores de curta ação

Os efeitos mais comuns são tremores, cefaleia e taquicardia. Os mais incomuns incluem palpitações, câimbras, irritação na boca e garganta. Um efeito raro é a hipocalemia. Os muito raros incluem arritmias cardíacas, broncoespasmo paradoxal, angioedema, urticária ou outras reações de hipersensibilidade.

Broncodilatadores de longa ação

Salmeterol: efeitos adversos comuns (entre 1% a 10% dos casos) são tremores, cefaleia, palpitações, câimbras. Os incomuns são rash e taquicardia. São muito raros reações anafiláticas, hiperglicemia, artralgias, arritmias cardíacas incluindo fibrilação atrial, taquicardia ventricular e extra-sístoles, irritação orofaríngea e broncoespasmo paradoxal. Tremor e cefaleia tendem a ser transitórios e melhorar com a continuidade do tratamento. O tremor, assim como a taquicardia, é mais comum com doses superiores a 50 mcg duas vezes ao dia.

Formoterol: efeitos adversos comuns (entre 1% a 10% dos casos) são



	Implantação:	Última Revisão:
	Versão: 01	Próxima Versão:

CRISE ASMÁTICA

tremores, cefaleia, palpitações, câimbras. Os incomuns são broncoespasmo, irritação da garganta, taquicardia, edema periférico, tontura, alteração de paladar, distúrbios psiquiátricos. São muito raras reações de hipersensibilidade, náusea, hiperglicemia, artralgias, arritmias cardíacas incluindo fibrilação atrial, taquicardia ventricular e extrasístoles, hipocalcemia.

21 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de doentes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como para a verificação periódica das doses de medicamento(s) prescritas e dispensadas, e da adequação de uso.

Pacientes com asma parcialmente controlada, não controlada ou exacerbada devem ser consultados por pneumologista e, especialmente nas duas últimas condições, atendidos em serviços especializados em Pneumologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

Ressalta-se a importância da monitorização do tratamento destes pacientes pela morbidade associada à doença e necessidade de controle dos efeitos adversos dos medicamentos. Avaliação contínua da adesão e da resposta ao tratamento deve ser realizada por equipe multidisciplinar. A realização de exames conforme indicados no item 5 (Critérios de Inclusão no Protocolo) é fundamental para dispensação dos medicamentos.

22 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a cientificação do paciente ou de seu responsável legal dos potenciais riscos, benefícios e efeitos colaterais ao uso de medicamento preconizado neste Protocolo. O TER é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

23 Observações Gerais



Em caso de dúvidas o médico deverá entrar em contato com a coordenação médica, para discussão do caso e definição de conduta.

Elaborado	Revisado	Aprovado



Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

PROTOCOLO DE PNEUMONIA COMUNITÁRIA

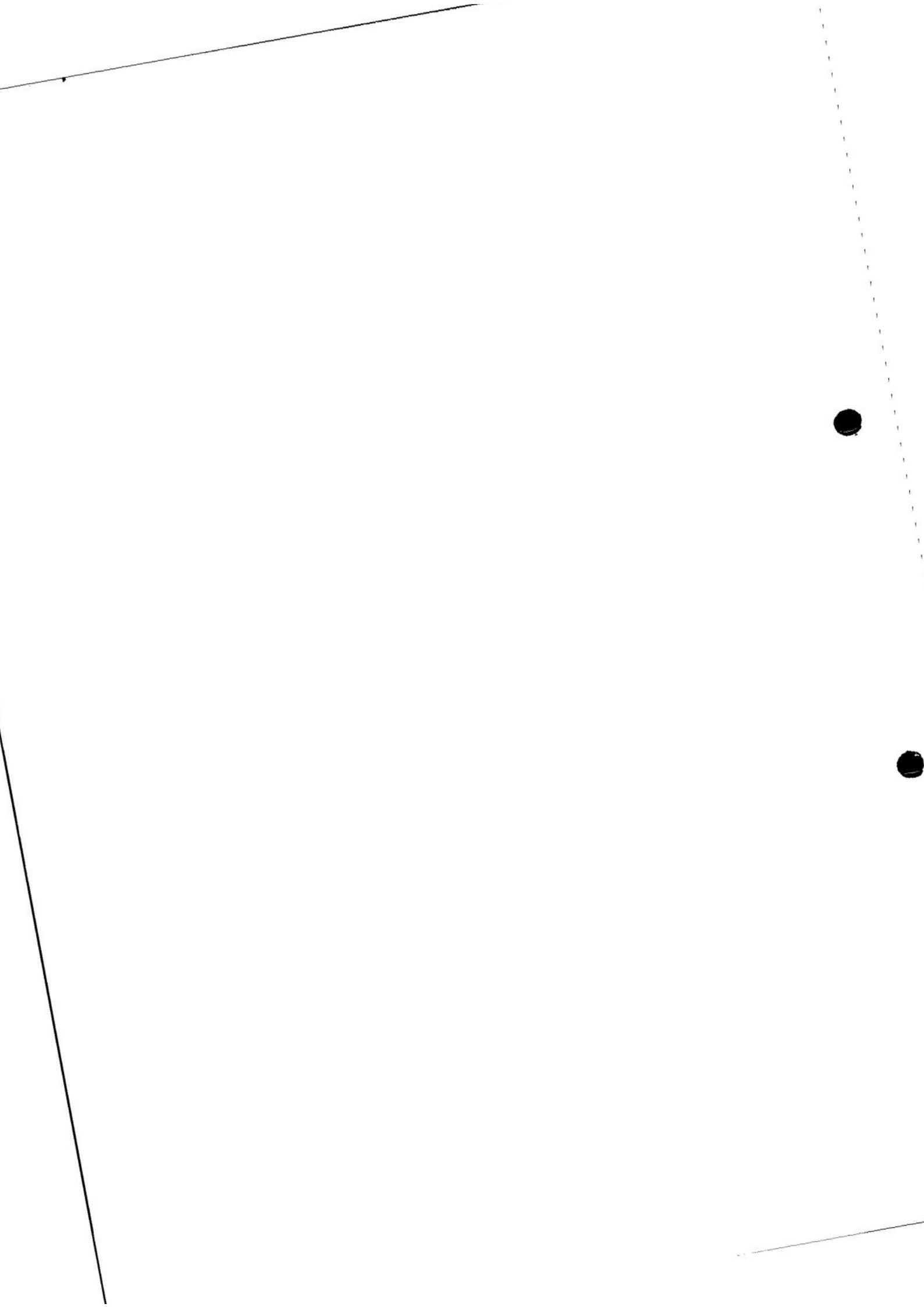
✉ contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

📍 Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 - Cotia - SP CEP 06717-100



Sumário

1 Histórico de revisão:	3
2 Objetivo	4
3 Definição	4
4 Executante	4
5 Etiologia	4
6 PROTOCOLO	5
6.1. Diagnóstico clínico	5
7 EXAMES	5
7.1. Radiografia de tórax:	5
7.2. Tomografia de tórax e ultrassom de tórax:	6
7.3. Saturação periférica de oxigênio e gasometria arterial:	7
8 EXAMES COMPLEMENTARES	7
8.1. Exames Laboratoriais:	7
8.2 Escarro:	8
8.3 Sorologia:	8
9 PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE GRAVE	9
10 TRATAMENTO	10
10.1 Preditores para patógenos específicos:	11
11 CRITÉRIOS DE ALTA/TRATAMENTO DOMICILIAR	14
11.1 Classificação da gravidade e escolha do local de tratamento	14
12 FLUXOGRAMA DE PNEUMONIA BACTERIANA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE	19





2 Objetivo

O objetivo deste protocolo é padronizar um fluxo de atendimento ao paciente que apresente sinais e/ou sintomas de pneumonia comunitária, a fim de organizar a assistência e otimizar o tempo de atendimento.

3 Definição

Pneumonias são doenças inflamatórias agudas de causa infecciosa que acometem os espaços aéreos e são causadas por vírus, bactérias ou fungos. A Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade se refere à doença adquirida fora do ambiente hospitalar ou de unidades especiais de atenção à saúde ou, ainda, que se manifesta em até 48 h da admissão à unidade assistencial.

4 Executante

Enfermeiro da classificação, equipe médica.

5 Etiologia

- Definição etiológica: em apenas 30 a 40% dos casos.
- Streptococcus pneumoniae (pneumococo), estando envolvido em 30 a 70% dos casos;
- Bactérias atípicas (Mycoplasma, Chlamydia e Legionella) em 8 a 48 % dos casos; Infecções mistas, envolvendo uma bactéria e um agente atípico ou viral, têm sido relatadas em até 38% dos pacientes;
- Haemophilus influenzae em 4 a 18% dos casos (principalmente em pacientes com DPOC);
- Enterobactérias (Klebsiella sp., Escherichia coli, Proteus sp., Enterobacter sp.) entre 2 e 10% dos casos, cada agente;
- Staphylococcus aureus, entre 2 e 10% dos casos;
- Pseudomonas aeruginosa (1 a 4% dos casos).

São condições de risco para pneumonia por Pseudomonas sp.:

- Bronquiectasias;
- Fibrose cística;



- Tratamento crônico com corticóides em dose superior a 10mg/dia;
- Tratamento antibiótico de amplo espectro no mês anterior (por mais de sete dias);
- Desnutrição.

O quadro a seguir descreve os agentes mais comuns (em ordem decrescente) de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade de acordo com a gravidade:

Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade Ambulatorial (leve)		
Internados (não em UTI)		
Internados em UTI (grave)		
S. pneumoniae	S. pneumoniae	S. pneumoniae
M. pneumoniae	M. pneumoniae	Bacilos gram-negativos
C. pneumoniae	C. pneumoniae	H. influenzae
Vírus Respiratórios	Vírus Respiratórios	Legionella sp.
H. influenzae	H. influenzae	S. aureus
	Legionella sp.	

6 PROTOCOLO

6.1. Diagnóstico clínico

- Considera-se pneumonia em paciente com evidência radiológica de pneumonia, com pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:
 - Tosse;
 - Dor pleurítica;
 - Febre > 38°C;
 - Escarro purulento;
 - Frequência respiratória > 25 rpm;
 - Ausculta pulmonar compatível (estertores, roncos ou macicez à percussão do tórax).

7 EXAMES

7.1. Radiografia de tórax:

A radiografia de tórax (incidência pósterio-anterior e em perfil) constitui o

método de imagem de escolha na abordagem inicial da Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade, pela sua ótima relação custo-efetividade, baixas doses de radiação e ampla disponibilidade. Além de ser essencial para o diagnóstico, auxilia na avaliação da gravidade, identifica o comprometimento multilobar e pode sugerir etiologias alternativas, tais como abscesso e TB.

- A radiografia de tórax deve ser realizada, em incidência pósterio-anterior e em perfil, na abordagem inicial de pacientes com suspeita de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade (Evidência C);
- Pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade de baixo risco, tratados ambulatorialmente, devem realizar apenas a radiografia de tórax como exame subsidiário (Evidência A);
- O padrão radiológico não pode ser usado para prever o agente causal, ou mesmo separar grupos de agentes (Evidência C);
- A radiografia de tórax deve ser repetida após seis semanas do início dos sintomas em fumantes com mais de 50 anos e na persistência dos sintomas ou achados anormais no exame físico (Evidência C);
- A persistência de achados radiológicos após seis semanas requer investigação adicional (Evidência D).

7.2. Tomografia de tórax e ultrassom de tórax:

É útil quando há dúvidas sobre a presença ou não de infiltrado radiológico, na presença de um quadro clínico exuberante associado à radiografia normal, na detecção de complicações, tais como derrame pleural loculado e abscesso ainda não aberto nas vias aéreas, assim como para diferenciar infiltrado pneumônico de massas pulmonares.

- A tomografia deve ser realizada quando houver dúvidas sobre a presença de infiltrado pneumônico, para a detecção de complicações e na suspeita de neoplasia (Evidência C);
- Derrames pleurais significativos (com 5 cm ou mais, identificado na projeção lateral em ortostatismo a partir do sulco posterior) devem ser punccionados. A ultrassonografia é útil nos derrames pequenos e suspeitos de loculação (Evidência C).

7.3. Saturação periférica de oxigênio e gasometria arterial:

- A SpO2 deve ser observada na rotina, antes do uso eventual de oxigênio (Evidência A).
- A gasometria arterial deve ser realizada na presença de SpO2 $\leq$ 90% em ar ambiente e em casos de pneumonia considerada grave (Evidência A).
- A presença de hipoxemia indica o uso de oxigênio suplementar e admissão hospitalar (Evidência A).

8 EXAMES COMPLEMENTARES

8.1.Exames Laboratoriais:

- O resultado de dosagem de uréia acima de 65mg/dL (correspondente a um valor igual ou superior a 11 mmol/L) constitui um forte indicador de gravidade;
- O hemograma tem baixa sensibilidade e especificidade, sendo útil como critério de gravidade e de resposta terapêutica. Leucopenia (< 4.000 leucócitos/mm³) denota mau prognóstico;
- Dosagens de glicemia, de eletrólitos e de transaminases não têm valor diagnóstico, mas podem influenciar na decisão da hospitalização, devido à identificação de doenças associadas;
- A Proteína C Reativa é um marcador de atividade inflamatória e pode ter valor prognóstico no acompanhamento do tratamento. A manutenção de níveis elevados após 3-4 dias de tratamento e uma redução inferior a 50% do valor inicial sugere pior prognóstico ou surgimento de complicações. Não há dados consistentes para utilizá-la como um guia na decisão da utilização ou não de antibióticos;
- A hemocultura deve ser reservada para a Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave e no caso de pacientes internados não-respondedores à terapêutica instituída, pois normalmente apresenta baixo rendimento. Resultados falso positivos são comuns, especialmente se houve uso prévio de antibióticos, e raramente resultam em mudança de conduta. As amostras devem ser coletadas antes do início ou da modificação do tratamento e não devem retardar a administração da primeira dose de antibiótico;
- A procalcitonina é um marcador melhor de gravidade do que a proteína

C reativa e lactato. Níveis séricos elevados também são vistos em outras doenças pulmonares, como na pneumonite química e na lesão por inalação em queimados.

8.2 Escarro:

Embora o exame de escarro seja frequentemente utilizado na busca do diagnóstico etiológico, o benefício dessa prática no manejo inicial da Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade ainda é controverso.

8.3 Sorologia:

Testes sorológicos não devem ser rotineiramente solicitados.

- Dosagens de glicemia, eletrólitos e de transaminases não têm valor diagnóstico, mas podem influenciar na decisão da hospitalização, devido à identificação de doenças associadas (Evidência B);

- As hemoculturas devem ser reservadas para a Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave e no caso de pacientes internados não-respondedores à terapêutica instituída, pois normalmente têm baixo rendimento (Evidência C);

- Testes sorológicos não são úteis para o tratamento dos pacientes individualmente, mas para se estabelecer o perfil epidemiológico de uma determinada região ou um surto epidêmico (Evidência C);

- A pesquisa do agente etiológico deve ser iniciada nos casos de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave ou nos casos de pacientes internados com falha do tratamento inicial (Evidência C);

- Nos casos de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave, recomenda-se a investigação microbiológica através da hemocultura, cultura de escarro, aspirado traqueal ou amostras obtidas por broncoscopia nos pacientes sob ventilação mecânica (Evidência B);

- A pesquisa de antígeno urinário de *S. pneumoniae* deve ser realizada em pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave, e a pesquisa de antígeno urinário de *L. pneumophila* especificamente em todos os pacientes não-responsivos ao tratamento prévio (Evidência B).



9 PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE GRAVE

Do ponto de vista prático, a Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave é definida como aquela em que há uma probabilidade maior de deterioração do quadro clínico ou alto risco de morte. A indicação de admissão à unidade de terapia intensiva (UTI) é mandatória para o manejo adequado deste grupo de pacientes. A presença de choque séptico e a necessidade de ventilação mecânica são critérios absolutos de admissão à UTI. A presença de dois critérios menores ou de um critério maior indica a necessidade de tratamento em UTI (tabela 1).

Tabela 1: Critérios de definição de pneumonia adquirida na comunidade grave:

CRITÉRIOS MAIORES	CRITÉRIOS MENORES
Presença de um critério indica a necessidade de UTI	Presença de dois critérios indica a necessidade de UTI
Choque Séptico necessitando de vasopressor	Hipotensão arterial
Insuficiência Respiratória aguda com indicação de ventilação mecânica	Relação PaO ₂ /FiO ₂ menor do que 250
	Presença de infiltrados multilobulares

A decisão de internação do paciente com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade constitui prerrogativa do médico assistente, sendo os escores de avaliação atualmente disponíveis ferramentas auxiliares na tomada dessa decisão (Evidência C).

O uso do CURB-65 ou do CRB-65 auxilia na decisão do local de tratamento (Evidência C).

As condições psicossociais e econômicas devem ser consideradas quando da decisão do local de tratamento (Evidência C).

Pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade evoluindo com choque séptico, requerendo drogas vasopressoras, ou com falência respiratória aguda, necessitando de VM, ou paciente com dois dos critérios menores de gravidade deverão ser tratados em UTI (Evidência C).

Pacientes tratados em sua residência devem ter assegurada a possibilidade de reavaliação do tratamento (Evidência C).



O principal aspecto a ser considerado na escolha do esquema do tratamento é a gravidade da apresentação clínica inicial, que é o principal determinante do local de tratamento do paciente: ambulatorial, hospitalar ou em unidade de terapia intensiva. Influenciam também nessa escolha a presença de co-morbidades e a presença de condições de risco para agentes particulares.

- A seleção do esquema terapêutico inicial para pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade considera os microorganismos de maior prevalência (Evidência C).

- O tratamento dirigido a patógeno(s) identificado(s), embora preferível, na maioria das vezes não é possível no momento da decisão terapêutica (Evidência C).

- A identificação do(s) agente(s) permite dirigir a terapia ao(s) patógeno(s) específico(s) e selecionar o antimicrobiano para a terapia sequencial, podendo reduzir os custos do tratamento, os efeitos adversos e a indução de resistência (Evidência B).

- Embora não haja evidências definitivas quanto à superioridade de esquemas terapêuticos com cobertura para os patógenos atípicos, esta terapêutica em pacientes hospitalizados pode acarretar menor taxa de mortalidade no caso de pneumonia confirmada por *Legionella* sp. e pode reduzir a permanência hospitalar, a mortalidade geral e a mortalidade atribuída à pneumonia por esse grupo de germes (Evidência B).

- A terapia combinada (beta-lactâmico associado a um macrolídeo ou quinolona) não é superior à monoterapia em pacientes de baixo risco (Evidência B).

- A terapia combinada deve ser recomendada para pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave, sobretudo na presença de bacteremia, insuficiência respiratória ou choque (Evidência B).

- A terapia com dois antibióticos eficazes reduz a mortalidade na pneumonia pneumocócica bacterêmica em comparação à monoterapia (Evidência B).

10.1 Preditores para patógenos específicos:

A resistência do pneumococo à penicilina, no nosso meio, ainda é reduzida (cerca de 3,5%) e ainda assim, restrita a alguns fatores de risco, tais como: idade > 65 anos; tratamento com beta-lactâmico nos últimos três meses; alcoolismo; doença

imunossupressora (incluindo tratamento crônico com corticóide); presença de comorbidades múltiplas ou exposição a crianças em creches. Uma análise específica de um subgrupo de pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade por *P. aeruginosa* mostrou, como preditores independentes, doença pulmonar prévia e internação hospitalar recente. Nesse estudo, a infecção por bacilos gram-negativos foi uma variável independente para risco de óbito.

- Os preditores de risco para patógenos específicos devem ser considerados na escolha do esquema empírico de pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade (Evidência B).

- A antibioticoterapia para pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade deve ser instituída o mais precocemente possível, com o potencial de reduzir as taxas de mortalidade, o tempo de permanência hospitalar e os custos (Evidência C).

- Em pacientes internados, o uso empírico da azitromicina como monoterapia fica restrito aos pacientes portadores de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade não grave (Evidência B).

A antibioticoterapia inicial para Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade sugerida por esta diretriz para pacientes ambulatoriais leva em consideração três aspectos importantes:

primeiro: a alta proporção de agentes da Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade sensíveis a beta-lactâmicos no Brasil;

segundo: a falta de dados definitivos quanto à cobertura sistemática de bactérias atípicas em Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade não grave;

terceiro: a maior parte dos estudos envolveu pacientes hospitalizados e não ambulatoriais.

Por outro lado, deve-se ressaltar a cobertura mais ampla dos macrolídeos em relação à amoxicilina (Figura 1). Em qualquer situação, todos os pacientes em tratamento devem ser reavaliados em até 48-72 h do início do mesmo. Essa avaliação baseia-se eminentemente em dados clínicos, não se justificando, nesse período, a repetição de exames radiológicos em pacientes estáveis e com evolução clínica satisfatória.

Figura 1:

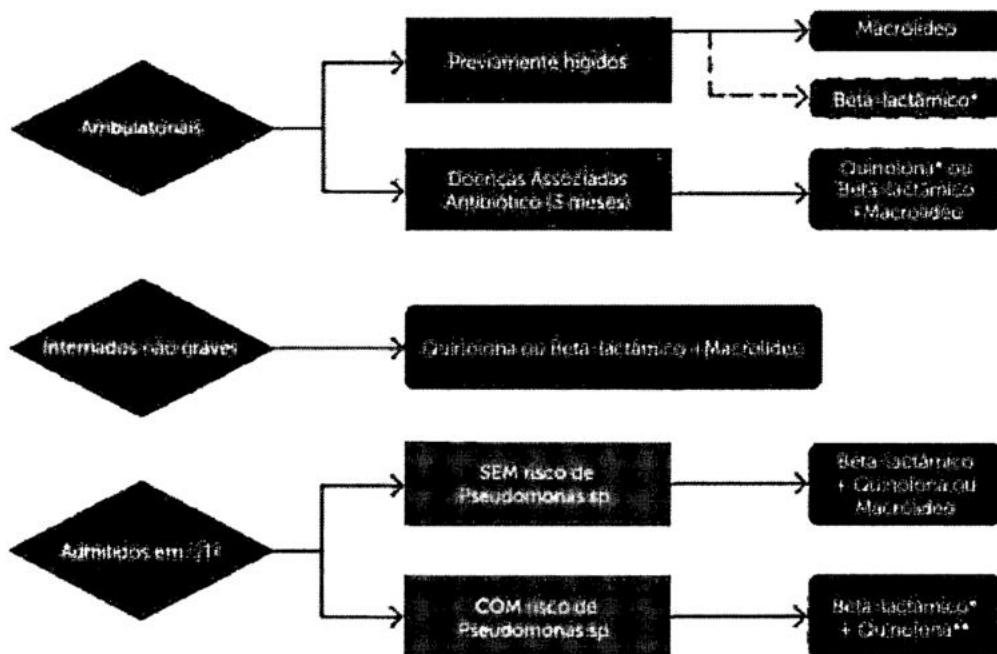


Figura 1: Antibioticoterapia empírica inicial conforme estratificação por nível de gravidade.

*Com uso de betalactâmico isolado, considerar a possibilidade de uma falha a cada 14 pacientes tratados. Amocilina: 500mg, 1 comp. por via oral de 8/8 horas por 7 dias;

Azitromicina: 500mg, por via oral, dose única diária por 3 ou 500mg no primeiro dia, seguido de 250mg por dia por 4 dias;

Claritromicina de liberação rápida: 500mg por via oral de 12/12 horas por até 7 dias; Claritromicina UD 500mg (liberação prolongada): 1 comp. por via oral por dia por até 7 dias;

**Quinolonas:

Levofloxacina: 500mg/dia; moxifloxacina: 400mg/dia; Ciprofloxacina 500mg;

*Antipneumococo/Antipseudomonas: Piperacilina/Tazobactam, Cefepime, Imipenem, ou Meropenem.

**Levofloxacina (750mg) ou Ciprofloxacina.

- O ertapenem pode ser útil para pacientes com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade que utilizaram antibióticos recentemente e naqueles com infecção polimicrobiana (Evidência C).

- A antibioticoterapia inicial para Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade sugerida por esta diretriz para pacientes ambulatoriais leva em consideração a alta proporção de agentes da Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade sensíveis a beta-lactâmicos no Brasil e a falta de dados definitivos quanto à cobertura sistemática de bactérias atípicas em Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade não-grave, ressaltando-se a cobertura mais ampla dos macrolídeos em relação à amoxicilina (Evidência B).

- Indivíduos adultos com Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade de leve a moderada gravidade podem ser efetivamente tratados com antibióticos ministrados por um período igual ou inferior a 7 dias (Evidência A).

- Em pacientes portadores de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade grave e hipotensão arterial, apesar de reposição volêmica adequada e dependente de drogas vasoativas, a infusão endovenosa de hidrocortisona pode ser utilizada (Evidência B).

11 CRITÉRIOS DE ALTA/TRATAMENTO DOMICILIAR

11.1 Classificação da gravidade e escolha do local de tratamento

Os pacientes com diagnóstico de Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade devem ser avaliados quanto à gravidade da doença, o que orientará a decisão do local de tratamento, a intensidade da investigação etiológica e a escolha do antibiótico. Fatores sociais e econômicos devem ser levados em consideração nesta decisão. Escores de gravidade da doença ou modelos prognósticos avaliam o prognóstico quanto à mortalidade em 30 dias e podem ser usados para identificar pacientes de baixo risco que são, portanto, candidatos ao tratamento ambulatorial.

Escore de gravidade da doença da British Thoracic Society

Sugerido pela British Thoracic Society, este escore baseia-se em variáveis representativas da doença aguda na Pneumonia Bacteriana Adquirida na Comunidade. O nome desse escore é um acrônimo, em inglês, de cada fator de risco

medido (CURB-65), podendo ser apresentado de forma mais simplificada (CRB-65), sem a dosagem de ureia.

Figura 2:

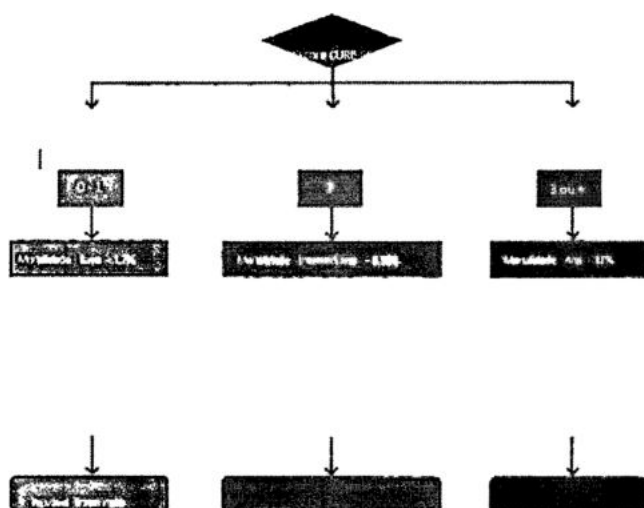


Figura 2: Escore de Avaliação CURB-65, PAC: pneumonia adquirida na comunidade; UTI: unidade de terapia Intensiva; CURB-65 (C: Confusão Mental; U: uréia > 50mg/dl; R: Frequência Respiratória ≥ 30 ciclos/min; B: Pressão Arterial Sistólica < 90mmHg ou Diastólica ≤ 60 mmHg; e idade ≥ 65 anos).

Sua maior limitação é a não-inclusão das doenças associadas que podem acrescentar maior risco, tais como alcoolismo, insuficiência cardíaca e hepática, além de neoplasias. É necessário a avaliação das doenças associadas, da extensão radiológica, do grau de oxigenação, dos fatores psicossociais e socioeconômicos e da viabilidade do uso de medicação por via oral como fatores que influenciam a decisão do local de tratamento. Por sua simplicidade, aplicabilidade imediata e facilidade de uso, sugere-se a utilização do escore CURB-65, ou a sua versão simplificada CRB-65, como critério apropriado para a estratificação da gravidade no nível de atenção primária e na emergência.

Na ausência de indicações socioeconômicas, de doenças associadas descompensadas, de hipoxemia e da impossibilidade de ingestão oral de medicamentos, a presença de pelo menos dois pontos no escore CURB-65, ou de



pelo menos um no escore CRB-65, sugere admissão ao hospital. O médico assistente pode decidir pelo tratamento ambulatorial nos demais casos.

Fatores de Risco para Pneumonia Persistente - Pneumococos resistentes à penicilina:

Idade > 65 anos
Uso de betalactâmico nos últimos 3 meses
Alcoolismo
Imunodepressão (incluindo prednisona 10 mg/dia)
Múltiplas comorbidades
Contato com crianças em creches

Pseudomonas aeruginosa

Doença estrutural pulmonar (bronquiectasia) Terapia com corticóides
Antibiótico largo espectro (>7dias há 1 mês) Desnutrição
Doença estrutural pulmonar (bronquiectasia) Terapia com corticóides
Antibiótico largo espectro (>7dias há 1 mês) Desnutrição

Crêditos específicos para Pneumonia Hospitalar

Hospitalização ≥ 2 dias, durante os 90 dias anteriores
Uso de antibióticos durante os 90 dias anteriores
Sem tratamento ambulatorial Alimentação por sonda Estado
Hospitalização ≥ 2 dias, durante os 90 dias anteriores

Tratamento Ambulatorial

Sem uso prévio de antibióticos:
Macrolídeo ou Fluoroquinolona respiratória
Com uso prévio de antibióticos < 3 meses:
Fluoroquinolona respiratória ou macrolídeo + amoxicilina ou amox/clavulanato
Com comorbidades (DM, neoplasia, ICC, DPOC) e sem uso prévio de antibiótico:
Macrolídeo ou Fluoroquinolona respiratória

Com comorbidades (DM, neoplasia, ICC, DPOC) e com uso prévio de antibióticos < 3 meses:
Fluoroquinolona respiratória ou macrolídeo + amoxicilina ou amox/clavulanato dose alta

Tratamento Paciente Internado - Âmbito Hospitalar

Internação em Unidade Internação sem uso prévio de antibióticos:

Fluoroquinolona respiratória ou macrolídeo + ceftriaxona ou ceftazolidina ou ertapenem

Internação em Unidade de Internação com uso prévio de antibióticos < 3 meses:

Fluoroquinolona respiratória ou macrolídeo + Beta- lactâmico

Internação em UTI sem risco P. aeruginosa:

Beta-lactâmico + macrolídeo

Internação em UTI com risco P. aeruginosa:

Beta-lactâmico antipseudomonas + macrolídeo

Cateterísticas clínicas sugestivas

Infiltrado cavitário ou necrose

Rápido aumento de derrame pleural



Antibióticos parenterais

Fluoroquinolona Respiratória:

Moxifloxacino (Avalox®) 400 mg EV 24/24h

Levofloxacino 750 mg EV 24/24h

Macrolídeo:

Clarithromicina (Klaricid®) 500 mg EV 12/12h

Zitromax 500mg EV 1 x dia

Cefalosporina beta-lactâm. 5ª Geração com ação anti-MRSA:

Ceftarolina (Zinforo®) 600 mg EV 12/12h

Cefalosporina beta-lactâm. Anti-pseudomonas:

Cefepima 1 a 2 g EV cada 8 a 12 h

Ceftazidima (Fortaz®) 1 a 2 g EV 8/8h

Betalactâmico inibidor betalactamase:

Piperacilina-tazobactam (Tazocin®) 4,5g EV 6/6h

Carbapenêmicos:

Imipenem (Tienam®) 1,0g 8/8h

Anti-estafilococo:

Linezolida (Zyvox®) 600 mg EV 12/12h

Vancomicina (Vancocina®) 15 mg/kg 12/12h

Hemoptise

Influenza concomitante

Neutropenia

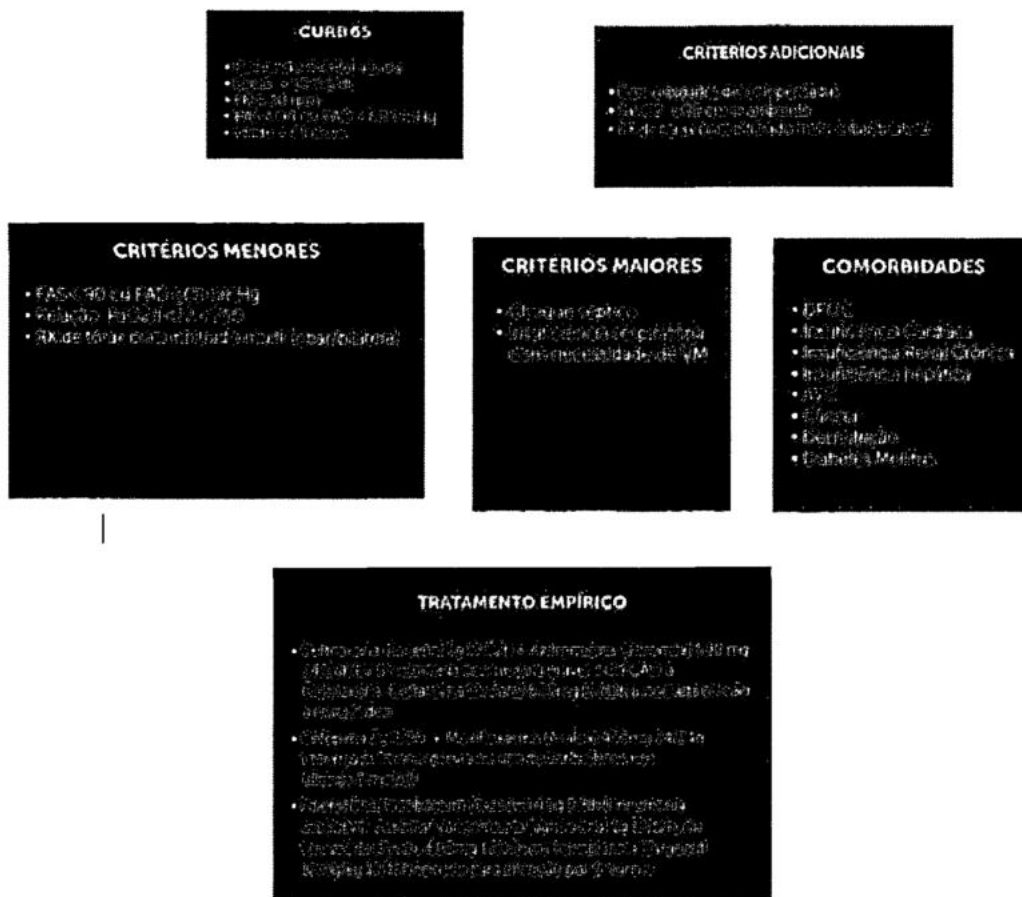
Exantema eritematoso

Pústula na pele

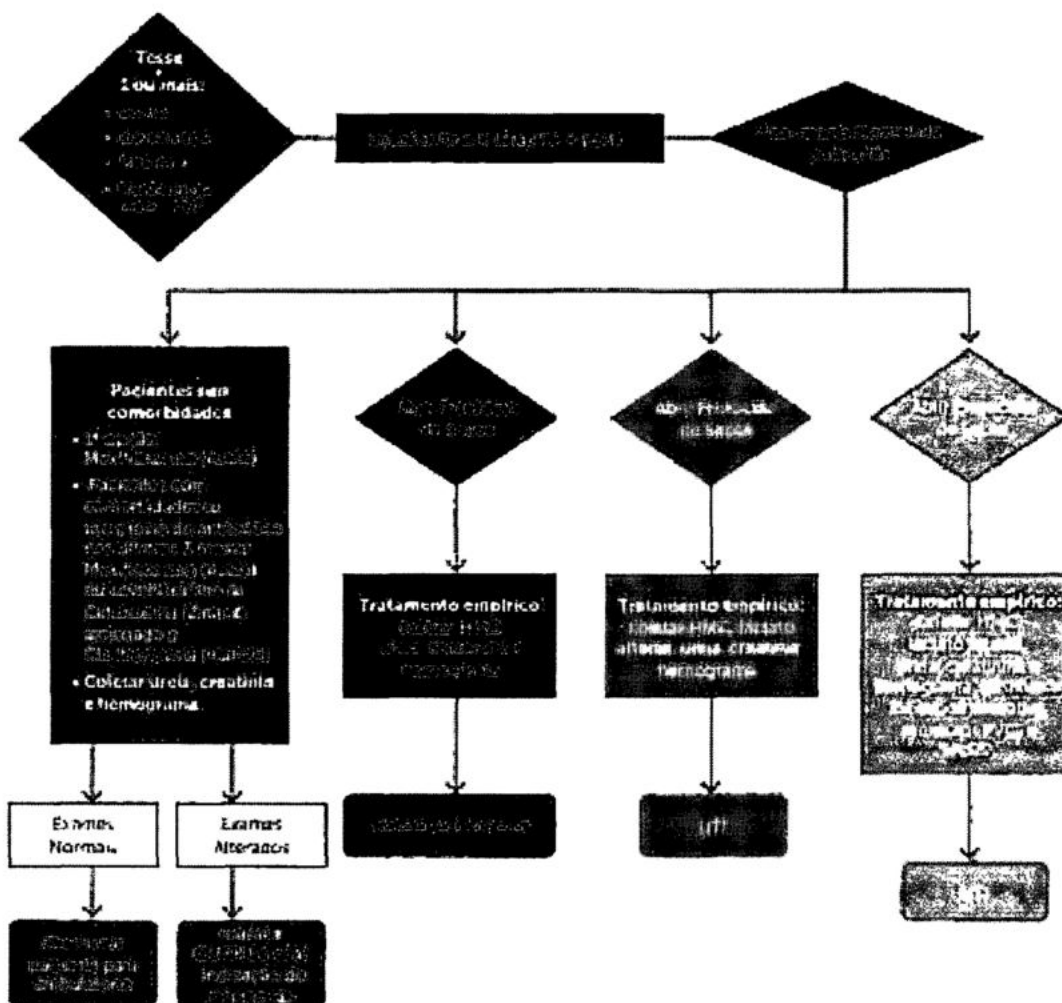
Paciente jovem, previamente saudável

Pneumonia grave, durante os meses de verão

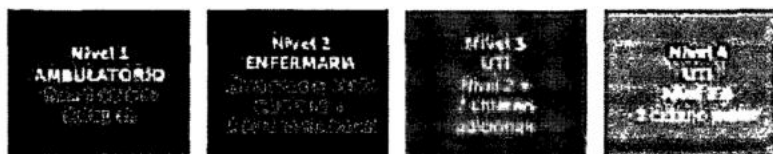
12 FLUXOGRAMA DE PNEUMONIA BACTERIANA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE



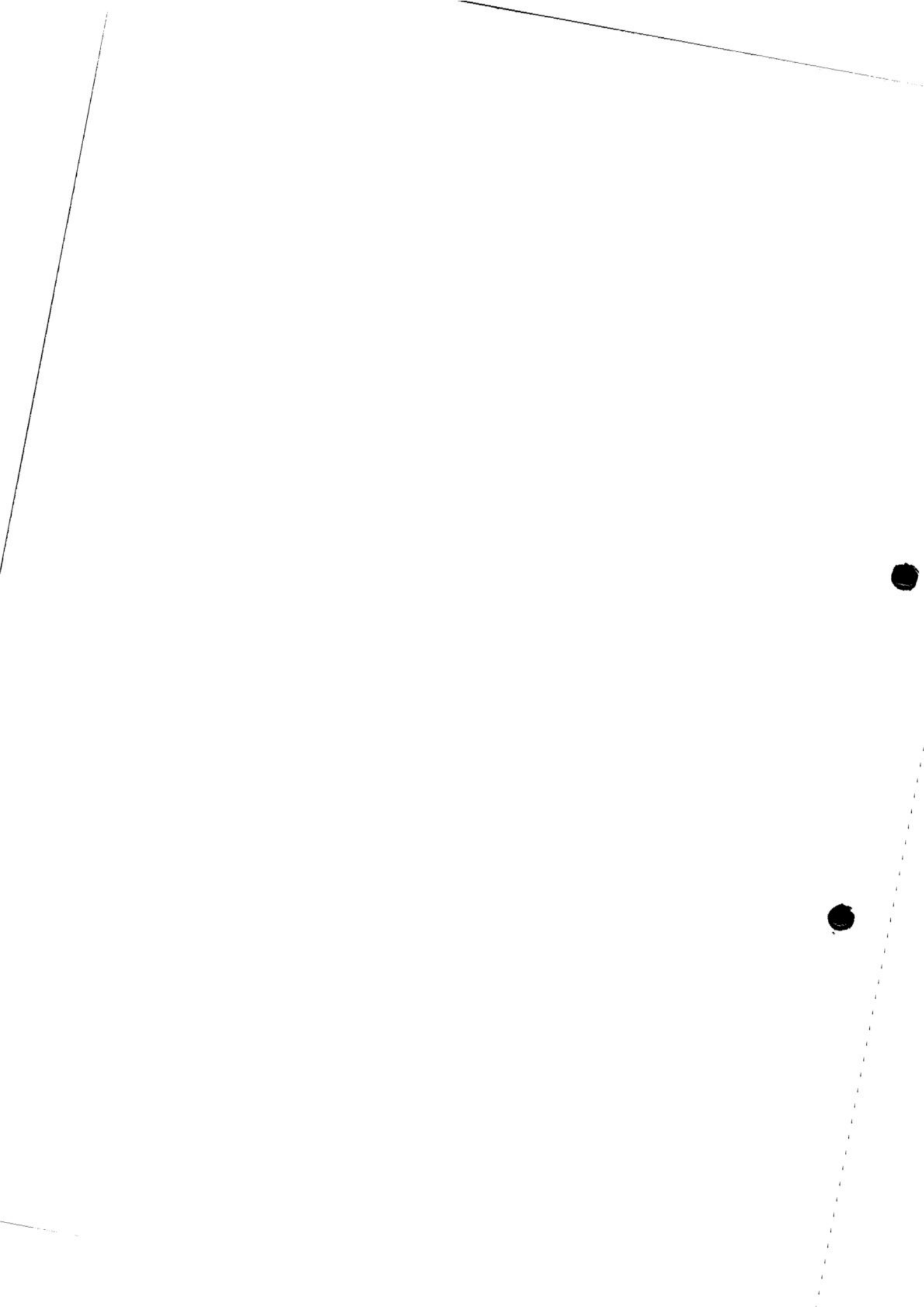




Níveis de Complexidade - CURB-65



Elaborado	Revisado	Aprovado





Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

PROTOCOLO DE SEPSE

☐ contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

☑ Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 - Cotia - SP CEP 06717-100



Sumário

1 Histórico de revisão:	3
2 Objetivo	4
3 Introdução	4
4 Executante	4
5 Descrição das Atividades.....	4
5.1 Recepção	4
5.2 Triagem	5
5.3 Atendimento Médico	5
5.3.1. Pacote de 1º Hora	5
6 Referências.....	8
6 Anexo I.....	9

1 Histórico de revisão:

Histórico de Revisão					
Implantação	1ª Revisão	2ª Revisão	3ª Revisão	4ª Revisão	5ª Revisão
XXXXX	-	-	-	-	-

[illegible]

2 Objetivo

Otimizar a utilização dos recursos materiais e humanos em uma abordagem sistematizada multidisciplinar da sepse e do choque séptico em nossas unidades assistenciais, objetivando um atendimento de melhor qualidade ao paciente, diminuindo morbidade e mortalidade.

3 Introdução

Segundo o ILAS (Instituto Latino Americano de Sepsis), SEPSE nada mais é que uma disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção, ou seja, uma resposta sistêmica do organismo devido a uma doença infecciosa que pode ser causada por bactérias, vírus, fungos ou protozoários.^{1,2} É uma das maiores causas de óbito no mundo atualmente, trata-se de uma doença que não é demográfica, pois atinge pessoas de diferentes localidades – locais com muitos ou poucos recursos médicos. Aproximadamente 50 milhões de pessoas no mundo serão acometidas por esta doença, levando a um número alto de mortes^{2,3}. Já no Brasil, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 240 mil brasileiros serão acometidos pela doença⁴.

Essas informações nos mostram a importância do atendimento de forma otimizada no cuidado com a SEPSE e do choque séptico nos diferentes níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e faz-se imprescindível a existência deste protocolo para consulta pelos profissionais de saúde da unidade afim de agilizar o atendimento destes pacientes.

4 Executante

Equipe de Enfermagem, Equipe Médica.

5 Descrição das Atividades

5.1 Recepção

O paciente deve realizar a abertura de ficha de atendimento na recepção portando documentos, como RG e cartão nacional do SUS. Caso o paciente NÃO tenha documentos para realizar a abertura de ficha, a recepção irá abrir o atendimento como DESCONHECIDO até que os documentos sejam providenciados. O paciente não ficará sem atendimento caso não possua identificação. Após a abertura da ficha de

atendimento, a recepção deverá orientar o paciente a aguardar na recepção correspondente, adulto ou pediátrica.

5.2 Triagem

Durante a triagem o enfermeiro responsável irá anotar a queixa do paciente e classificá-lo conforme Protocolo de acolhimento com classificação de risco PNH, 2004. Caso o enfermeiro identifique 2 sinais e/ou sintomas abaixo, o enfermeiro deve preencher o Formulário IN74 – SEPSE de cor rosa (ANEXO I), identificar o documento com os dados do paciente e encaminhar ao consultório médico para confirmação do caso pelo plantonista:

- Hipertermia $>37,8^{\circ}\text{C}$ ou hipotermia $<35^{\circ}\text{C}$;
- Leucocitose >12000 , leucopenia <4000 ou desvio de esquerdo $>10\%$;
- Taquicardia $>90\text{bpm}$;
- Taquipneia $>20\text{irpm}$;
- Olúria;
- Hipotensão PAS <90 ou PAM 65 mmHg ;
- Rebaixamento de nível de consciência;
- Dispneia ou dessaturação.

5.3 Atendimento Médico

Quando o plantonista receber o caso e confirmar um possível caso de sepse, deve encaminhar o paciente para a sala amarela e comunicar o chefe de plantão. O chefe de plantão deve seguir o pacote de primeira hora.

5.3.1. Pacote de 1ª Hora

O pacote de primeira hora deve ser realizado a todos os pacientes que receberem o diagnóstico de SEPSE, que é composto pelos seguintes itens: coleta de exames laboratoriais, cálculo do SOFA e qSOFA, início da antibioticoterapia conforme avaliação médica de possíveis focos de infecção e solicitação de vaga para hospital terciário.

Os exames a serem coletados são: hemocultura (que irá ser direcionado ao laboratório central), hemograma, lactato e urocultura (demais exames serão encaminhados ao laboratório próprio da unidade).

Os escores SOFA (Sequential Sepsis-related Organ Failure Assessment) e qSOFA avaliam de forma objetiva o avanço da disfunção orgânica de pacientes que

possuem alguma infecção, bem como sua mortalidade diante do estado clínico. A diferença dos 2 é que o SOFA (imagem 1) utiliza 6 sistemas diferentes a partir de exames clínicos e laboratoriais, predizendo a mortalidade desses pacientes a partir de sua pontuação e o qSOFA utiliza 3 sistemas (alteração do nível de consciência, frequência respiratória mais que 22irpm e PA sistólica <100mmHg) selecionando no mínimo 2 desses citados para dizer que o paciente é um paciente de risco para sepse⁵.

TABELA 2 Escore SOFA – Sequential (Sepsis-Related) Organ Failure Assessment

	0	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Respiração PaO ₂ /fio ₂	≥ 400	< 400	< 300	< 200 com suporte respiratório	< 100 com suporte respiratório
Coagulação Plaquetas/mm ³	≥ 150 mil	< 150 mil	< 100 mil	< 50 mil	< 20 mil
Fígado Bilirrubina (mg/dL)	< 1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	> 12,0
Cardiovascular (drogas: mcg/kg/min)	PAM ≥ 70 mmHg	PAM < 70 mmHg	Dopamina < 5 ou dobutamina (qualquer dose)	Dopamina 5,1-15 ou adrenalina ≤ 0,1 ou noradrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou adrenalina > 0,1 ou noradrenalina > 0,1
SNC Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	3-5
Renal Creatinina (mg/dL) Ou débito urinário	< 1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 < 500 mL/dia	≥ 5,0 < 200 mL/dia

Após o cálculo dos escores, deve-se iniciar a antibioticoterapia de acordo com cada foco infeccioso como veremos abaixo: (descrever cada foco infeccioso e qual antibiotico de amplo espectro será utilizado, incluindo a dosagem).

FOCO INFECCIOSO

TRATAMENTO

FOCO NÃO IDENTIFICADO

CEFTRIAXONA 2g EV dose de ataque seguido de 1-2g EV de 12/12 horas COM ou SEM METRONIDAZOL 500mg EV 8/8 horas

FOCO PULMONAR

CEFTRIAXONA 2g EV dose de ataque seguido de 1-2g EV de 12/12 horas + AZITROMICINA 500mg EV 1x DIA

FOCO URINÁRIO

CEFTRIAXONA 2g EV ATAQUE, depois 1-2g EV 12/12 horas

FOCO ABDOMINAL

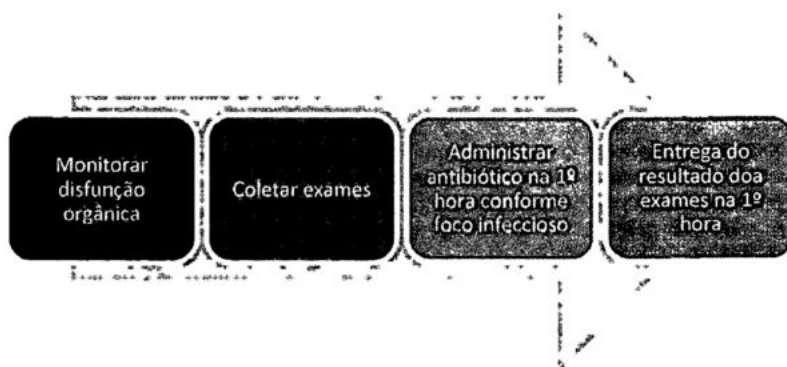
FOCO BILIAR

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

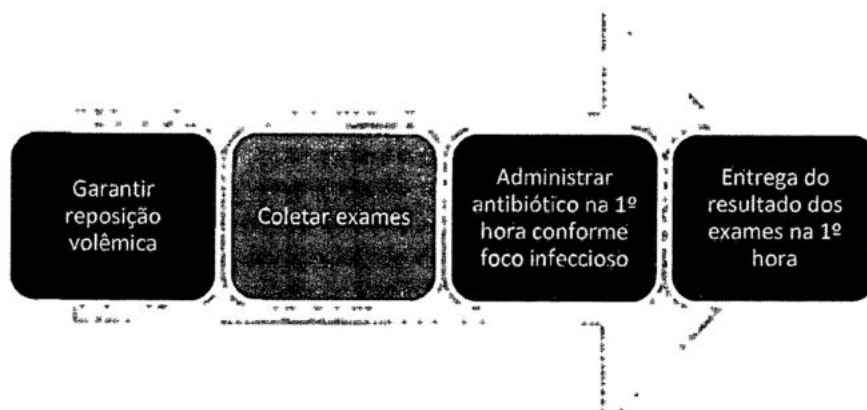
ENDOCARDITE INFECCIOSA

CEFTRIAXONA 2g EV dose de ataque depois de 1-2g EV de 12/12 horas OU CIPROFLOXAXINO 400mg EV 12/12 horas + METRONIDAZOL 500mg EV 8/8 horas
CEFTRIAXONA 2g EV dose de ataque depois 1-2g EV de 12/12 horas OU CIPROFLOXAXINO 400mg EV 12/12 horas + Preferir CIPRO se pé diabético + CLINDAMICINA 600mg EV 6/6 horas
CEFTRIAXONA 2g EV 12/12 horas
CEFTRIAXONA 2g EV dose de ataque depois 1-2g EV de 12/12 horas

É importante ressaltar que neste protocolo o paciente tem 2 caminhos a seguir. Se ele receber o diagnóstico de SEPSE, que por definição do ILAS tem como característica uma infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS6, deve-se seguir a ordem abaixo:



Se o paciente receber o diagnóstico de SEPSE GRAVE – Infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS – ou CHOQUE SÉPTICO – Sepse que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM <65mmHg), de forma independente de alterações do lactato⁶, o caminho será o mesmo:



É importante ressaltar que o chefe de plantão, após seguir qualquer destes 2 caminhos, deve-se solicitar vaga para hospital terciário e dar continuidade no tratamento.

Atenção: Segundo o ILAS, pacientes que já está definido cuidados de fim de vida, o protocolo de sepse deve ser descontinuado e o paciente deve receber o tratamento adequado para sua condição clínica⁶.

6 Referências

- 1) ILAS, Instituto Latino Americano de Sepse, 2022. Disponível em: <https://ilas.org.br/sepse-3-0/>. Acessado em: 03/2023;
- 2) ZOPPI, D. Sepse e Choque Séptico na Emergência., 2018. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/204/204.pdf>. Acessado em: 03/2023;
- 3) VIANA, R.A.P.P, MACHADO, F.R., SOUZA, J.L.A, SEPSE: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA A atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença, 3ª edição, 2020. Acessado em: 03/2023;
- 4) CRISTINA, J. Mais de 200 mil brasileiros morrem ao ano por SEPSE., 2022. Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/epm/noticias/mais-de-200-mil-brasileiros-as-morrem-ao-ano-por-sepse>. Acessado em: 03/2023;
- 5) SANARMED, SEPSE: Resumo completo, 2019. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/sepse-resumo-completo-mapa-mental>;
- 6) ILAS, Instituto Latino Americano de Sepse, IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE: Atendimento ao paciente adulto com sepse/choque séptico, 2018. Acessado em: 04/2023.

6 Anexo I

FORMULÁRIO IN74 - SEPSE - Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

Nome: _____ DATA: ____/____/____

F.A.: _____ HORA: _____ ENFERMEIRO: _____

ABERTURA DO PROTOCOLO: () CLASSIFICAÇÃO DE RISCO () CONSULTÓRIO MÉDICO () EMERGÊNCIA () OBSERVAÇÃO

ENFERMAGEM - Paciente apresentando pelo menos dois sinais?

() Hipertermia > 37,8° C ou hipotermia < 35° C

() Leucocitose > 12000, leucopenia < 4000 ou desvio de esquerda > 10%

() Taquicardia > 90 bpm

() taquipneia > 20 lpm

Crise de disfunção orgânica

() Oligúria

() Hipotensão PAS < 90 ou PAM < 65 mmHg

() Rebaixamento de nível de consciência

() Dispneia ou dessaturação

AVALIAÇÃO MÉDICA - Paciente apresenta história sugestiva de infecção?

() Infecção de foco Pulmonar

() Infecção de foco urinária

() Infecção abdominal aguda

() outras infecções _____

O paciente apresenta critérios para

() Infecção (ainda sem disfunção clínica, necessita de coleta de exames para descartar disfunção orgânica laboratorial)

() Sepsis

() Choque séptico

() SÉPSE
2 critérios de SIRS e 1 foco infeccioso

1. Monitorar função orgânica

2. Coletar exames (hmg, ur, cr, lactato, hemocultura)

3. Administrar Antibiótico na 1ª hora

4. Entrega do resultado dos exames na 1ª hora

() SEPSE GRAVE
() CHOQUE

1. Garantir reposição volêmica

2. Coletar exames (hmg, ur, cr, lactato, hemocultura)

3. Administrar Antibiótico na 1ª hora

4. Entrega do resultado dos exames na 1ª hora

CASO FICOU CONFIRMADO COMO
INFECÇÃO () SÉPSE () CHOQUE SÉPTICO

* Anexar protocolo de SEPSE na ficha de atendimento

* Faturamento separar as fichas de protocolos

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Elaborado	Revisado	Aprovado



Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação • Saúde

PROTOCOLO EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

 contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

 Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 – Cotia - SP CEP 06717-100



Sumário

1	Histórico de revisão:	3
2	Objetivo	4
3	Introdução	4
4	Executante.....	6
5	Descrição das Atividades.....	6
5.1	Recepção	6
5.2	Triagem	6
5.3	Atendimento Médico	6
6	Observações Gerais.....	8
7	Fluxograma.....	8
8	Referências	9
9	Anexos	9

1 Histórico de revisão:

Histórico de Revisão					
Implantação	1ª Revisão	2ª Revisão	3ª Revisão	4ª Revisão	5ª Revisão
XXXXXX	-	-	-	-	-

[illegible]

2 Objetivo

O objetivo deste protocolo é padronizar um fluxo de atendimento ao paciente que apresente sinais e/ou sintomas de distúrbios de comportamento, a fim de organizar a assistência e otimizar o tempo de atendimento.

3 Introdução

Emergências psiquiátricas são distúrbios que sinalizam alterações de comportamentos de um indivíduo, são condições clínicas que necessitam de um atendimento rápido mediante ao risco significativo de integridade física de si ou de terceiros (relacionado ao convívio familiar ou social)¹.

No Brasil existem apenas 52 unidades de emergências psiquiátricas, sendo 18 no estado de São Paulo. Além disso, 17 não existem mais e 14 são serviços de atendimentos gerais². Isso nos mostra a importância de se padronizar um atendimento a fim de agilizar o fluxo destes pacientes para fornecer um atendimento mais adequado a esta população justificando a existência deste protocolo.

4 Executante

Enfermeiro da classificação, equipe médica.

5 Descrição das Atividades

5.1 Recepção

O paciente deve realizar a abertura de ficha de atendimento na recepção portando documentos, como RG e cartão nacional do SUS. Caso o paciente NÃO tenha documentos para realizar a abertura de ficha, a recepção irá abrir o atendimento como DESCONHECIDO até que os documentos sejam providenciados. O paciente não ficará sem atendimento caso não possua identificação. Após a abertura da ficha de atendimento, a recepção deverá orientar o paciente a aguardar na recepção correspondente, adulto ou pediátrica.

5.2 Triagem



Durante a triagem o enfermeiro responsável pelo atendimento deve triar o paciente conforme Protocolo de acolhimento com classificação de risco PNH, 2004. Após classificação o paciente deve aguardar na área indicada para atendimento médico.

5.3 Atendimento Médico

Caso o paciente chegue na unidade em surto psicótico, primeiramente deve-se realizar a contenção química caso o paciente esteja apresentando risco de integridade física a si e aos demais membros presentes na unidade, através da administração de MIDAZOLAN ou HALDOL ou PROMETAZINA em bolus. Caso o paciente apresente impossibilidade de realização de contenção química endovenosa (EV) devido a agitação psicomotora, deve-se optar por MIDAZOLAN via intramuscular (IM). É imprescindível neste caso manter atenção ao rebaixamento do nível de consciência com ou não a necessidade de via aérea definitiva. Após realizar a contenção medicamentosa se necessário, deve-se descartar etiologia orgânica deste paciente solicitando rastreio infeccioso a todos os pacientes através da solicitação dos exames primários, como: hemograma, coagulograma, PCR, ureia, creatinina, sódio, potássio, urina 1, eletrocardiograma e teste rápido antígeno do COVID.

- 6 Se o paciente chegar a unidade em suspeita de TENTATIVA DE AUTO EXTERMÍNIO que abusaram do uso de substâncias medicamentosas, deve-se seguir os protocolos clínicos de ACLS e encaminhar para a sala amarela. Em ambos os casos, é importante que o chefe de plantão esteja presente para decidir o caminho que este paciente irá seguir. Após a solicitação do rastreio infeccioso, o chefe de plantão deve internar o paciente e solicitar vaga para Unidade Emergencial de Saúde Mental. Ao solicitar a vaga, o chefe de plantão deve preencher o documento de Solicitação de Vaga Psiquiátrica (Anexo 1) e encaminhar este documento anexo ao e-mail: xxxxxxxx. Caso o paciente chegue a unidade com abuso de drogas recente IMEDIATO e apresente alterações clínicas, ele deve-se manter na unidade de pronto atendimento até estabilização dos seus sinais clínicos**
- Introdução**



Emergências psiquiátricas são distúrbios que sinalizam alterações de comportamentos de um indivíduo, são condições clínicas que necessitam de um atendimento rápido mediante ao risco significativo de integridade física de si ou de terceiros (relacionado ao convívio familiar ou social)¹.

No Brasil existem apenas 52 unidades de emergências psiquiátricas, sendo 18 no estado de São Paulo. Além disso, 17 não existem mais e 14 são serviços de atendimentos gerais². Isso nos mostra a importância de se padronizar um atendimento afim de agilizar o fluxo destes pacientes para fornecer um atendimento mais adequado a esta população justificando a existência deste protocolo.

7 Executante

Enfermeiro da classificação, equipe médica.

8 Descrição das Atividades

5.1 Recepção

O paciente deve realizar a abertura de ficha de atendimento na recepção portando documentos, como RG e cartão nacional do SUS. Caso o paciente NÃO tenha documentos para realizar a abertura de ficha, a recepção irá abrir o atendimento como DESCONHECIDO até que os documentos sejam providenciados. O paciente não ficará sem atendimento caso não possua identificação. Após a abertura da ficha de atendimento, a recepção deverá orientar o paciente a aguardar na recepção correspondente, adulto ou pediátrica.

5.2 Triagem

Durante a triagem o enfermeiro responsável pelo atendimento deve triar o paciente conforme Protocolo de acolhimento com classificação de risco PNH, 2004. Após classificação o paciente deve aguardar na área indicada para atendimento médico.

5.3 Atendimento Médico

Caso o paciente chegue na unidade em surto psicótico, primeiramente deve-se realizar a contenção química caso o paciente esteja apresentando risco de integridade física a si e aos demais membros presentes na unidade, através da administração de MIDAZOLAN ou HALDOL ou PROMETAZINA em bolus. Caso o paciente apresente impossibilidade de realização de contenção química endovenosa (EV) devido a agitação psicomotora, deve-se optar por MIDAZOLAN via intramuscular (IM). É imprescindível neste caso manter atenção ao rebaixamento do nível de consciência com ou não a necessidade de via aérea definitiva. Após realizar a contenção medicamentosa se necessário, deve-se descartar etiologia orgânica deste paciente solicitando rastreio infeccioso a todos os pacientes através da solicitação dos exames primários, como: hemograma, coagulograma, PCR, ureia, creatinina, sódio, potássio, urina 1, eletrocardiograma e teste rápido antígeno do COVID.

Se o paciente chegar a unidade em suspeita de TENTATIVA DE AUTO EXTERMÍNIO que abusaram do uso de substâncias medicamentosas, deve-se seguir os protocolos clínicos de ACLS e encaminhar para a sala amarela. Em ambos os casos, é importante que o chefe de plantão esteja presente para decidir o caminho que este paciente irá seguir. Após a solicitação do rastreio infeccioso, o chefe de plantão deve internar o paciente e solicitar vaga para Unidade Emergencial de Saúde Mental. Ao solicitar a vaga, o chefe de plantão deve preencher o documento de Solicitação de Vaga Psiquiátrica (Anexo 1) e encaminhar este documento anexo ao e-mail: xxxxxxxx. Caso o paciente chegue a unidade com abuso de drogas recente IMEDIATO e apresente alterações clínicas, ele deve-se manter na unidade de pronto atendimento até estabilização dos seus sinais clínicos antes de ser transferido.

É importante ressaltar que não é necessário que o paciente aguarde obrigatoriamente as 24 horas para ser transferido, caso apresente estabilização do quadro ANTES deste período, a transferência já é indicada. Caso haja RECUSA do paciente pela unidade referida, o chefe de plantão deve realizar uma notificação via e-mail para unidade.

Em caso de EVASÃO desta população o enfermeiro responsável pelo setor



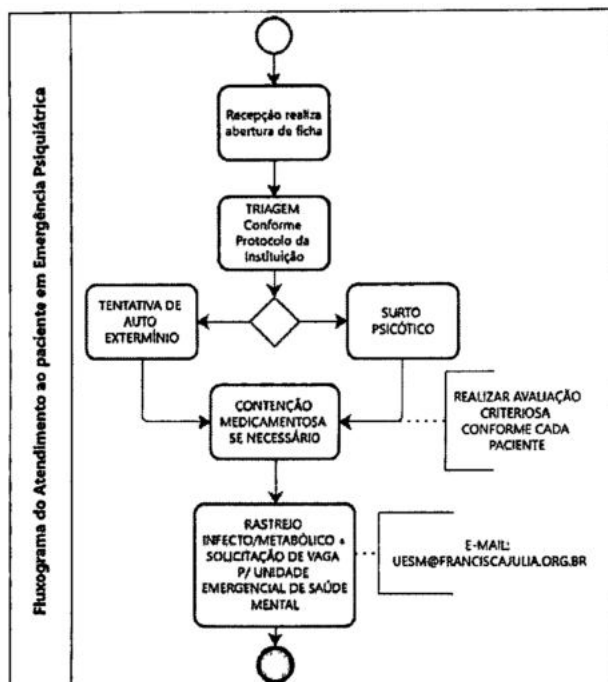
deve realizar o Boletim de Ocorrência online através do link: <https://www.delegaciaeletronica.policiacivil.sp.gov.br/ssp-de-cidadao/pages/comunicar-ocorrencia>, selecionando a opção "Outras ocorrências" disponível no site.

Os pacientes observados que vem encaminhado da Unidade de Emergência de Saúde Mental que tem necessidade de avaliação clínica poderão ser encaminhados para UPA para este fim. Este encaminhamento acontecerá após o aceite do caso pelo chefe de plantão via e-mail. Na chegada do paciente a unidade de pronto atendimento, o paciente passará em avaliação clínica e rastreio infectometabólico. Após essa etapa e descartado etiologia orgânica, o chefe de plantão solicitará novo encaminhamento para a unidade inicial de saúde mental. Caso seja encontrado algum distúrbio orgânico, o mesmo será corrigido antes de encaminhar o paciente para sua unidade inicial de saúde mental ou serpa transferido para unidade de referência clínica.

9 Observações Gerais

Em caso de dúvidas o médico deverá entrar em contato com a coordenação médica, para discussão do caso e definição de conduta.

10 Fluxograma



11 Referências

- 1) VEDANA, K.G.G., Urgências e Emergências Psiquiátricas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2488054/mod_resource/content/3/Nota%20pasta/APOSTILA%20URGENCIAS%20PSIQUI%C3%81TRICAS%202016.pdf;
- 2) CAMATTA, B., Brasil conta com apenas 52 unidades públicas de emergência psiquiátrica, Jornal da USP, 2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/brasil-counta-com-apenas-52-unidades-publicas-de-emergencia-psiquiatica/>.

12 Anexos

Anexo 1 - Formulário de Solicitação de Vaga Psiquiátrica

contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 - Cotia - SP CEP 06717-100

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA - UESM

A. DADOS PESSOAIS	
Nome completo: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: _____ CPF: _____
() Particular () Convênio: _____ Carteira n.º _____	
Hospital de Origem: _____	Sector: _____
Telefone: (____) _____	Remetente: _____ Médico Solicitante: _____
Está em companhia de um familiar? () Não* () Sim: Qual o grau de parentesco? _____	
*Faz-se necessária a presença do familiar no ato da internação	

B. DADOS CLÍNICOS	
Data de entrada no Hospital de Origem: ____/____/____	
Quarta principal (na entrada do serviço de origem): _____	
História da Doença Atual: _____	
Resumo da avaliação realizada no Serviço de Origem: _____	
Clínica Geral () Sim () Não Especialidade () Sim () Não Qual: _____	
Exames Complementares: () Sim () Não Em caso afirmativo obrigatório anexar cópia	
Doenças pregressas: _____	
Prescrição Atual: _____	
Hipótese diagnóstica: _____	
CID: _____	
Realizado Notificação SINAN () Sim () Não	

C. SINAIS VITAIS	
Pressão Arterial: ____ x ____ mmHg	P: ____ bpm R: ____ lpm SpO ₂ : ____ %
Teste de Glicemia Capilar: ____ mg/dl	Glasgow: ____ Acamado? () Não () Sim
Assinatura e Carimbo: _____	

D. PARECER DO MÉDICO PLANTONISTA	
1 - () Interação Aceita () Voluntária () Involuntária () Definir na admissão	
2 - () Interação Negada* 3 - () Solicitados exames e/ou avaliações complementares*	
*Caso positivo nos itens 2 e/ou 3, justificativa: _____	
Data: _____ Hora: _____	
Assinatura e Carimbo: _____	

Elaborado	Revisado	Aprovado

24



Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE DESASTRES COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS

 contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

 Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 – Cotia - SP CEP 06717-100

Sumário

1	Histórico de revisão:	3
2	Caracterização.....	3
3	Fases do plano	4
4	Capacidade de atendimento	4
5	Organização da área física.....	4
6	Nível de Resposta	7
7	Formulário	15

a eficácia na Gestão de Riscos.

A UNIDADE XXXXXXXXXX será referência para descontaminação. Em situações de catástrofe ou acionamento do objetivo passa a ser a estabilização do paciente e com limitação dos recursos individuais define-se como situação de desastre ou para acionamento deste plano quando o número de vítimas excederem a capacidade do hospital em atender pacientes com os recursos disponíveis diariamente no pronto-socorro, sendo necessário ativar os recursos externos (municipais, estaduais ou federais) para apoio. (Vide níveis de resposta). O plano será ativado em seus vários níveis de acordo com o número de vítimas.

3 Fases do plano

1. Ativação do plano
2. Notificação
3. Centro de Gerenciamento de Crises
4. Triagem
5. Tratamento
6. Desmobilização

4 Capacidade de atendimento

- Até XX vítimas de trauma leve (XX em poltrona e XX em colchonetes)
- XX de trauma moderado (XX adultos e XX crianças)
- XX vítimas graves sob Ventilação Mecânica
- XX vítimas graves no qual não precisará de Ventilação Mecânica.

5 Organização da área física

Atendimento aos Pacientes:

- 1. Sala de Emergência
- 2. Sala de Medicação II (com poltronas)
- 3. Sala de Inalação (desativará as cadeiras e colocaremos colchonetes no chão)
- 4. Sala das Observações
- 5. Isolamento
- 6. Consultórios
- 7. Recepção Central
- 8. Recepção Externa

Recursos de Apoio:

- Laboratório sem coletores exclusivos
- Setor de RX com 01 sala
- Pontos de oxigênio e ar comprimidos (sala de emergência), (sala de observações), (sala de inalação), (sala de medicação II).

Atendimento aos familiar

Unidade de apoio ao paciente que consta de Assistente Social. Os familiares deverão aguardar atendimento na entrada da portaria da recepção central externa onde serão abordados pela equipe do Serviço Social para receber informações e apoio.

Apoio à Mídia:

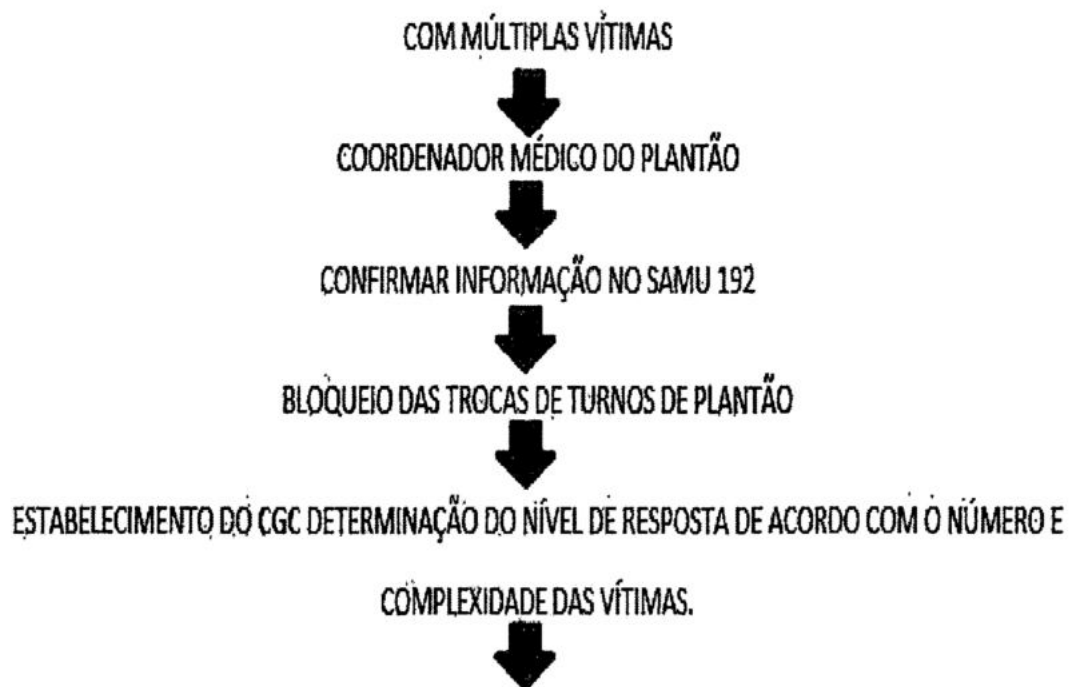
Caberá à Assessoria de Comunicação da UNIDADE XXXX contatar as equipes de jornalistas que deverão aguardar na entrada da Portaria Central. A Assessoria de Comunicação prestará as informações referentes ao evento na sala da Coordenação Médica.

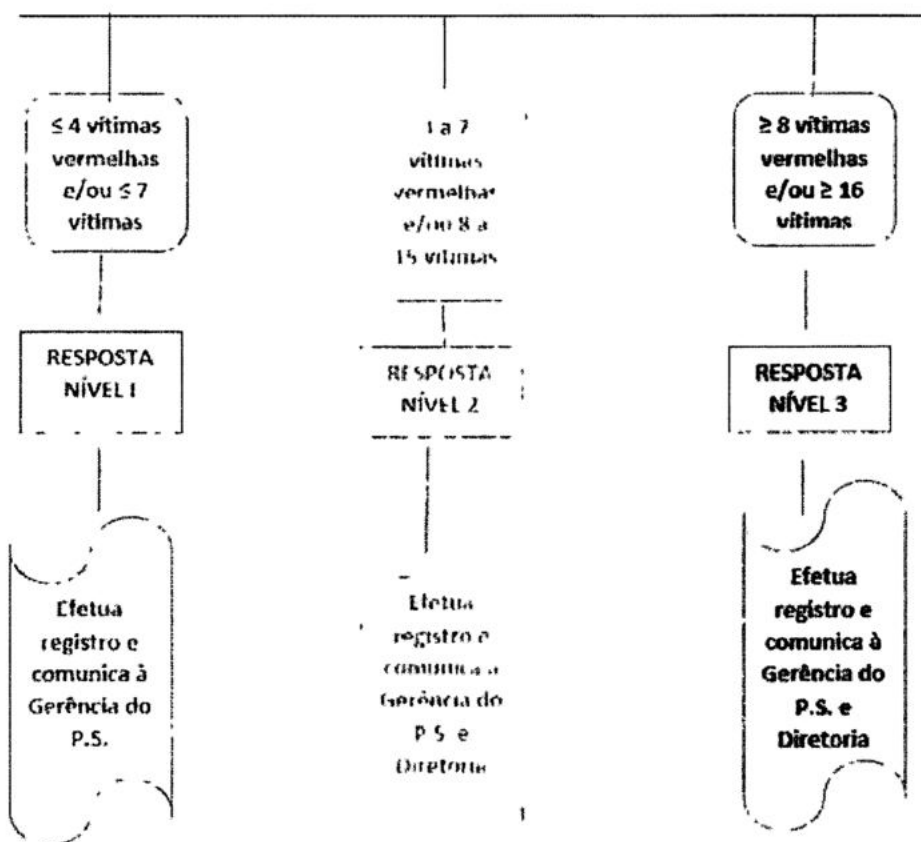
Sede do Centro de Gerenciamento de Crises (CGR)

Sala da Coordenação Médica do Plantão do Pronto-Socorro.

Ativação do Plano de Gerenciamento de Crises UPA XXXXXX

PLANO DE ATENDIMENTO A DESASTRES E CATÁSTROFES, POSSIBILIDADE DE CATÁSTROFE OU ACIDENTE





6 Nível de Resposta

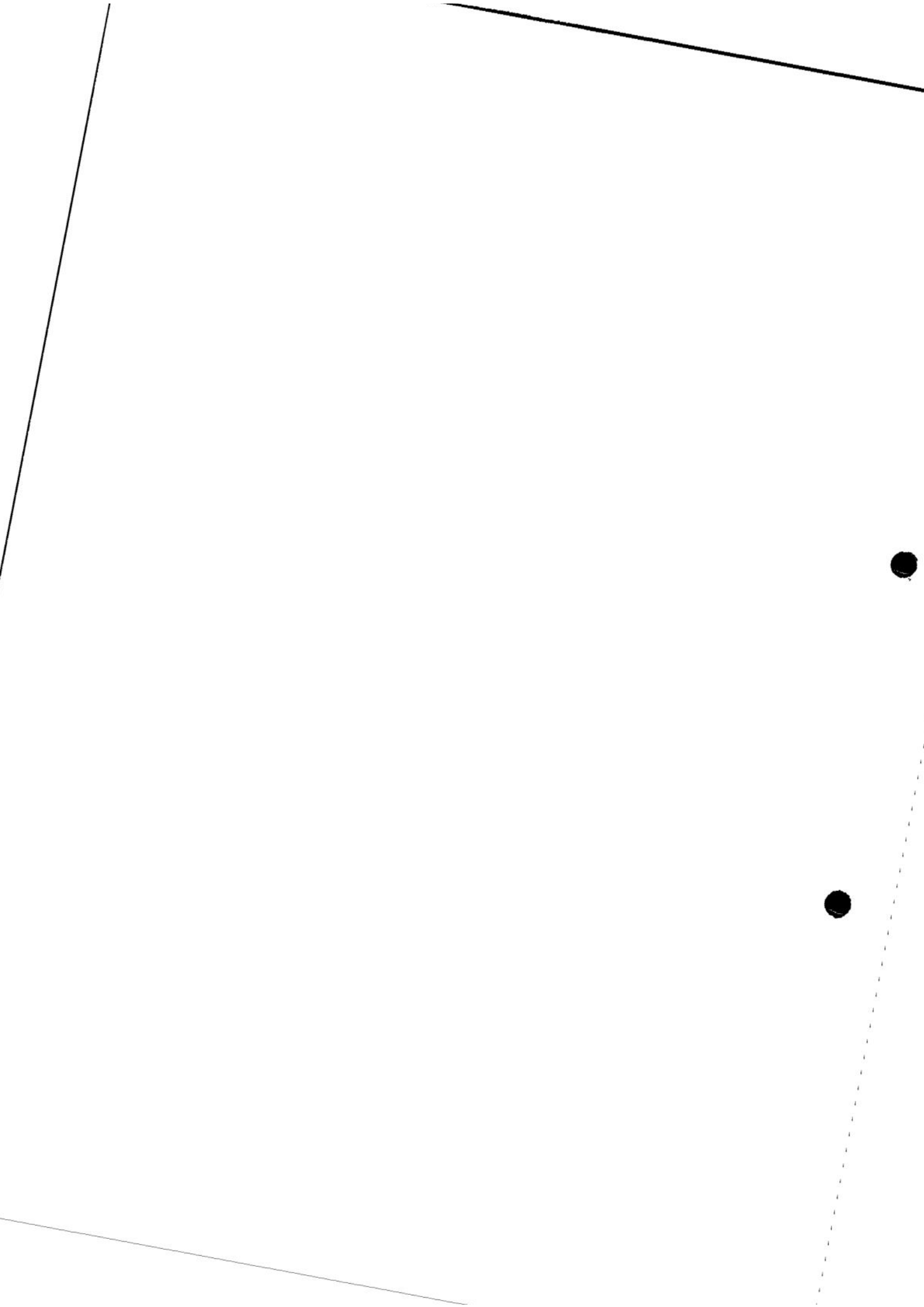
Resposta Nível I

1. Recursos humanos do Pronto-Socorro são suficientes para atendimento às vítimas.

R: Liberação do turno bloqueado.

Resposta Nível II –

1. Recursos humanos do Pronto-Socorro são suficientes para atendimento às vítimas.



R: Não há liberação do turno bloqueado. Recrutamento de outros setores disponíveis na UNIDADE: Esvaziar sala de emergência; interromper classificação de risco da triagem; acionar coordenadores para acionar funcionários de outros setores. Providenciar leitos nas observações viabilizando altas. Limitar exames laboratoriais

Resposta Nível III – 1. Recursos humanos do setor não são suficientes para atendimento às vítimas.

2. Recrutamento em outros setores conforme nível II ou em domicílio.

Composição do Centro de Gerenciamento de Crises: A composição do CGC obedece a ordem hierárquica decrescente e difere de acordo com os níveis da Resposta.

1. Coordenador médico de equipes do plantão;
2. Enfermeiros do Pronto Atendimento, da Sala de Emergência e da Classificação de Risco;
3. Médico Triador;
4. Médico emergência;
5. Serviço Social;
6. Serviço de Nutrição;
7. Serviço de Farmácia;
8. Secretários administrativos.

OBS: A Coordenação da Urgência e Emergência do Pronto-Socorro (ação em Resposta de Nível II e III) assim como a Diretoria estarão absolutamente

envolvidas em situações de Respostas Nível II e III.

Definição da área física para os atendimentos

Os locais de atendimento aos pacientes acontecerão de acordo com a definição do Médico triagista. O fluxograma abaixo ilustra o atendimento e os locais.

Paciente chega do evento na UNIDADE XXX pelo
 Atendimento Pré-Hospitalar ou demanda espontânea

Médico e Enfermeiro triagistas farão a triagem de
 acordo com o fluxograma do protocolo de classificação
 vigente na área de entrada de maca do pronto socorro.

Médico e Enfermeiro triagistas definem local de
 atendimento de acordo com o fluxograma de protocolo de
 classificação vigente

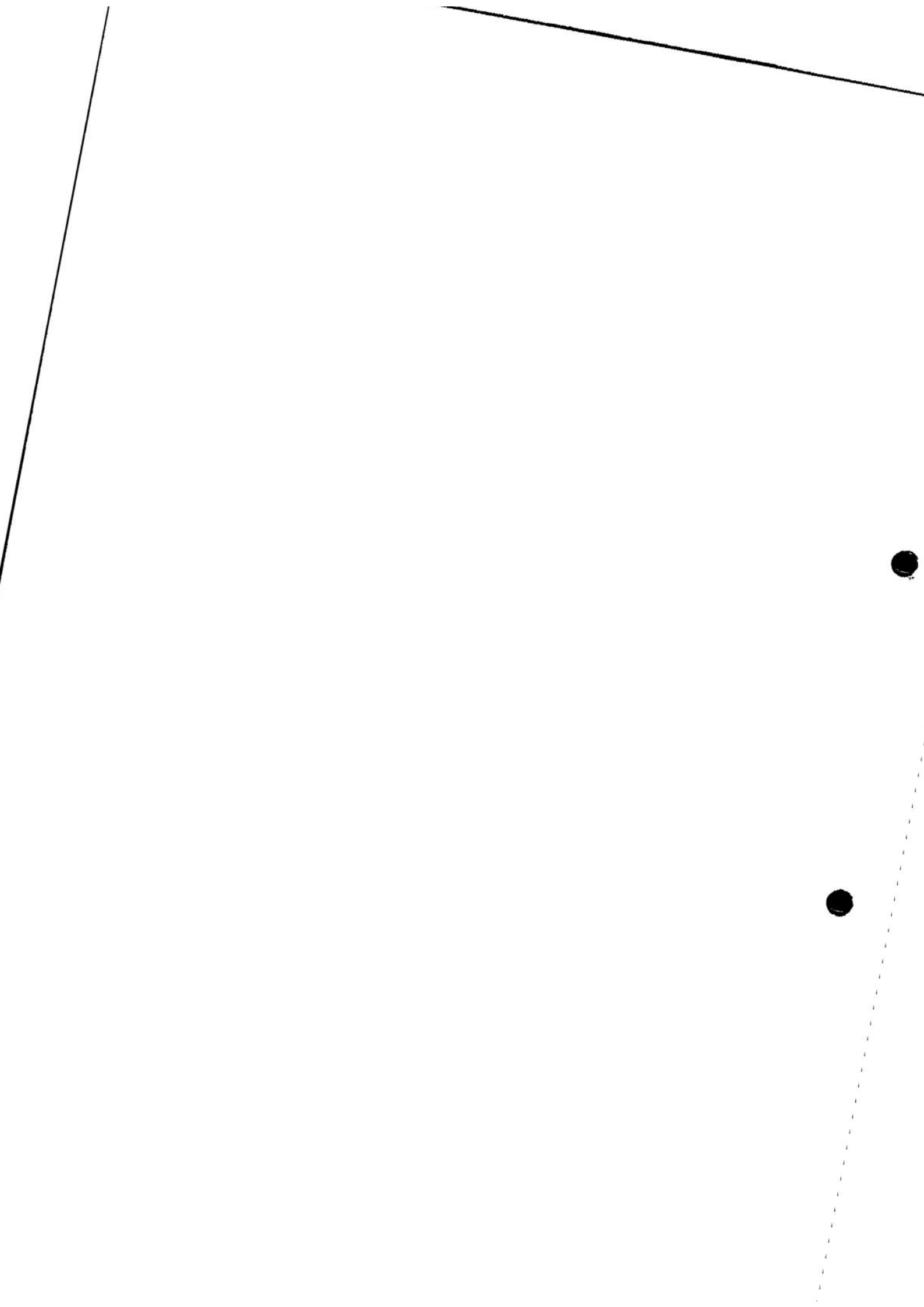
ONDE?

Vítima
 preta:
 direto ao
 necrotério

Vítima
 verdes M2
 ou Sala de
 Inalação

Vítima
 amarelo;
 Observação

Vítima
 vermelho:
 sala de
 emergência



Responsável	Atribuição
CGR(CENTRO DE GERENCIAMENTO DE RISCO) Telefone XXXXX Ramais: XXX/XXX	Ativa o plano (deverá ser ativado pelo coordenador médico de equipe do plantão); 2. Recebe informações sobre áreas envolvidas e dimensiona os recursos humanos e materiais do hospital; 3. Realiza a triagem das vítimas a fim de orientar o fluxo interno; 4. Eleva ou reduz o nível de resposta, até concluir pela desmobilização; 5. Coordena a transferência interna de pacientes bem como o referenciamento para unidades de apoio; 6. Autonomia para tomada de decisões, realocando recursos, mudando inclusive o Protocolo médico, desde que justificado; 7. Contata a Assessoria de Comunicação, autoridades e órgãos públicos; 8. Reporta à Coordenação do Pronto-Socorro e Diretoria de acordo com o nível de Resposta
Coordenador Médico de Equipe do Plantão Telefone XXXXXXX Ramais: XXXX	1.Coordena o atendimento aos pacientes, aciona gerentes e coordenadores setoriais, além dos coordenadores de especialidades; 2. Autoriza, viabiliza e registra as transferências dos pacientes para a rede; 3. Solicita aos coordenadores de apoio o recrutamento de pessoal administrativo e assistencial à distância; 4. Define juntamente com a(o) enfermeira(o) do Pronto Atendimento, Sala de Emergência e Classificação de Risco o momento em que se atingiu a capacidade máxima de atendimento, informando ao SAMU, Bombeiros, Gerência do P.S.e Diretoria; 5. Ordena a suspensão temporária da Classificação de Risco;



Enfermeiros do Pronto Atendimento, Sala de Emergência e Classificação de Risco

1. O enfermeiro do Pronto Atendimento convoca um enfermeiro da Classificação de Risco para assumir a assistência na Observação do Acolhimento. O outro enfermeiro da Classificação de Risco será incorporado ao CGC. Na situação de estarem 2 enfermeiros na Sala de Emergência Adulto, 01 deles será incorporado ao CGC e o outro permanecerá na assistência; porém, se houver apenas 01 enfermeiro na Sala de Emergência Adulto, este permanecerá na assistência;
2. Informa ao secretário do CGC, responsável pela comunicação com os diversos setores, o nível de Resposta;
3. Registra a necessidade da ativação do CGC – Centro de Gerenciamento de Crises
4. Define com os enfermeiros envolvidos o número de auxiliares de enfermagem a serem convocados dos outros setores, comunica as coordenações de apoio e orienta a assistência nas áreas de demanda;
5. Gerencia ação coordenada nos setores de Segurança, Manutenção, Laboratório, CME, Farmácia, Rouparia, Recepção do P.S., Limpeza, Serviço Social, dimensionando recursos materiais; Coordena a equipe de transporte interno dos pacientes com o acionamento e controle dos maqueiros e amplia o serviço, conforme a necessidade.

Secretários Administrativos	1. Informam por telefone o nível de Resposta (ou se preciso pessoalmente) aos setores críticos (Segurança, Manutenção, Laboratório, CME, Farmácia, Rouparia, Recepção do P.S., Limpeza, Serviço Social). 2. Efetuam ligações telefônicas conforme solicitação do coordenador de equipe; 3. Recrutam pessoal à distância quando a Resposta Nível III for acionada, por orientação dos gerentes de área assistencial e coordenadores de apoio assistencial; 4. Mantêm registro das pessoas contatadas e o horário; 5. Registram o horário de início e término dos esforços; 6. Informam a liberação de vagas nas redes de referências 7. Solicitam ambulâncias conforme a necessidade do CGC para transferência de pacientes, de acordo com as determinações médicas (prioridade aos pacientes graves).
Médico Triador	1. Médico assistente e experiente da equipe se desloca, conforme determinação do coordenador médico de equipe, à entrada da UPA para realizar triagem inicial das vítimas, com o intuito de organizar o atendimento e fluxo interno dos pacientes; 2. Na situação de necessidade deste profissional para atendimento na sala de emergência, este deve delegar sua atribuição a outro colega da equipe.
Equipe multiprofissional assistencial de plantão	1. Prestam atendimento segundo os critérios de prioridade; 2. Preenchem a Ficha de Atendimento manualmente em situações de Crise.
Chefe da urgência e Emergência	1. Apoia o coordenador médico na alocação de recursos humanos e materiais, bem como na comunicação com a rede de apoio que abrange as UNIDADE's e Hospitais Públicos do Município. 2. Presta atendimento de acordo com a sua área de atuação conforme necessidade.

Gerência Assistencial e Diretoria Geral	1. Apoia o Chefe do Pronto-Socorro na adoção de ações em esferas superiores de atenção à saúde, no âmbito das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. 2. Presta atendimento de acordo com a sua área de atuação conforme necessidade.
Porteiros e Vigilantes	1. Orientam o fluxo de pessoas; 2. Controlam a entrada de ambulâncias, identificação de visitantes, entrada de funcionários e acesso das equipes de imprensa; 3. Isolam a área de acesso ao Pronto-Socorro de forma a garantir a movimentação de pessoas necessárias ao pleno funcionamento do Plano de Gerenciamento de Crises, em sua integralidade; 4. Informam ao CGC a necessidade de solicitação de guardas de trânsito e apoio policial; 5. Controlam rigorosamente todas as entradas do Pronto Atendimento.
Higienização Hospitalar	1. Garante a limpeza e/ou desinfecção da área de atendimento, estando sempre próximos ao local; 2. Recolhe os resíduos sólidos e biológicos e mantém os sanitários limpos.
Farmácia	1. Garante o abastecimento de materiais e medicamentos suficientes no setor envolvido no atendimento; 2. Garante a entrega de kits de materiais e medicamentos de emergência padronizados; 3. Disponibiliza recursos pessoais para entregas e abastecimentos.
Unidade de Diagnóstico por Imagem	1. Organiza a disponibilidade imediata do setor e informa ao CGC; 2. Disponibiliza recursos pessoais para a realização dos exames com deslocamento de 1 técnico exclusivo para o poli e outro exclusivo para a sala de reanimação; 3. Suspensão imediata dos exames eletivos.

Laboratório	1. Organiza a disponibilidade imediata do setor e informa ao CGC; 2. Disponibiliza recursos pessoais para a realização dos exames, requisitando voluntários. 3. Destina 2 colhedores exclusivos para a sala de politraumatizados 4-Efetua ações para redução do tempo da entrega de resultados.
Equipe de Transporte Interno de Pacientes	1. Transporta de forma segura os pacientes entre os diversos setores do hospital. 2. Atende de forma imediata às solicitações do CGC.
Serviço Social	1. Elabora a lista de pacientes atendidos e verifica quais estão sem acompanhantes; 2. Providencia o contato com os familiares dos pacientes desacompanhados; 3. Fornece apoio familiar; 4. Colabora na referencia de pacientes com menor gravidade para outras unidades de saúde, de acordo com as definições do CGC.
Assessoria de Comunicação	1. Aciona as principais vias de comunicação do Município e comunica o evento; 2. Presta suporte amplo à mídia; 3. Estabelece local seguro para instalação da equipe de mídia em frente à entrada da portaria CENTRAL.

7 Formulário

Formulário de preenchimento do Plano de Atendimento a Desastres

Formulário de Plano Atendimento a Desastres e Catástrofes Formulário No. _____

Data do registro: ____/____/____ Hora do registro: ____:____

Responsável pelo registro: _____

Local de ocorrência do evento:

Descrição do Evento:

Nível de

Resposta:

Resposta Nível I ()

Resposta Nível II ()

Resposta Nível III ()

Informação das Vítimas:

1) Número total de vítimas do evento:

2) Número total de vítimas recebidas no UPA SÃO LAVRAS:

3) Número total de vítimas transferidas para rede apoio:

4) Ações durante e após o evento:

Coordenador médico do plantão: _____

Hora de registro do final do evento: ____:____

Elaborado	Revisado	Aprovado





Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

✉ contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

📍 Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 – Cotia - SP CEP 06717-100

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. Finalidade

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

2. Justificativa

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar¹.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Entre 2003 e 2005, The United Kingdom National Patient Safety Agency apresentou 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety entre 2000 e 2003¹.

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa³.

Muitas instituições fazem uso das pulseiras para identificar seus pacientes. Em pesquisa relacionada à aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maior parte dos pacientes era favorável e que considerava importante a necessidade de utilização de algum método de identificação pelos hospitais, principalmente após explicação sobre as consequências de uma identificação incorreta⁴. Segundo os autores, cerca de 84% dos pacientes consideravam que o hospital deveria utilizar as pulseiras e 90% afirmaram que concordariam em utilizá-las⁴.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência⁵. Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos⁵.

Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente².

3. Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

4. Intervenção

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

4.1. Identificar os pacientes

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. As especificações da pulseira de identificação do paciente estão descritas no Apêndice deste Protocolo.

O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente. Em geral, o local escolhido para o adulto é o punho, mas, para recém-nascidos, a pulseira deve ser colocada preferencialmente no tornozelo. Nos casos em que não haverá possibilidade do uso em adultos em membros superiores, indicar o uso em membros inferiores.

4.2. Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador

Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 2 identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

4.3. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

5. Procedimento operacional

5.1. Identificar o paciente

A identificação de todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório) deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.

A identificação do recém-nascido requer cuidados adicionais. A pulseira de identificação deve conter minimamente a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido, bem como outras informações padronizadas pelo serviço de saúde.

O serviço de saúde deve prever o que fazer caso a pulseira caia ou fique ilegível.

CASOS ESPECIAIS: O serviço de saúde deve definir como identificar pacientes que não



possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados.

5.1.1. Definições Institucionais

A instituição deve definir um membro preferencial para a colocação de pulseiras como dispositivo de identificação.

Deverá ser promovido um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como:

- edemas,
- amputações,
- presença de dispositivos vasculares,
- entre outros.

Utilizar no mínimo dois identificadores como:

- nome completo do paciente,
- nome completo da mãe do paciente,
- data de nascimento do paciente
- número de prontuário do paciente.

Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

O serviço deve definir o que deve acontecer se a pulseira de identificação estiver danificada, ou for removida ou se tornar ilegível.

O registro dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou podem ser manuscritos.

Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve:

- Ser fácil de ler, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água, sabão e detergentes, géis, sprays, produtos de limpeza a base de álcool, hemocomponentes e outros líquidos corporais, e qualquer outro líquido ou preparação; e
- Não se desgastar durante a permanência do paciente no hospital.

Para que essas exigências sejam atendidas, as etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação.

Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação. A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável.

A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação, sendo necessário o uso de canetas especiais.

Os serviços de saúde devem desenvolver, implementar e revisar regularmente processos que facilitem a correta identificação dos pacientes na passagem de caso entre as equipes de saúde, na

transferência e na alta do paciente.

5.1.2. Transferências de Pacientes

Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do paciente pode ser o endereço, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde. O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde.

Quando o paciente for morador de rua, de instituição de longa permanência, desabrigado, proveniente de catástrofes, de localidades na periferia e interior, onde não há número de casa ou rua para ser referenciado, o serviço de saúde determinará o identificador adicional.

Quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde e nenhum dos identificadores do paciente estiver disponível, o máximo possível de detalhes deve ser registrado, como:

- O local de onde a pessoa foi resgatada e o horário,
- O número de registro do atendimento do serviço de ambulância,
- A descrição física da pessoa.

Essas informações devem ser registradas em todos os documentos importantes e constar no prontuário.

IMPORTANTE: O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.

5.2. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

5.2.1.A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui:

- A administração de medicamentos,
- A administração do sangue,
- A administração de hemoderivados,
- A coleta de material para exame,
- A entrega da dieta e;
- A realização de procedimentos invasivos.

5.2.2.O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

5.2.3.A identificação do hemocomponente e dos hemoderivados deve seguir a legislação específica.

5.2.4.A confirmação da informação contida na pulseira do recém-nascido e na pulseira

da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe).

5.2.5. Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento que comprove o nome da mãe e deverá ser realizada a confirmação com os dados existentes na pulseira do recém-nascido.

5.2.6. Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

5.2.7. A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança.

5.2.8. PEÇA ao paciente que declare (e, quando possível, solete) seu nome completo e data de nascimento.

5.2.9. SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível.

5.2.10. Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas

5.2.11. NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

5.2.12. NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

6. Estratégias de monitoramento e indicadores

6.1. Notificação dos casos de identificação errada de pacientes

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

A implementação das recomendações geradas pelas investigações devem ser monitoradas pelo próprio serviço de saúde.

6.2. Indicadores

Mecanismos de monitoramento e auditorias rotineiras devem ser realizadas nas instituições para verificar o cumprimento deste protocolo e garantir a correta identificação de todos os pacientes em todos os cuidados prestados.

Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

6.2.1. Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.

6.2.2. Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde.

APÊNDICE

ESPECIFICAÇÕES DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

I. Cor

- A pulseira usada para a identificação do paciente deve ser de cor branca.
- Pulseiras coloridas de alerta ou etiquetas não devem ser utilizadas como identificadoras do paciente, devido ao aumento dos riscos de erros de identificação.

II. Tamanho

As pulseiras de identificação do paciente devem se adequar ao perfil dos pacientes, sendo:

- Compridas o suficiente para serem utilizadas em pacientes obesos, pacientes com linfedema e pacientes com acessos venosos e curativos;
- Pequenas o suficiente para serem confortáveis e seguras em recém-nascidos, bebês e crianças.

Os ajustes necessários para a variedade de tamanhos e características de pacientes podem ser conseguidos aumentando o comprimento máximo disponível para a pulseira de identificação.

Se o comprimento adicional da pulseira de identificação tiver que ser cortado, a equipe deve ser capaz de fazer isto com segurança, de preferência sem o uso de tesoura, pelo risco de incidentes. As extremidades do corte não devem ser afiadas.

Alternativamente, as pulseiras de identificação podem ser feitas em tamanhos variados.

III. Conforto

Os aspectos de conforto relacionados às pulseiras de identificação do paciente incluem:

- Forma – não deve haver cantos, contorno ou bordas afiadas que possam irritar ou friccionar a pele.
- Bordas – o material utilizado nas bordas da pulseira deve ser macio e liso para assegurar o conforto durante o uso prolongado. Isso inclui todas as bordas produzidas ao cortar o tamanho da pulseira.
- Fixadores – os fixadores não devem pressionar a pele.
- Material – o material da pulseira de identificação deve ser flexível, liso, impermeável, lavável e não-alérgico.

IV. Facilidade de uso

As pulseiras de identificação do paciente devem ser:



- a) Fáceis de limpar.
- b) Impermeáveis e resistentes a líquidos (sabão, detergentes, géis, sprays, esfregas, produtos de limpeza a base de álcool, sangue e outros líquidos corporais).
- c) Projetadas de maneira que permitam que os pacientes as lavem.
- d) Fáceis de utilizar por todos os profissionais que possam ter a responsabilidade pela emissão, aplicação e verificação das pulseiras de identificação.

Os seguintes aspectos devem ser considerados para facilitar o uso das pulseiras:

- a) Armazenamento;
- b) Acesso ao local de armazenamento;
- c) Preenchimento dos identificadores do paciente;
- d) Mudança ou atualização de informação;
- e) Leitura e verificação da informação;
- f) Colocação no paciente (incluindo a seleção do tamanho correto ou o ajuste ao comprimento correto);
- g) Fixação;

Remoção.

IMPORTANTE: A pulseira de identificação não deve agarrar na roupa, no equipamento ou nos dispositivos, inclusive nos acessos venosos.

V. Registro dos identificadores do paciente

Os serviços de saúde utilizarão diferentes métodos para gerar os identificadores do paciente a serem incluídos na pulseira de identificação. Em alguns casos, podem ser impressos diretamente do computador do serviço de saúde; em outros, eles podem ser manuscritos.

Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve ser:

- a) Fácil de ler;
- b) Durável e não se desgastar durante toda a permanência do paciente no serviço de saúde, considerando a sua substituição, sempre que recomendada;

Para que as exigências sejam atendidas:

- a) As etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação. Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação.
- b) A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável.
- c) A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade

da informação.

- d) O espaço disponível para a inserção dos dados do paciente deve ser adequado para que os identificadores do paciente sejam registrados de forma clara e inequívoca.
- e) A mesma disposição, ordem e estilo da informação devem ser usados em todas as pulseiras de identificação do paciente de uma mesma unidade de saúde a fim de garantir a padronização. Isso facilita a leitura das pulseiras de identificação, evitando erros.
- f) A data de nascimento deve ser registrada no formato curto como DD/MM/AAAA (por exemplo, 07/06/2005).
- g) Deve haver espaço suficiente para incluir nomes longos, nomes múltiplos e nomes hifenizados.
- h) Os identificadores devem ter um tamanho e estilo de fonte de fácil leitura, devendo ser evitados o itálico, o estilo simulando o manuscrito e os tipos de fonte ornados. Uma fonte comum deve ser utilizada com tamanho mínimo entre 12 e 14 pontos.
- i) No caso de identificadores manuscritos, deve ser utilizada letra de forma e tamanho adequado para a leitura.
- j) Para a impressão dos identificadores do paciente, deve ser usada cor que seja claramente legível em circunstâncias de iluminação reduzida (tais como enfermarias durante a noite) e por aqueles com deficiência visual.



PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Título: PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Referências Bibliográficas

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE JOINT COMMISSION, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Aide Memoire. Patient Safety Solutions, vol1, solution 2, may 2007.

SCHULMEISTER, L. Patient misidentification in oncology care. Clin J Oncol Nurs. 2008 Jun; 12(3):495-8.

CLEOPAS, A; KOLLY,V; BOVIER, P.A.; GARNERIN,P.; T.V. Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients. Qual Saf Health Care, 2004. 13(5) Pgs. 344-8.

SMITH, AF., CASEY K, WILSON J; FISCHBACHER-SMITH D. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. Int J Qual Health Care. 2011 Oct;23(5):590-9.

SOUTH AUSTRALIA. DEPARTMENT FOR HEALTH AND AGEING. Policy Guideline - Patient Identification Guideline, 2011.

WALES. NATIONAL HEALTH SERVICE. 1000 Lives Plus. Tools for improvement: Reducing patient identification errors. 2012, 32p. www.1000livesplus.wales.nhs.uk

Elaborado	Revisado	Aprovado



Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA

Handwritten signature

contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 - Cotia - SP CEP 06717-100

PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA**1. Finalidade**

A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde - OMS¹.

2. Justificativa

O volume anual de cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano². Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte³.

Revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que 01 (um) em cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente. O mesmo estudo revelou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico⁴. As taxas de eventos adversos em cirurgia geral variam, segundo diferentes estudos e métodos de avaliação, entre 2% e 30%⁵.

Os problemas associados à segurança cirúrgica são bem conhecidos nos países desenvolvidos, porém menos estudados nos países em desenvolvimento. Há relatos internacionais de recorrentes e persistentes ocorrências de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro, além de pacientes que tiveram o rim, a glândula adrenal, a mama ou outro órgão sadio removido. A atenção que tais eventos invariavelmente atraem na mídia abala a confiança do público nos sistemas de saúde e



nos profissionais de saúde.

Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorram em cerca de 01 em cada 50.000 a 100.000 procedimentos nos Estados Unidos (EUA), equivalendo a 1.500 a 2.500 eventos adversos deste tipo por ano^{6,7}. Uma análise de eventos sentinela relatados pela *Joint Commission* (JC), dos EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos eventos adversos relatados devia-se a cirurgias em sítios errados⁸.

A literatura corrobora com a suposição de que a cirurgia em local errado é mais comum em certas especialidades, particularmente em cirurgias ortopédicas. Em um estudo com 1.050 cirurgiões de mão, 21% relataram ter realizado pelo menos uma cirurgia em local errado em suas carreiras⁹. Uma análise dos acionamentos de seguros para erro médico que ocorreram após cirurgias ortopédicas demonstraram que 68% derivaram de cirurgias em locais errados¹⁰.

Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de Verificação. Um estudo holandês mostra uma queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%.

A Lista de Verificação foi aprovada por 25 países, que declararam ter mobilizado recursos para sua implementação e, em novembro de 2010, 1.788 hospitais no mundo haviam relatado o seu uso¹¹. Nos últimos quatro anos, com o apoio da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dos EUA, um grupo de especialistas das áreas de qualidade do cuidado e segurança do paciente, conduziu uma abrangente e rigorosa revisão sistemática sobre a evidência científica do que denominaram de Estratégias para a Segurança do Paciente (Patient Safety Strategies - PSSs). O estudo indicou a implementação de 22 estratégias com evidências suficientemente robustas para melhorar a segurança, considerando entre as estratégias, a implementação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como fortemente recomendada¹².

3. Abrangência

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

4. Definições

- 4.1. **Lista de Verificação:** lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos ¹³.
- 4.2. **Demarcação de Lateralidade:** demarcação de local ou locais a ser operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral).
- 4.3. **Condutor da Lista de Verificação:** profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde.
- 4.4. **Segurança Anestésica:** conjunto de ações realizadas pelo anestesiolologista, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.
- 4.5. **Equipe cirúrgica:** equipe composta por cirurgiões, anestesiolologistas, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.

5. Intervenção

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a

realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros. Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura e no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvidos pela OMS¹⁴



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO ☐ PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO ☐ SÍTIO DEMARCATÓRIO NÃO SE APLICA ☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA ☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? ☐ NÃO ☐ SIM VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? ☐ NÃO ☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEL RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? ☐ NÃO ☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	CONFIRMAÇÃO ☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO ☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS ☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PROTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA	REGISTRO O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: ☐ REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO ☐ SE AS CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) ☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA? (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (RESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX: DOR) Assinatura _____

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRAJENTE. ACRESCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO A PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Todas as instruções contidas neste protocolo deverão ser adequadas à realidade de cada instituição, respeitando-se os princípios de cirurgia segura.

A Lista de Verificação divide a cirurgia em **três fases**:

I - Antes da indução anestésica; II - Antes

da incisão cirúrgica; e

III - Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução.

5.1. Antes da indução anestésica:

O condutor da Lista de Verificação deverá:

- 5.1.1. Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada.
- 5.1.2. Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos.
- 5.1.3. Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia.
- 5.1.4. Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação
- 5.1.5. Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.
- 5.1.6. Revisar verbalmente com o anestesiológico, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

5.2. Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)

Neste momento, a equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

- 5.2.1. A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.
- 5.2.2. A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto.

5.2.3. A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia.

5.2.4. A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.

5.2.5. A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

5.3. Antes do paciente sair da sala de cirurgia

A equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

5.3.1. A conclusão da contagem de compressas e instrumentais.

5.3.2. A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida.

5.3.3. A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.

5.3.4. A revisão do plano de cuidado e as providencias quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

6. Procedimento operacional

6.1. Antes da indução anestésica

A etapa - antes da indução anestésica - requer a presença do anestesiológico e da equipe de enfermagem.

Segue o detalhamento de cada um dos procedimentos desta etapa:

6.1.1. Confirmar a identificação do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado.

O condutor da Lista de Verificação confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico e a assinatura do consentimento para cirurgia. Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função.

Os Termos de Consentimento Informados - cirúrgicos e anestésicos - devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico.

6.1.2. Demarcar o sítio cirúrgico

A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento. Sempre que possível, tal identificação deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. A instituição deverá ter processos definidos por escrito para lidar com as exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica.

O condutor deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis. Nestes casos, a demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta dermatográfica.

O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição e deve permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos. Devem-se evitar marcas ambíguas como "x", podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para este fim.

6.1.3. Verificar a segurança anestésica

O condutor completa a próxima etapa solicitando ao anestesiológico que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica.

6.1.4. Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico

Antes da indução anestésica, o condutor confirma que um monitor multiparamétrico tenha sido posicionado no paciente e que esteja funcionando corretamente.

6.1.5. Verificar alergias conhecidas

O condutor deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo se o condutor tenha conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá confirmar se o anestesiológista tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente. Se algum membro da equipe cirúrgica tem conhecimento sobre uma alergia que o anestesiológista desconheça, esta informação deverá ser comunicada.

6.1.6. Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração

O condutor deverá confirmar verbalmente com o anestesiológista se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil. O risco de aspiração também deverá ser levado em consideração como parte da avaliação da via aérea.

6.1.7. Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea

O condutor deverá perguntar ao anestesiológista se o paciente tem risco de perder mais de meio litro de sangue (> 500 ml) ou mais de 7 ml/kg em crianças durante a cirurgia a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade.

6.2. Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)

A Pausa Cirúrgica é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe.

6.2.1. Identificar todos os membros da equipe

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

6.2.2. Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento.

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesiológista e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente.

6.2.3. Verificar a previsão de eventos críticos

O condutor da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão com o cirurgião, anestesiológista e enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios.

6.2.4. Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea

O cirurgião deverá informar à equipe quais são as etapas críticas e os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea prevista.

6.2.5. Revisar eventuais complicações anestésicas

O anestesiológista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc..

6.2.6. Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura.

O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura tenham sido avaliadas pela enfermagem.

6.2.7. Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana

O condutor perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiológico) deverá realizar a confirmação verbal.

6.2.8. Verificar exames de imagem

O condutor deverá perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deverá confirmar verbalmente que os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

6.3. Antes do paciente deixar a sala de cirurgia

6.3.1. Confirmar o nome do procedimento

O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

6.3.2. Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

6.3.3. Confirmar a identificação da amostra

O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras.

6.3.4. Documentar problemas com equipamentos

O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe.

6.3.5. Rever as medidas para a recuperação pós-operatória

O cirurgião, o anestesiológista e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

7. **Estratégias de monitoramento e indicadores**

- ✓ Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado;
- ✓ Número de cirurgias em local errado;
- ✓ Número de cirurgias em paciente errado;
- ✓ Número de procedimentos errados;
- ✓ Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco; e
- ✓ Taxa de adesão à Lista de Verificação.

Referências Bibliográficas

1. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Annals of Internal Medicine*. 2013;158(5_Part_2):365-8.
2. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 368. England2006. p. 1189-200.
3. Zegers M, de Bruijne MC, de Keizer B, Merten H, Groenewegen PP, van der Wal G, et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient Saf Surg*. 5. England2011. p. 13.
4. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 17. England 2008. p. 216-23.
5. Rebasa P, Mora L, Vallverdu H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, et al. [Adverse events in general surgery. A prospective analysis of 13,950 consecutive patients]. *Cir Esp*. 89. Spain: A 2011 AEC. Published by Elsevier Espana; 2011. p. 599-605.
6. Kwaan Mr Fau - Studdert DM, Studdert Dm Fau - Zinner MJ, Zinner Mj Fau - Gawande AA, Gawande AA, Seiden Sc Fau - Barach P, Barach P, et al. Incidence, patterns, and prevention



of wrong-site surgery

7. Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? Arch Surg. 141. United States 2006. p. 931-9.
8. Joint Commission. Sentinel event statistics. December 31, 2006. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>. [Acessado 5 Maio 2007]
9. Joint Commission. Sentinel events alert. 5th December 2001. Disponível em: http://www.jointcommission.org/SentinelEvent/sentineleventalert/sea_24.html [Acessado 3 Maio 2007]
10. Healy JM. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. Int J Qual Health Care. 24. England 2012. p. 88-94.
11. Cowell HR. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am. 1998;80(4):463.
12. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety- Final Technical Report 2009. WHO:Switzerland, 2009.
13. Administration FA. Section 12: Aircraft Checklist for 14 CFR Parts 121/135 iFOFSIMSF.
14. Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.

Elaborado	Revisado	Aprovado



Irmandade
BOITUVA
Desenvolvimento Social, Educação e Saúde

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

✉ contato@irmandadeboituva.org
CNPJ 11.788.326/0001-41

📍 Av. Professor Manoel Jose Cardoso,
1652 – Cotia - SP CEP 06717-100

PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

1. Finalidade

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

2. Abrangência

As recomendações deste protocolo aplicam-se aos hospitais e incluem todos os pacientes que recebem cuidado nestes estabelecimentos, abrangendo o período total de permanência do paciente.

3. Justificativa

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco.²

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia.¹ Segundo os autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação.

Estudo em hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda em pacientes pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos deixados ao chão.³ A maior parte dos eventos ocorreu na presença dos pais.⁴

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito.⁵ A queda pode gerar impacto negativo sobre a

mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, além de repercussões de ordem legal⁶. Além disso, podem interferir na continuidade do cuidado. Dentre os pacientes que sofreram queda, há relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado de longa permanência⁷. Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.⁸

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos.⁸

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções⁸:

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira,
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,
- Educação dos pacientes e dos profissionais,
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

Estudo realizado em hospital privado localizado na cidade de São Paulo apresentou uma taxa de queda reduzida em 2008 - 1,45 por 1.000 pacientes-dia-, que estava associada à implementação de um protocolo de gerenciamento de quedas.⁶

4. Definição

4.1 Queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.^{9,10}

5. Intervenções

5.1. Avaliação do risco de queda

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente.

Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.⁵

5.1.1. Fatores de risco para queda

- a) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.
- b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas:
 - acidente vascular cerebral prévio;
 - hipotensão postural;
 - tontura;
 - convulsão;
 - síncope;

Handwritten signature

- dor intensa;
- baixo índice de massa corpórea;
- anemia;
- insônia;
- incontinência ou urgência miccional;
- incontinência ou urgência para evacuação;
- artrite;
- osteoporose;
- alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).

d) Funcionalidade:

- dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária,
- necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;
- fraqueza muscular e articulares;
- amputação de membros inferiores; e
- deformidades nos membros inferiores.

e) Comprometimento sensorial:

- visão;
- audição; ou
- tato.

f) Equilíbrio corporal: marcha alterada.

g) Uso de medicamentos:

- Benzodiazepínicos;
- Antiarrítmicos;
- anti-histamínicos;
- antipsicóticos;
- antidepressivos;

- digoxina;
- diuréticos;
- laxativos;
- relaxantes musculares;
- vasodilatadores;
- hipoglicemiantes orais;
- insulina; e
- Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).

h) Obesidade severa.

i) História prévia de queda.

5.1.2. Paciente com alto risco de queda

- a) Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco.
- b) Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas.
- c) Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.

5.1.3. Paciente com baixo risco de queda

- a) Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco.
- b) Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas.

As utilizadas com maior frequência no Brasil e internacionalmente são: Morse^{12,13} e St

Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY)^{14,15}. Essas duas escalas possuem semelhanças quanto à gradação dos fatores que predis põem à queda e permitem, portanto, classificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda.

Recentemente a escala *Morse Fall Scale* foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa*. Salientamos que tanto a *Morse Fall Scale* (versão traduzida ou original), quanto as demais escalas existentes não são de acesso livre, sendo necessária autorização dos autores para sua utilização.

Importante: Este protocolo não adota nenhuma escala em particular e teve como foco intervenções de prevenção norteadas pelo risco de queda do paciente.

5.2. Ações preventivas

5.2.1. Medidas Gerais

A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, **independente do risco**. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente¹⁶, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos), o uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes.^{4,5} Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária.

A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

* Gustavo AS, Bittencourt HR, Steinmetz QL, Farina VA. Morse Fall Scale : Tradução e Adaptação para a Língua Portuguesa. Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso), 2013. No prelo

5.2.2. Medidas Específicas

A unidade de saúde, orientada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, devem definir o(s) profissional(ais) responsável(eis) por avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco. Medidas individualizadas para prevenção de queda para cada paciente devem ser prescritas e implementadas.

Além disso, políticas e procedimentos devem ser estabelecidos e implementados pela unidade para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como sobre as medidas de prevenção implantadas.

Deve-se fazer a reavaliação do risco dos pacientes em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco. Na presença ou no surgimento de risco de queda, este deve ser comunicado aos pacientes e familiares e a toda equipe de cuidado. Por exemplo, pacientes que começam a receber sedativos têm seu risco de queda aumentado.

No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos. A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreu, permite a identificação dos fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

A tabela a seguir contém medidas específicas que devem ser utilizadas para prevenção de queda conforme o fator de risco apresentado pelo paciente^{17,18}.

Tabela 1 - Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes adultos hospitalizados)

Fator de risco	Medidas
Idade	Medidas para reduzir o risco de queda de pacientes idosos estão contempladas nos itens abaixo.
Histórico de Queda	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.

	Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
Necessidades fisiológicas e higiene pessoal	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.
	Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro.
	Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Medicamentos	Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda.
	Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).
	Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.
Uso de Equipamentos/ Dispositivos	Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso.
	Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente.
	Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída
	Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Mobilidade/Equilíbrio	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

	Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.
	Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
Cognitivo	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado. Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).

Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

Tabela 2 - Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes pediátricos hospitalizados)

Fator de Risco	Medidas
	Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico)
	≤ 36 meses (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o "Termo de recusa de tratamento". <i>A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável.</i> • > 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.
	Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico)

26



Idade	• ≤ 6 meses: devem ser transportadas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este em cadeira de rodas. • > 6 meses ≤ 36 meses: ○ Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação. ○ Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem).
	• > 36 meses: em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável. • Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).
Diagnóstico	• Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda. • Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda. • Orientar responsável para que a criança somente levante do leito acompanhada por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante, de acordo com a idade e com as condições clínicas. • Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular. • A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem). • Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas. • Orientar o responsável a levantar a criança do leito progressivamente (elevar a cabeça 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a idade da criança e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável. • Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário.
Fatores Cognitivos	• Orientar responsável sobre o risco de queda relacionado ao "comportamento de risco" de acordo com a faixa etária da criança.
História Pregressa/Atividade	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. • Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave.

7



Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico. • Orientar o paciente e/ou familiar/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama. • Sair do leito acompanhado pela enfermagem. • Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e rodas travadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato). • O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;
	Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem).
Medicações	• Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão. • Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda. • Não levantar do leito sozinho. • Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou familiar/acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos. • O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda.

Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

6. Procedimentos Operacionais

- 6.1. Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente (pacientes internados, pacientes no serviço de emergência e pacientes externos);
- 6.2. Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, e entregar material educativo específico quando disponível;
- 6.3. Implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s) (Ver tabela 1 e 2);
- 6.4. Reavaliar o risco diariamente, e também sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação; ajustando as medidas preventivas implantadas;
- 6.5. Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado. Anotar no prontuário do paciente todos os

Handwritten signature



procedimentos realizados;

6.6. Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;

6.7. Avaliar e tratar pacientes que sofreram queda e investigar o evento;

7. Estratégias de notificação de quedas e monitoramento de desempenho

A criação de um instrumento de notificação de quedas, avaliação de suas causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho é uma oportunidade de aprendizagem para a organização, por meio da análise das informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário.

7.1. Indicadores^{9,19}

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.
- Número de quedas com dano.
- Número de quedas sem dano.
- Índice de quedas $[(n^\circ \text{ de eventos} / n^\circ \text{ de paciente-dia}) * 1000]$: este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação.

Referências Bibliográficas

1. Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med 2010; 26(4):645-92.
2. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. JAMA 2010; 304(17):1912-8
3. Cooper CL, Nolt JD. Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. J Nurs Care Qual 2007; 22(2):107-12.
4. Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

5. Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: www.ihl.org. Acesso em: 04 abr. 2013.
6. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Santesso PL, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm [periódico na internet]. 2012;46(1):67-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf> [Acessado em 10/04/2013]
7. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. JAMA 2010; 304(17):1912-8.
8. Miale-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med 2013; 158:390-6.
9. Sociedade Hospital Samaritano. Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas. São Paulo (S); 2013.
10. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. Queda em Idosos: Prevenção. 2008.
11. Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization). Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety- Final Technical Report 2009.
12. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. Can J Aging 1989;8:366-7.
13. Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ. Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. 3H: Morse Fall Scale for Identifying Fall Risk Factors. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/research/lrc/fallpxtoolkit/fallpxtool3h.htm> [Acessado em 2/08/2013]
14. Oliver D, Britton M, Seed P, et al Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. BMJ 1997;315(7115):1049-53
15. Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ. Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. 3G: STRATIFY Scale for Identifying Fall Risk Factors Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/research/lrc/fallpxtoolkit/fallpxtool3g.htm> [Acessado em 2/08/2013]
16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração

e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mar. 2002.

17. Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ. Preventing In-Facility Falls. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. March 2013 (19):178-200.
18. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. Ann Intern Med 2013; 158(5_Part_2):365-8.
19. Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4 ed. 2011.

Elaborado	Revisado	Aprovado

